



Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-quatrième session, en janvier 2014, le Conseil exécutif a pris note des rapports de situation soumis dans le document EB134/53.¹ Plusieurs rapports ont été actualisés à la lumière des observations formulées pendant le débat au Conseil et d'éléments nouveaux. Les paragraphes contenant des modifications importantes sont indiqués.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

2. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note des rapports de situation.

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Maladies transmissibles	
A. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 (résolution WHA64.14).....	3
B. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16).....	5
Maladies non transmissibles	
C. Prévention des traumatismes chez l'enfant (résolution WHA64.27)	8
Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	
D. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12).....	10
E. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16).....	12
F. Risques pour la santé des jeunes (résolution WHA64.28).....	14
G. Mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (résolution WHA66.7)	16
H. Changement climatique et santé (résolution EB124.R5)	17
Systemes de santé	
I. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie et plan d'action mondiaux (résolution WHA61.21).....	19
J. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (résolution WHA63.12).....	23
K. Transplantation d'organes et de tissus humains (résolution WHA63.22).....	27
L. Stratégie OMS de recherche pour la santé	29
Préparation, surveillance et intervention	
M. Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires (résolution WHA65.20).....	31
Services institutionnels/fonctions d'appui	
N. Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action (résolution WHA61.12).....	34

Maladies transmissibles

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

1. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.¹

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

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

4. En juin 2013, l'OMS a publié ses *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*,² où figurent de nouvelles recommandations sur : le dépistage du VIH et les activités de conseil en communauté ; le commencement plus précoce des traitements antirétroviraux ; le traitement de tous les enfants de moins de cinq ans et de toutes les femmes enceintes et allaitantes ; l'harmonisation des schémas thérapeutiques associés aux traitements antirétroviraux pour l'ensemble des populations ; l'utilisation de schémas thérapeutiques simplifiés et plus sûrs ; l'amélioration du suivi des patients et de la délégation des tâches ; la décentralisation des traitements et des soins ; et l'intégration des services et les liens entre ceux-ci. Les lignes directrices mettent l'accent sur les mesures suivantes : améliorer la qualité des interventions et des services pendant toute la durée des soins du VIH, notamment en intensifiant le dépistage et les activités de conseil ; faire participer les patients diagnostiqués comme infectés par le VIH aux soins et aux traitements ; assurer le plus haut degré possible d'observance des traitements antirétroviraux ; veiller à ce que les patients restent sous traitement ; et prévenir et gérer les principales affections concomitantes. L'OMS a organisé des ateliers dans toutes les Régions afin de favoriser l'adoption et l'adaptation rapides des lignes directrices ; elle surveille en outre leur incidence sur les politiques nationales et les pratiques liées à l'utilisation de médicaments antirétroviraux.

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

² *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique*. Juin 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

5. La riposte du secteur sanitaire au VIH devrait, pour être efficace, cibler les populations et les milieux présentant un risque élevé de transmission, de morbidité et de mortalité. Les populations à plus haut risque, notamment les utilisateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres (surtout les femmes) et les prisonniers ont rarement accès aux services de traitement du VIH. Des données réunies en 2011 concernant 21 pays d'Europe ont par exemple indiqué que 59 % des personnes pouvant bénéficier d'un traitement antirétroviral avaient contracté le virus en s'injectant des drogues, alors que les consommateurs de drogues injectables ne représentaient que 21 % des patients sous traitement.¹ Plus tard en 2014, l'OMS publiera des recommandations unifiées concernant la prestation de services de santé à ces populations particulièrement touchées par le VIH afin de promouvoir l'équité en santé et les droits fondamentaux. L'Organisation favorise également les efforts visant à venir en aide à d'autres populations vulnérables, notamment par l'élaboration de deux ensembles de lignes directrices, qui portent sur la prestation de services de prise en charge de l'infection à VIH pour les adolescents et sur la prévention de la violence fondée sur le sexe. L'OMS a préqualifié un outil de circoncision masculine afin d'encourager la pratique volontaire de la circoncision masculine médicalisée à des fins de prévention du VIH en agissant au niveau de populations masculines vulnérables dans des milieux à forte prévalence.

6. Le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*² appelle à établir des liens plus forts entre les programmes sur le VIH, la santé de la mère et de l'enfant, et la planification familiale. Dans le cadre de ce plan, l'OMS a soutenu des programmes de traitement antirétroviral destinés à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 22 pays à forte prévalence, en augmentant la couverture thérapeutique de 57 % en 2011 à 63 % en 2012. Il reste que seuls 34 % des enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral dans les pays où la charge de morbidité est la plus élevée étaient pris en charge en 2012 contre 68 % d'adultes. La collaboration actuelle entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH fournit un modèle d'approche intégrée, telle qu'elle est décrite dans la *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH – Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*.³

7. L'OMS concentre ses programmes de lutte contre le VIH sur les priorités émergentes, telles que la prévention et la gestion des affections concomitantes. Elle a diffusé de nouvelles recommandations concernant la prévention et la prise en charge de l'infection par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C,⁴ l'accent étant mis sur la co-infection hépatite/VIH. Au vu de l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH, il est nécessaire de disposer de services de soins intégrés et adaptés aux affections chroniques. C'est pourquoi l'OMS évalue la charge relative des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH afin de décider de la marche à suivre en termes d'orientation clinique et programmatique pour proposer des soins complets.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

² Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, 2011.

³ Organisation mondiale de la Santé, *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH – Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*. Genève, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242503005_fre.pdf, consulté le 14 novembre 2013).

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ; et WHO Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection, sous presse.

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

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

9. Conformément à la résolution WHA64.16, le présent rapport contient les renseignements demandés concernant les progrès accomplis vers l'éradication de la dracunculose. Le Conseil exécutif, à sa cent trente-quatrième session, a pris acte d'une version antérieure du présent rapport,¹ qui a été actualisée en fonction de données concernant de nouveaux cas.

10. Sur la base des recommandations formulées par la Commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose lors de sa neuvième réunion (Genève, 3-5 décembre 2013), cinq pays ont été nouvellement certifiés par l'OMS exempts de transmission de la dracunculose ; cette maladie était auparavant endémique dans trois des pays susmentionnés (Côte d'Ivoire, Niger et Nigéria), les deux autres (Afrique du Sud et Somalie) n'ayant enregistré aucun cas récent. À l'heure actuelle, 197 pays, territoires et zones (sur 185 États Membres) ont été certifiés exempts de transmission de la dracunculose. Au 31 décembre 2013, neuf États Membres devaient encore être certifiés : quatre pays dans lesquels la maladie sévit à l'état endémique (Éthiopie, Mali, Soudan du Sud et Tchad), trois pays en phase de précertification (Ghana, Kenya et Soudan) et deux pays qui n'ont déclaré aucun cas de maladie récemment (Angola et République démocratique du Congo). La dix-septième réunion d'examen des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose (Ouagadougou, 9-12 avril 2013) a été l'occasion de passer en revue les progrès accomplis en 2012 et de dresser des plans pour 2013. La dix-huitième réunion d'examen doit se tenir du 19 au 22 mars 2014 à Addis-Abeba. Lors de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, une réunion informelle des ministres de la santé des pays où la dracunculose est ou a été endémique s'est tenue afin de renforcer l'engagement en faveur de l'éradication.

11. En 2013, le nombre global de nouveaux cas déclarés de dracunculose est tombé à 148, contre 542 en 2012, soit une diminution de 73 %. Ces cas ont été signalés dans 103 villages, contre 272 en 2012, cette différence s'expliquant principalement par une réduction de 78 % du nombre de nouveaux cas notifiés au Soudan du Sud, qui est passé de 521 en 2012 à 113 en 2013. La transmission autochtone est désormais circonscrite à quelques zones des pays concernés. Il reste que l'Éthiopie, le Mali et le Tchad ont enregistré une légère augmentation du nombre de cas signalés en 2013 par rapport à 2012. Le Soudan, actuellement en phase de précertification, a notifié trois cas proches de sa frontière avec le Soudan du Sud.

12. La flambée de dracunculose survenue au **Tchad** s'est poursuivie pour la quatrième année consécutive, avec 14 nouveaux cas déclarés en 2013 dans 10 villages ; huit d'entre eux ont été confinés. En revanche, aucun des cinq cas notifiés dans le village de Maimou (district de Sarh) n'a été confiné. Sur 10 villages ayant signalé des cas de dracunculose en 2013, cinq ne disposent pas d'une source améliorée d'eau potable. En 2012, 10 cas ont été notifiés, dont quatre ont été confinés. En 2013, plus de 700 villages ont été maintenus sous surveillance active avec l'aide du Carter Center. Des vers qu'il est impossible de distinguer morphologiquement de ceux que l'on trouve chez l'homme ont été découverts chez des chiens dans la même zone à risque en 2012-2013 ; des enquêtes épidémiologiques sont en cours, de même que certaines études plus poussées. Le Secrétariat a apporté

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

un soutien technique au Tchad en vue de renforcer la surveillance de la dracunculose et de sensibiliser la population au système de récompenses en espèces, versées pour tout renseignement permettant de confirmer un cas de cette maladie, au-delà des seuls villages sous surveillance active. Il est toutefois nécessaire de fournir un appui accru aux fins de ces activités et du confinement des cas.

13. En **Éthiopie**, la maladie a continué de se transmettre avec une faible intensité dans la région de Gambella. En 2013, sept nouveaux cas ont été notifiés : cinq dans le district d'Abobo, un dans celui de Gog et un autre dans celui d'Itang, contre quatre cas signalés en 2012. Quatre cas sur sept ont été confinés en 2013, contre deux sur quatre en 2012. Ces nouveaux cas ont été signalés dans cinq villages : un village respectivement dans les districts d'Itang et de Gog et trois villages dans le district d'Abobo. Cinq cas sur sept concernaient des résidents du village de Terkudi Batpulo, dans le district d'Abobo (ce village a notifié un cas non confiné en avril 2012, dont l'origine a pu être suivie jusqu'au village d'Utuyu (district frontalier de Gog), où la maladie est endémique). L'un des deux cas restants concernait un résident du camp de réfugiés de Pugnido (district de Gog), tandis que le dernier cas, détecté et notifié en décembre 2012, concernait un sujet chez qui un autre ver a émergé en janvier 2013, dans le village d'Umaha (district d'Abobo). L'un des cinq villages ayant notifié des cas en 2013 (Terkudi Batpulo) ne dispose pas d'un accès à une source améliorée d'eau potable. Il est nécessaire d'apporter un soutien aux fins du renforcement de la surveillance et de la sensibilisation au système de récompenses en espèces offertes par le Programme éthiopien d'éradication de la dracunculose pour toute notification volontaire de cas et pour le respect des mesures de confinement, notamment le long de la frontière avec le Soudan du Sud. Le Secrétariat s'emploie à lier la surveillance de la dracunculose aux interventions de grande échelle en cours, telles que la cartographie des maladies tropicales négligées et la distribution de médicaments à base communautaire. Toutefois, une réponse forte et concertée des autorités locales s'impose également pour veiller à ce que toutes les rumeurs fassent l'objet d'une enquête et que les nouveaux cas soient confinés.

14. Le **Mali** est le seul pays d'Afrique de l'Ouest où la transmission de la dracunculose se poursuit. En 2013, 11 nouveaux cas ont été signalés dans huit villages des quatre districts suivants : Ansongo (six cas), Kidal (trois cas), Djenné (un cas) et Gourma-Rharous (un cas). Sept cas ont été confinés. En 2012, quatre cas avaient été notifiés dans trois villages des districts suivants : Kidal, région de Kidal (deux cas) ; Djenné, région de Mopti (un cas) ; et Macina, région de Ségou (un cas). Sur les huit villages où des cas ont été déclarés en 2013, quatre n'ont pas d'accès à des sources améliorées d'eau potable. Depuis mars 2012, les problèmes de sécurité qui sévissent dans le nord du pays ont entraîné l'interruption du programme national d'éradication, bien que l'intervention d'organes des Nations Unies actifs en matière de soutien humanitaire ait permis d'assurer une surveillance par intermittence. En 2013, la surveillance a pu être renforcée dans les régions de Gao, de Tombouctou et de Mopti, du fait de l'amélioration des conditions de sécurité, mais pas dans la région de Kidal, où les problèmes de sécurité demeurent importants. Elle a également été intensifiée dans les camps de réfugiés maliens du Burkina Faso, de la Mauritanie et du Niger afin de prévenir toute nouvelle propagation de la maladie. Dans le cadre de cet effort de surveillance, le Secrétariat a fourni un soutien technique et financier au renforcement des capacités parmi les personnels de santé et a entrepris à l'échelle du pays un programme visant à sensibiliser les communautés au système de récompenses en espèces versées pour tout cas de dracunculose notifié volontairement et ainsi à accroître la fiabilité du système de surveillance. Néanmoins, un soutien accru est nécessaire pour rétablir ou accroître la surveillance à mesure que la situation s'améliore sur le plan de la sécurité, et pour faire connaître plus largement le système de récompenses.

15. Le **Soudan du Sud** comptait pour 76 % des cas de dracunculose notifiés en 2013, avec 113 nouveaux cas déclarés dans 79 villages, dont 67 % ont été confinés. On a répertorié 78 % de cas en moins qu'en 2012, où le nombre de cas notifiés s'élevait à 521. En tout, 77 nouveaux cas signalés en 2013 (68 %) provenaient du comté de Kapoeta Est (État de l'Équatoria orientale). Sur les 79 villages

ayant signalé des cas en 2013, 17 (22 %) ont accès à au moins une source améliorée d'eau potable. Sur les 54 villages du comté de Kapoeta Est ayant notifié des cas en 2013, sept (13 %) ont accès à des sources améliorées d'eau potable. L'OMS, l'UNICEF et le Carter Center soutiennent le programme national en vue d'interrompre la transmission et fournissent un soutien technique pour renforcer la surveillance de la dracunculose, notamment en matière de développement des capacités, de renforcement de l'encadrement, d'enquête sur les rumeurs, d'éducation pour la santé et de coordination. Il reste cependant nécessaire de favoriser l'amélioration du confinement des cas, tout particulièrement dans les zones frontalières avec le Soudan, et de renforcer la surveillance par la notification volontaire des cas, grâce à l'introduction d'un système de récompenses. Les troubles civils qui ont débuté à la mi-décembre 2013 au Soudan du Sud sont susceptibles de nuire à la mise en œuvre du programme en raison de l'accès limité dont disposent les agents de santé et des déplacements de population entre les zones d'endémie et celles qui sont exemptes de dracunculose. L'actuelle mobilisation de l'armée dans l'ensemble du pays pose un risque de flambée hors des zones d'endémie.

16. En 2013, au **Soudan**, trois cas de dracunculose ont été signalés dans la région méridionale du Darfour, voisine de l'État occidental de Bahr el Ghazal (Soudan du Sud). Deux cas ont été détectés en juin 2013 lors d'une campagne de vaccination antipoliomyélitique, et le troisième cas a été notifié en septembre 2013 ; il s'agissait d'un membre de la famille des deux premiers sujets atteints. Des échantillons prélevés sur deux sujets ont été identifiés en laboratoire comme appartenant à la famille de *Dracunculus medinensis*. Le dernier cas autochtone a été déclaré au Soudan en 2002, le dernier cas importé en 2007. Selon certains résidents du village concerné, les conditions d'insécurité dans la zone ont entraîné en 2012 des déplacements de population et la contamination de la source d'eau de surface également utilisée par les sujets touchés. Le Secrétariat fournit un soutien technique et financier au Soudan en vue d'améliorer le contrôle de la dracunculose par le renforcement d'un dispositif intégrant surveillance et riposte, en ayant recours à une approche porte à porte, à l'occasion de la campagne de vaccination contre la poliomyélite et en sensibilisant les communautés au système de récompenses en espèces pour la déclaration volontaire de cas de dracunculose. Il reste néanmoins nécessaire d'apporter un soutien supplémentaire pour renforcer la surveillance et sensibiliser les populations au système de récompenses, notamment dans les régions difficiles d'accès, comme les zones frontalières du Soudan du Sud et du Tchad.

17. La surveillance soutenue par l'OMS s'est poursuivie dans les zones exemptes de dracunculose des quatre pays d'endémie restants, et dans les six pays se trouvant au stade de la précertification (trois d'entre eux, à savoir la Côte d'Ivoire, le Niger et le Nigéria, ont été certifiés exempts de dracunculose en décembre 2013), et a été complétée par un système de récompenses pour la communication volontaire de renseignements conduisant à la confirmation de cas de cette maladie. En outre, les enquêtes porte à porte réalisées à l'occasion des journées nationales de vaccination et des campagnes d'administration de masse de médicaments ont été utilisées pour la recherche de cas de dracunculose. Le partage d'informations et la surveillance transfrontières par les pays d'endémie et les pays voisins exemptes de la maladie ont été rationalisés et intensifiés. Les pays sont encouragés à communiquer des informations sur la mesure dans laquelle leurs populations ont connaissance des récompenses en espèces offertes pour la déclaration volontaire de cas. Le niveau de connaissance de ces récompenses varie selon les pays : Côte d'Ivoire (35 %), Éthiopie (44 %), Ghana (47 %), Mali (42 %), Niger (77 %), Nigéria (63 %), Soudan (21 %) et Tchad (58,5 %).

18. Tous les pays dans lesquels la maladie est endémique et ceux qui se trouvent au stade de la précertification ont soumis des rapports mensuels à l'OMS. Dans les 10 pays concernés, 90 % des districts ont envoyé des rapports mensuels en 2013. Cette même année, 4281 rumeurs ont été rapportées, dont 3817 (89 %) ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures.

19. Parmi les pays au stade de la postcertification, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Mauritanie, la République centrafricaine, le Sénégal et le Togo ont présenté des rapports trimestriels en 2013. Les pays au stade de la postcertification devraient poursuivre leur surveillance aussi bien au niveau des communautés que dans le cadre des systèmes de santé, et donner une suite immédiate à toute présomption de cas ou à toute rumeur. Le nombre de rumeurs rapportées dans les pays au stade de la postcertification s'élève à 59 (42 au Burkina Faso, deux au Cameroun, un en Mauritanie, deux en Ouganda et 12 au Togo).

Maladies non transmissibles

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

20. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.¹

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

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

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

24. Les moyens de formation susmentionnés couvrent le transfert des connaissances. L'OMS a en outre accordé un niveau de priorité élevé au renforcement des compétences dans le domaine de la

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

prévention des traumatismes chez l'enfant dans le cadre de MENTOR-VIP, un programme mondial de mentorat coordonné par le Secrétariat. Ce programme de mentorat à distance a mis en place des mentorats couvrant la programmation liée aux traumatismes de l'enfant, la collecte de données ou la recherche concernant les traumatismes chez l'enfant au Nigéria, au Pakistan, aux Philippines et en République-Unie de Tanzanie.

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

26. Des progrès ont été réalisés sur la programmation et les politiques fondées sur des bases scientifiques, un nombre restreint mais non négligeable de pays ayant par exemple adopté des lois sur les dispositifs de retenue pour enfants. D'autres pays devront les imiter et il faudra améliorer l'application de ces lois partout dans le monde. Le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2013*¹ met l'accent sur ces questions et apporte des recommandations et un soutien aux États Membres pour qu'ils adoptent et appliquent des lois sur les dispositifs de retenue pour enfants.

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

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

¹ *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2013. Soutenir une décennie d'action. Résumé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

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

Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

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

29. Le Conseil a pris note de ce rapport de situation à sa cent trente-quatrième session.¹ Le paragraphe 38 a été actualisé.

30. Dans le cadre du soutien technique aux pays pour la mise en œuvre de la stratégie de santé génésique, le Secrétariat a collaboré avec l'UNFPA dans le cadre de son enquête mondiale pour examiner les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement,² et en participant aux conférences régionales au cours desquelles les résultats de l'enquête ont été examinés.

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

32. Cependant, les pays ont indiqué qu'une attention accrue était requise dans les domaines suivants : l'accès à des services de santé sexuelle et génésique complets pour les adolescents et les jeunes, les groupes vulnérables et les personnes handicapées ; l'intégration de la santé sexuelle et génésique et des services relatifs au VIH/sida ; la prévention et la prise en charge des conséquences de l'avortement à risque ; la mortalité maternelle ; les inégalités entre les sexes ; la violence à l'encontre des femmes ; les cancers liés à la procréation ; et la participation des hommes. Le Secrétariat a continué à fournir un appui afin de renforcer l'action pour combler les lacunes restantes. Par exemple, des lignes directrices cliniques et des orientations ont été publiées au sujet de la prévention des grossesses précoces, de la réponse à la violence exercée par un partenaire intime et à la violence sexuelle à l'encontre des femmes, et de l'avortement à risque.

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

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

² <http://icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report> (consulté le 5 mars 2014).

34. L'accès aux soins lors de la grossesse et de l'accouchement est essentiel pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé des mères. Selon les dernières données disponibles, la proportion d'accouchements pratiqués par un professionnel de santé qualifié a augmenté au niveau mondial, passant de 61 % dans les années 1990¹ à 70 % entre 2005 et 2012.² Les inégalités peuvent être liées au lieu de résidence : la valeur médiane de la proportion d'accouchements pratiqués par un professionnel de santé qualifié est de 61 % en milieu rural contre 88 % en milieu urbain.³

35. La réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et l'amélioration de l'accès à la contraception permettraient d'éviter jusqu'à un tiers des décès maternels.⁴ Le recours à la contraception a augmenté dans le monde, passant de 55 % en 1990 à plus de 60 % en 2010.⁵ Néanmoins, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans (mariées ou vivant en concubinage), près de 146 millions qui souhaitaient retarder une grossesse ou ne plus avoir d'enfants n'avaient accès à aucune forme de planification familiale, et 222 millions n'avaient pas accès à des contraceptifs modernes. Répondre aux besoins de planification familiale contribue à l'autonomisation des femmes et à l'égalité entre les sexes en renforçant leurs chances de participer à la vie économique. Assurer la sécurité des produits contraceptifs figure parmi les éléments essentiels de la stratégie mondiale mise en place pour répondre aux besoins de contraception non satisfaits. Le Secrétariat, entre autres, a activement soutenu la mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.

36. Les adolescents constituent un groupe de population particulièrement exposé aux conséquences sanitaires et sociales préjudiciables. Le taux de natalité chez les adolescentes reste élevé en Afrique subsaharienne (118 naissances pour 1000 femmes de 15 à 19 ans) ; il en est de même pour l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Asie du Sud (79 et 46 naissances pour 1000 femmes de 15 à 19 ans, respectivement).⁶ Afin de soutenir les efforts visant à réduire la fécondité élevée des adolescentes, le Secrétariat soutient activement les États Membres pour la mise en œuvre de ses lignes directrices visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive.⁷

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

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

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

³ <http://icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report> (consulté le 5 mars 2014).

⁴ Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006; 368: 1810-1827.

⁵ Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*, 2013; 381: 1642-1652.

⁶ Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport de 2013. Annexe statistique. New York, Nations Unies, 2013.

⁷ WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (en anglais avec résumé en français).

comportements sexuels à risque.¹ Le Secrétariat a réalisé des études de cas d'exemples réussis de développement de l'éducation sexuelle pour faciliter les échanges Sud-Sud de ces meilleures pratiques.

38. Outre les activités spécifiques susmentionnées, le Secrétariat a exprimé son attachement, au Sommet de Londres sur la planification familiale en juillet 2012, aux objectifs du Sommet, à savoir : renforcer la base de connaissances et les normes pour des politiques et des programmes efficaces afin d'élargir l'accès à des services de qualité. Dans le cadre de cet engagement, des lignes directrices ont été établies pour garantir une approche fondée sur les droits des programmes de planification familiale alors que se développent les services de contraception.² Le Secrétariat maintient en outre son engagement à faire de la santé sexuelle et génésique une priorité du programme de développement pour l'après-2015.

E. MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (résolution WHA61.16)

39. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil a pris note d'une version antérieure du présent rapport.³ Les paragraphes 43 et 47 ont été réactualisés.

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

41. De récentes analyses suggèrent que la prévalence des mutilations sexuelles féminines a baissé,⁴ en particulier en République centrafricaine et au Kenya, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. Toutefois, les travaux doivent être intensifiés dans les nombreux pays où la prévalence de ces pratiques reste élevée. Le nombre total de filles et de femmes qui ont subi une mutilation sexuelle dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale est estimé à plus de 125 millions.⁴ Dans l'Union européenne, les taux varient selon les pays.⁵

42. En septembre 2013, au total 24 pays des Régions africaine et de la Méditerranée orientale avaient fait de la pratique un délit.⁶ Une législation dans ce sens a été adoptée en Guinée-Bissau et au Kenya en 2011, et en Somalie en 2012. En 2011, 141 cas ont été poursuivis au Burkina Faso, en

¹ Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet* 2006; 368: 1706-1728.

² Organisation mondiale de la Santé. *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

³ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

⁴ Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, juillet 2013.

⁵ Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report. Vilnius: European Institute for Gender Equality, 2013.

⁶ Les pays ayant adopté des lois et/ou des décrets contre l'excision/mutilation sexuelle féminine et où cette pratique est concentrée sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Somalie, Soudan, Tchad, Togo et Yémen. Le Cameroun, la Gambie, le Mali et la Sierra Leone n'ont adopté aucune loi contre les mutilations sexuelles féminines.

Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda, au Sénégal et au Soudan.¹ La Gambie et la Mauritanie ont soumis des projets de textes législatifs faisant de la pratique un délit à leurs organes législatifs respectifs.

43. Depuis le dernier rapport de situation en 2011, des programmes ont été mis sur pied par les États Membres contre les mutilations sexuelles féminines, dont une initiative pour protéger les petites filles nouveau-nées au Soudan, et l'inclusion d'informations sur la mutilation sexuelle féminine dans les programmes d'étude nationaux au Sénégal. La Journée internationale de la tolérance zéro pour la mutilation sexuelle féminine, organisée chaque année le 6 février, offre la possibilité aux pays de s'engager activement dans la sensibilisation à cette pratique.²

44. Depuis 2010, des milliers de communautés en Afrique ont déclaré publiquement leur décision d'abandonner la mutilation sexuelle féminine.¹ D'autres rites de passage approuvés par la communauté et conçus pour favoriser l'abandon de la pratique ont été introduits en Gambie, au Kenya, en Ouganda, en Somalie et en République-Unie de Tanzanie. Le soutien en faveur de l'élimination de mutilations sexuelles féminines a également augmenté parmi les chefs religieux. En 2011, les chefs religieux de huit pays d'Afrique de l'Ouest, d'Égypte et du Soudan ont condamné la pratique.¹ En 2012, 4178 chefs religieux et traditionnels de 15 pays africains³ se sont publiquement opposés aux mutilations sexuelles féminines,¹ et 730 chefs religieux de huit pays africains⁴ ont dénoncé tout lien entre mutilation sexuelle féminine et religion.¹

45. En 2012, le programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations sexuelles féminines a soutenu la formation de 2690 professionnels de santé à la gestion des complications découlant de cette pratique.¹ En outre, le Conseil de l'Union européenne a adopté le Cadre stratégique et plan d'action de l'Union européenne en matière de droits de l'homme et de démocratie, qui porte également sur les mutilations sexuelles féminines.

46. Le Secrétariat a continué à diriger et soutenir les efforts nationaux et internationaux pour éliminer les mutilations sexuelles féminines, en particulier en ce qui concerne le dialogue au plan des politiques, le renforcement des systèmes d'information pour suivre les progrès, la sensibilisation et la recherche, y compris en Éthiopie et au Nigéria, la recherche sur les conséquences psychosociales des mutilations sexuelles féminines et, en Sierra Leone, la recherche sur la relation entre fistule et mutilation sexuelle féminine. Le Secrétariat a par ailleurs passé en revue différentes approches pour : i) promouvoir l'abandon de la pratique,⁵ et ii) assurer l'évaluation de sa prévalence⁶ et faire la synthèse des données dont on dispose. L'OMS, en collaboration avec l'UNFPA et d'autres partenaires, a

¹ UNFPA–UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating change. Scaling up a comprehensive approach to abandonment in 15 African countries. Annual Report, 2012. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

² La Journée internationale est observée par les pays suivants : Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Somalie et Soudan.

³ Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Somalie et Soudan.

⁴ Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Kenya, Mauritanie et Sénégal.

⁵ Johansen REB, Nafissatou JD, Laverack G, Leye L. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:348248.

⁶ Yoder PS, Wang S, Johansen E. Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. *Stud Fam Plann.* 2013; 44(2) : 189-204.

soutenu la création du Centre africain de coordination pour l'abandon de la mutilation sexuelle féminine, hébergé par l'Université de Nairobi.

47. Ces efforts continueront d'être appuyés et renforcés dans les domaines susmentionnés et porteront notamment sur la recherche et l'orientation concernant des interventions efficaces contre la pratique ainsi que sur l'amélioration des soins cliniques aux femmes qui en ont été victimes, en collaboration avec les États Membres, les centres nationaux et régionaux et les partenaires, en particulier le programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations sexuelles féminines.

48. Le Secrétariat fournit un soutien technique au Soudan pour la mise en œuvre d'une initiative de lutte contre les mutilations sexuelles féminines sur plusieurs années, en coopération avec le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. En 2012, le Secrétariat a également contribué à l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une résolution visant à intensifier les efforts mondiaux pour éliminer les mutilations sexuelles féminines.¹

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

49. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.² Les données ont été révisées en tenant compte des estimations de la mortalité chez les adolescents pour 2012 et de la prévalence révisée des comportements liés à la santé qui figureront dans le rapport de l'OMS sur la santé des adolescents dans le monde, qui doit être publié en 2014.

50. Les principales causes de décès chez les personnes âgées de 10 à 19 ans sont les accidents de la route, le VIH/sida, le suicide, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence interpersonnelle.³ Les résultats d'une enquête portant sur les 13-15 ans⁴ montrent que la prévalence de la consommation d'alcool et des épisodes de surconsommation avant l'âge légal est en baisse dans certains pays à revenu élevé, la prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours pouvant atteindre 60 % dans certains pays à faible revenu dans ce groupe d'âge. Le surpoids et l'obésité sont en progression dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en milieu urbain, la prévalence de l'obésité chez les 13-15 ans atteignant 40 % dans certains milieux. Nulle part, les adolescents ne pratiquent une activité physique au niveau recommandé quotidiennement. La prévalence du tabagisme (consommation de cigarettes) chez les 13-15 ans est également en baisse mais peut atteindre 33 %⁵ et 41 % des membres de ce groupe d'âge sont régulièrement exposés à la fumée du tabac.⁶ Il y aurait également dans ce groupe d'âge une forte exposition au harcèlement, jusqu'à 67 % des cas dans certains milieux pouvant être associés à des troubles psychiatriques à l'âge

¹ Résolution 67/146 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

³ Organisation mondiale de la Santé. Global Health Estimates 2013 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex by WHO regional group and World Bank income classification, 2000-2012 (estimations provisoires, février 2014). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

⁴ Global school-based student health survey (GSHS) [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/chp/gshs/en/>, consulté le 21 octobre 2013).

⁵ *Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes – rapports de pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/country_reports/en/, consulté le 21 octobre 2013).

⁶ *Estimation mondiale de la charge de morbidité due au tabagisme passif*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

adulte. Au niveau mondial, deux facteurs de risque dominant la morbidité chez les adolescentes : les rapports sexuels non protégés, qui entraînent des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et l'absence de contraception, qui entraîne des grossesses à haut risque. Les conséquences des mariages précoces et les besoins des adolescents vivant avec le VIH sont également désormais reconnus.

51. Ces problèmes sont pris en compte dans les politiques de santé de nombreux États Membres, la plupart concernant principalement la santé génésique et le VIH/sida.¹ Au niveau mondial, 169 pays ont mis en œuvre au moins l'une des mesures de réduction de la demande de tabac. Les données concernant les politiques nationales antitabac montrent qu'au niveau mondial 16 % des adolescents sont protégés par une législation globale antitabac et 10 % sont protégés par des interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage.² La plupart des pays de la Région européenne appliquent partiellement ou pleinement les politiques restreignant le marketing d'aliments et de boissons auprès des enfants et des adolescents.³ La fixation de limites inférieures d'alcoolémie ($\leq 0,02$ g/dL) est un moyen efficace de réduire les accidents liés à la conduite en état d'ébriété dans ce groupe d'âge et cette politique est appliquée à ce jour dans 42 pays (23 %).⁴ Les politiques nationales de vaccination des adolescents varient selon les pays. Le grand intérêt suscité par l'introduction d'un vaccin contre le papillomavirus humain est l'occasion de sensibiliser à la nécessité d'administrer aux adolescents les rappels voulus contre le tétanos, la diphtérie et les infections à méningocoques et de pratiquer des vaccinations de rattrapage contre la rubéole, la rougeole et l'hépatite B si les adolescents n'ont pas été entièrement vaccinés dans la petite enfance.

52. L'importance d'une intervention précoce pour prévenir le suicide chez les jeunes a été mise en lumière dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA66.8, de même que dans le Cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles (résolution WHA66.10). Ce cadre comporte des indicateurs particuliers concernant la consommation d'alcool et de tabac, l'exercice physique, le surpoids et l'obésité chez les adolescents. Des lignes directrices techniques ont été élaborées en collaboration avec nos partenaires des Nations Unies, la société civile et les jeunes. Ainsi, l'OMS a élaboré des recommandations concernant la prévention des grossesses précoces et des problèmes de santé génésique chez les adolescentes ; le dépistage et le conseil concernant le VIH et les soins pour les adolescents vivant avec le VIH ; et la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress, y compris plusieurs recommandations concernant les adolescents. La mise en œuvre des stratégies existantes s'appliquant aux jeunes sera abordée dans les rapports mondiaux sur l'alcool, le suicide ou la prévention de la violence et dans un rapport intitulé *La santé des adolescents dans le monde*, qui doit être publié par l'OMS en 2014.

53. Les mécanismes actuels de coordination des activités liées à la santé des jeunes à l'échelle de l'Organisation sont insuffisants. La pénurie de ressources humaines et financières a eu un effet particulièrement préjudiciable sur la fourniture d'un soutien systématique aux pays pour la mise en

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

² WHO Report on the global tobacco epidemic 2013 : enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

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

⁴ *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2013 : Soutenir une décennie d'action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

œuvre des stratégies existantes. Le Bureau régional de l'Afrique s'est attaqué au problème en recrutant récemment un conseiller pour la santé des adolescents chargé d'apporter un appui aux pays. Des références à la santé des jeunes apparaissent dans plusieurs catégories du budget programme 2014-2015, approuvé par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (qui contient également un indicateur concernant les taux de natalité chez les adolescentes).

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

54. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹ Les informations fournies aux paragraphes 56 à 59 ont été actualisées.

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

56. En étroite coordination avec l'UNICEF et l'UNFPA, l'OMS a continué de soutenir la préparation de plans reposant sur des données factuelles et sur les besoins dans le domaine de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à l'appui de la mise en œuvre des recommandations de la Commission dans huit pays pionniers.² Ces travaux ont abouti notamment à la mise au point par le Ministère fédéral de la Santé du Nigéria d'un cadre complet d'accès aux produits d'importance vitale qui : établit l'amoxicilline comme le seul traitement de première intention pour la pneumonie ; prévoit l'utilisation de tous les produits pertinents pour les nouveau-nés dans le cadre de la politique nationale de répartition des tâches ; actualise les listes de médicaments essentiels au niveau fédéral et des États ; et élabore des programmes de formation harmonisés.

57. Un soutien technique ainsi qu'au niveau des politiques et de la réglementation est fourni au titre des activités destinées à améliorer l'accès aux produits d'importance vitale. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été actualisée ; la dix-huitième liste est parue en avril 2013 et comprend : i) des clarifications sur l'utilisation de la chlorhexidine ; et ii) une liste de corticostéroïdes à usage prénatal. Les directives thérapeutiques sur les soins aux nouveau-nés ont été actualisées afin d'aider les agents de santé à dispenser des traitements sûrs et efficaces au moyen de produits d'importance vitale³ et un guide complet a été rédigé pour améliorer l'accès aux informations essentielles. Des stratégies d'appui aux pays ont été mises en place pour adapter ces informations et soutenir la révision par les États Membres des politiques nationales sur la base de données factuelles.

58. En juin 2013, le Secrétariat a organisé des processus de collaboration avec les pays afin d'élaborer des spécifications pour les produits et dispositifs médicaux à usage pédiatrique, et de définir

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

² Éthiopie, Malawi, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone.

³ WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

la procédure réglementaire et de contrôle de qualité pertinente. Lorsqu'il n'existait pas d'approbation par des systèmes de réglementation, des comités d'experts ont été convoqués pour garantir la qualité et faciliter l'achat rapide des produits de santé génésique vitaux. Des enquêtes sont en cours pour établir le statut des produits visés au regard de la réglementation et de la qualité. Les produits disponibles sur le marché local sont échantillonnés afin de fournir des informations concernant les éléments sur lesquels cibler l'assistance technique, les efforts d'action sur le marché et les approches fondées sur le risque. Un soutien technique a été fourni aux fabricants produisant du zinc, des sels de réhydratation orale et de l'amoxicilline pour les aider à obtenir l'approbation des organismes de réglementation.

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

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

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

61. Le Conseil exécutif a pris note, à sa cent trente-quatrième session, d'une version antérieure de ce rapport.² La version qui suit a été actualisée à la lumière des observations formulées (voir le paragraphe 68).

62. Le présent rapport fait suite à la demande adressée par le Conseil au Directeur général dans la résolution EB124.R5, par laquelle celui-ci est prié de présenter chaque année un rapport sur les

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

² Voir le document EB134/53. H. Changement climatique et santé (résolutions EB124.R5 et WHA61.19) et le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5.

progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA61.19 et du plan de travail concernant le changement climatique et la santé.

63. Le Secrétariat a concentré ses activités de sensibilisation sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé ; sur la préservation des déterminants environnementaux de la santé, comme l'eau et les services d'assainissement ; et sur la réduction de la charge de morbidité résultant de la pollution atmosphérique, tout en réduisant l'émission de gaz à effet de serre. Plusieurs manifestations ont fourni l'occasion d'attirer l'attention sur les liens entre les différents éléments, notamment les réunions ministérielles au niveau régional sur la santé et l'environnement ainsi que les séances préparatoires qui les ont précédées et certaines manifestations de niveau ministériel, dont la réunion sur la santé, la pollution atmosphérique et le changement climatique, qui s'est tenue pendant la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, et la réunion sur l'amélioration de la santé et de la résilience au changement climatique, organisée lors de la dix-neuvième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, l'OMS ayant assuré des formations et parrainé la participation des représentants du secteur de la santé. Le Secrétariat a aussi collaboré à l'organisation d'un sommet réunissant des organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé et du changement climatique et des représentants des gouvernements et d'organismes du système des Nations Unies.¹

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

65. Le Secrétariat a contribué au cinquième rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat et a représenté le secteur de la santé dans le cadre du programme de travail sur les pertes et préjudices, établi au titre de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, et dans le cadre du Programme de travail de Nairobi sur les incidences des changements climatiques et la vulnérabilité et l'adaptation à ces changements, relevant lui aussi de la Convention-cadre. Le Secrétariat a aussi publié des recommandations sur l'évaluation des préjudices économiques et des coûts d'adaptation,² et sur l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes d'adaptation en matière de santé,³ et mené un examen sur les effets des inondations sur la santé et les mesures de prévention dans la Région européenne de

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

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

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

l'OMS.¹ Une nouvelle initiative de l'OMS vise à définir des priorités de recherche conformément au paragraphe 2 de la résolution WHA61.19, d'ici la fin de l'année 2014. Le Secrétariat a, en outre, actualisé les estimations de la charge de morbidité attribuable à la pollution atmosphérique, examiné le lien entre l'énergie utilisée par les ménages, la santé et le changement climatique, et conçu des méthodes d'évaluation des effets sanitaires permettant d'apprécier les bénéfices de santé à retirer d'une réduction de la pollution atmosphérique couplée à des transports plus durables.

66. Le Secrétariat a suivi et favorisé la mise en œuvre de la résolution WHA61.19 et des cadres d'action régionaux connexes en fournissant une orientation technique concernant l'élaboration de la composante santé dans les plans d'adaptation nationaux, et en organisant des ateliers avec la participation de pays venant de l'ensemble des Régions (les 58 États Membres issus de la Région africaine et de la Région de l'Asie du Sud-Est, 32 de la Région des Amériques, 12 de la Région européenne, 8 de la Région de la Méditerranée orientale et 14 de la Région du Pacifique occidental). De nouveaux matériels de formation sont en cours de diffusion, par exemple dans des domaines d'intérêt particuliers comme le changement climatique, les ressources en eau et la santé.

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

68. L'OMS accueillera la Première Conférence mondiale sur la santé publique et le changement climatique à Genève du 27 au 29 août 2014. Cette Conférence guidera la révision du plan de travail actuel de l'OMS concernant le changement climatique et la santé. Le Secrétariat soumettra ensuite sa proposition de plan de travail actualisé pour examen par le Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session.

Systemes de santé

I. SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION MONDIAUX (résolution WHA61.21)

69. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport,² qui a été actualisée (voir en particulier les paragraphes 78, 79, 81, 83, 84 et 85).

70. La Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ont été adoptés par l'Assemblée de la Santé dans les résolutions WHA61.21 et WHA62.16. La Stratégie mondiale et le Plan d'action comprennent huit éléments qui sont notamment

¹ Floods in the WHO European Region: health effects and their prevention. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013.

² Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

conçus pour promouvoir la recherche-développement et hiérarchiser les besoins, renforcer la capacité d'innovation, promouvoir le transfert de technologie et gérer la propriété intellectuelle de manière à répondre aux besoins de recherche-développement des pays en développement en s'attachant particulièrement aux maladies qui touchent ces pays de façon disproportionnée.

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

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

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

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

75. Le Secrétariat a constaté que la biothérapie est un domaine où le transfert de technologie et la production locale peuvent se répercuter sur le prix et sur l'accès. Afin de faciliter ces activités, il est en train de mettre en place un centre de transfert de technologie aux Pays-Bas ; celui-ci commencera par produire un anticorps monoclonal abordable contre le virus respiratoire syncytial, à l'origine d'une infection qui est l'une des premières causes d'hospitalisation des nourrissons dans le monde et contre laquelle la seule intervention actuellement disponible est inabordable pour la plupart des pays. De plus, le Secrétariat poursuit le transfert de technologie relatif à la production locale d'anticorps monoclonaux antirabiques. L'un des trois instituts de pays en développement ayant bénéficié de transferts de technologie a terminé ses évaluations cliniques précoces de l'anticorps monoclonal produit localement. Le Secrétariat continue également à soutenir le transfert de technologie et la production locale de vaccins antigrippaux et, sur les 14 fabricants de pays en développement participant au projet actuel de transfert de technologie pour produire des vaccins contre la grippe pandémique dans les pays en développement, cinq ont fait homologuer des vaccins antigrippaux de

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

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

fabrication locale, ajoutant ainsi 300 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique à la capacité mondiale.

76. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'élément 5 de la Stratégie mondiale (Application et gestion de la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique), l'OMC, l'OMPI et l'OMS ont publié une étude intitulée *Promouvoir l'accès aux technologies et l'innovation dans le domaine médical : convergences entre santé publique, propriété intellectuelle et commerce*,¹ laquelle s'adresse aux dirigeants, aux législateurs, aux responsables gouvernementaux, aux organisations internationales, aux organisations non gouvernementales et aux chercheurs. En collaboration avec l'OMS, l'OMPI a mené une étude synthétique sur les brevets afin de recenser les lieux où s'effectuent des recherches sur ces vaccins² et dans quelle mesure la propriété intellectuelle risque de faire obstacle à la production de nouveaux vaccins.³

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

78. Pour donner suite à l'élément 6 de la Stratégie mondiale (Amélioration de la distribution et de l'accès), laquelle préconise le renforcement du programme de préqualification de l'OMS, l'Organisation a simplifié la préqualification des produits diagnostiques, des médicaments et des vaccins en les regroupant en une seule unité au sein du Département Médicaments essentiels et produits de santé. Au 31 décembre 2013, l'OMS avait préqualifié 371 produits médicaux (dont 62 en 2013 : 27 produits pour traiter le VIH/sida ; 17 produits antituberculeux ; 10 médicaments relatifs à la santé génésique ; sept antipaludéens ; et un traitement pour une maladie tropicale négligée) ; 51 principes actifs (23 en 2013), 134 vaccins, 27 produits diagnostiques (26 produits à utiliser par exemple pour le dépistage précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson et un dispositif pour la circoncision des adultes) et 29 laboratoires chargés de contrôler la qualité des médicaments dans l'ensemble des Régions de l'OMS (trois en 2013).

79. L'action du Secrétariat tendant à étayer la capacité des autorités de réglementation repose chaque fois que possible sur l'évaluation par l'OMS des systèmes de réglementation nationaux. Des indications pratiques sur la réalisation des évaluations et des auto-évaluations au moyen d'un outil normalisé OMS de collecte des données ont été élaborées. L'action visant à renforcer les capacités des systèmes de réglementation a principalement consisté :

- à élaborer l'outil OMS de collecte des données pour l'examen des systèmes de réglementation pharmaceutique couvrant l'ensemble des produits (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et dispositifs) ;

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

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

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

- à évaluer les capacités de réglementation dans les pays prioritaires (Chine, Inde, Viet Nam et certains pays d'Afrique) en établissant des plans nationaux de développement institutionnel et en fournissant le soutien technique nécessaire ;
- à faciliter la constitution de réseaux de réglementation, la convergence et l'harmonisation à travers des réseaux soutenus par l'OMS (y compris le réseau des centres nationaux de pharmacovigilance du Programme international OMS de pharmacovigilance, le Réseau des autorités de réglementation de pays en développement et le Forum africain pour la réglementation des vaccins) ; et à fournir un appui au plan du secrétariat et/ou une assistance technique à certaines initiatives pour l'harmonisation au niveau régional ou sous-régional (telles que le Réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique et l'Initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique, axée sur les pays de la Communauté de l'Afrique orientale) ;
- à renforcer les laboratoires nationaux de contrôle des médicaments et des vaccins, par exemple à travers la préqualification des laboratoires nationaux de contrôle de la qualité ;
- à fournir un appui aux pays pour le renforcement de leur capacité à surveiller l'innocuité et l'efficacité des médicaments mis sur le marché ;
- à offrir des possibilités de formation aux responsables de la réglementation (plus de 1700 à ce jour), aux représentants des fabricants locaux et aux divers partenaires dans différents domaines techniques tels que les bonnes pratiques de fabrication, l'évaluation de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des produits, la surveillance réglementaire des essais cliniques, la pharmacovigilance et le contrôle de la qualité des laboratoires.

80. L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé établit avec le concours de l'OMS un rapport (à paraître en 2014), qui portera principalement sur l'accès aux médicaments, leur accessibilité économique et leur bon usage. Le rapport comprendra des informations sur les interventions novatrices, notamment la fourniture de médicaments dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et les interventions menées sur les marchés privés ou auprès de la patientèle.

81. Dans le contexte de l'élément 7 (Promotion de mécanismes de financement durables), en 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement¹ et adopté la résolution WHA65.22. À l'issue d'une série de consultations nationales, régionales et mondiales sur les conclusions de ce rapport, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA66.22, laquelle approuvait le plan de travail stratégique qu'il contenait. Le Secrétariat continue de s'acquitter des tâches requises aux termes du paragraphe 4 de ladite résolution, à savoir notamment : d'établir un observatoire mondial de la recherche-développement en santé ; de faciliter la mise en œuvre de quelques projets de démonstration de recherche-développement en santé afin de remédier aux lacunes qui pénalisent de manière disproportionnée les pays en développement ; de passer en revue les mécanismes existants afin d'évaluer leur capacité à assurer la coordination de la recherche-développement en santé ; d'étudier et d'évaluer les mécanismes existants susceptibles de contribuer à la recherche-développement en santé.

¹ Voir le procès-verbal de la onzième séance de la Commission A de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, section 2 (document WHA65/2012/REC/3).

82. Pour donner suite à l'élément 8 (Mise en place de systèmes de suivi et de notification), le Secrétariat, en collaboration avec le Bureau régional des Amériques, est en train d'élaborer la plate-forme mondiale sur l'accès et l'innovation – un portail en ligne permettant de suivre les progrès accomplis par les États Membres et autres parties prenantes concernant la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Cette plate-forme comporte un centre d'information, un dépôt central de connaissances et un forum virtuel sur l'innovation. Le lancement du centre d'information est prévu pour avril 2014.

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

84. La plate-forme régionale pour l'accès aux technologies sanitaires et l'innovation est au cœur de la stratégie de collaboration technique de l'OPS pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale. Bien que la plate-forme ne soit opérationnelle que depuis mai 2012, elle est de plus en plus reconnue comme le moyen d'échanger des informations, de mener des travaux en collaboration et de valider des informations en vue de prendre des décisions concernant les technologies sanitaires dans la Région des Amériques. En outre, l'OPS a mené une consultation formelle et un processus de sélection pour les projets de démonstration, conformément à la résolution WHA66.22 et aux recommandations figurant dans le rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.¹

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

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

86. À sa cent trente-quatrième session en janvier 2014, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.² Les paragraphes 87 et 91 ont été actualisés.

87. Pour donner suite à la résolution WHA63.12, adoptée en 2010, les États Membres et le Secrétariat ont pris de nombreuses initiatives.

¹ Document A65/24, annexe.

² Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

88. **Autosuffisance basée sur le don volontaire et non rémunéré.** Selon les données transmises à la base de données mondiale OMS sur la sécurité transfusionnelle, le nombre et la proportion de dons de sang volontaires et non rémunérés ont augmenté chaque année ; en 2011, 71 pays ont indiqué que plus de 90 % de leurs approvisionnements en sang provenaient de dons de sang volontaires et non rémunérés, alors qu'ils étaient 66 en 2008. Une déclaration consensuelle d'experts de l'OMS a été diffusée,¹ laquelle propose une définition, des stratégies et des mécanismes pour parvenir à l'autosuffisance en sang et en produits sanguins au niveau mondial sur la base du don de sang volontaire non rémunéré. En 2013, le Forum mondial de l'OMS pour la sécurité transfusionnelle a recensé quels étaient les besoins prioritaires pour parvenir à l'autosuffisance et renforcer les systèmes d'approvisionnement en sang, et l'OMS a publié un rapport intitulé *Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013*.² En octobre 2013, en collaboration avec les Gouvernements italien et japonais, l'OMS a organisé un forum de haut niveau à l'intention des responsables politiques, au cours duquel la Déclaration de Rome sur l'obtention de l'autosuffisance en sang et en produits sanguins sur la base du don de sang volontaire non rémunéré a été adoptée.³ La Journée mondiale du donneur de sang continue à être célébrée dans un nombre toujours plus grand de pays, représentant un jalon important pour les campagnes en faveur du don de sang. L'OMS et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge se sont unies pour donner des conseils à l'échelle mondiale dans sa publication parue en différentes langues.⁴ L'OMS a également publié des lignes directrices sur la sélection des donneurs de sang (2012)⁵ et des conseils à l'attention des donneurs (2013),⁶ et élaboré du matériel pédagogique pour la prise en charge des donneurs de sang.

89. **Systèmes d'approvisionnement en sang.** La résolution WHA63.12 a ouvert la voie à d'importantes réformes des systèmes d'approvisionnement en sang en renforçant la direction et la gestion des activités correspondantes dans de nombreux pays. Outre la publication de recommandations sur le dépistage des infections transmissibles par la transfusion dans les dons de sang⁷ et d'orientations politiques dans le cadre d'un aide-mémoire sur l'établissement d'un système

¹ Déclaration consensuelle d'experts sur les moyens de parvenir à l'autosuffisance en sang et en produits sanguins sécurisés, sur la base du don de sang volontaire non rémunéré (http://www.who.int/entity/bloodsafety/expert_consensus_statement_self-sufficiency.pdf, consulté le 25 février 2014).

² *Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion_services/WHO_globalstatusreportself-sufficiencyinbloodbloodproducts.pdf, consulté le 25 février 2014).

³ The Rome Declaration on Achieving Self-Sufficiency in Safe Blood and Blood Products based on Voluntary Non-Remunerated Donation (http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/romedeclarationself-sufficiencyinbloodbloodproductsVNRD.pdf, consulté le 25 février 2014).

⁴ *Vers 100 % de dons de sang volontaires – Cadre mondial d'action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2011.

⁵ Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en/, consulté le 19 février 2014).

⁶ Blood donor counselling: implementation guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary_donation/Blooddonorcounselling.pdf, consulté le 25 février 2014).

⁷ Screening donated blood for transfusion transmissible infections: recommendations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_screendondbloodtransf/en/index.html, consulté le 25 février 2014).

national d'approvisionnement en sang,¹ le Secrétariat a fourni un soutien technique pour le renforcement des systèmes et des capacités en ressources humaines dans plusieurs pays, notamment le Bangladesh, le Bhoutan, le Burkina Faso, le Cambodge, l'Éthiopie, Haïti, le Mali, le Népal, l'Ouganda, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République démocratique populaire lao et le Soudan du Sud, moyennant l'organisation d'ateliers régionaux et nationaux sur la direction et la gestion, le don de sang volontaire et non rémunéré, la sélection des donneurs, le dépistage de qualité des dons de sang, la gestion des données relatives à la sécurité transfusionnelle et la chaîne du froid dans l'approvisionnement en sang.

90. **Systèmes de qualité et hémovigilance.** Les outils et les documents pédagogiques de l'OMS pour améliorer la qualité de la gestion des services de transfusion sanguine ont été utilisés pour élaborer des normes et des systèmes de qualité au niveau national dans de nombreux pays dont le Bangladesh, le Bhoutan, le Cambodge, la Chine, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Népal, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Soudan du Sud, le Tadjikistan et le Viet Nam. Selon les données disponibles, 71 pays ont indiqué disposer de systèmes nationaux d'hémovigilance en 2011, alors qu'ils n'étaient que 57 en 2008. En novembre 2012, l'OMS a organisé une consultation mondiale sur l'hémovigilance en collaboration avec le Gouvernement des Émirats arabes unis et des partenaires internationaux clés, parmi lesquels figuraient le Réseau international d'hémovigilance et la Société internationale de transfusion sanguine, dans le but de fournir des orientations sur l'établissement de systèmes nationaux d'hémovigilance.

91. **Usage rationnel et sans risque du sang et des produits du sang, et gestion du sang des patients.** En 2011, 109 pays ont indiqué disposer de lignes directrices nationales sur la transfusion, alors qu'ils n'étaient que 90 en 2008 ; 52 pays ont indiqué que plus de 50 % de leurs hôpitaux possédaient des comités de transfusion, contre 28 en 2008. L'OMS a publié des conseils de politique générale dans un aide-mémoire sur le processus clinique de la transfusion et la sécurité des patients,² et a organisé un forum mondial sur la gestion du sang des patients ; elle a également fourni un soutien technique à des pays tels que le Bangladesh, le Népal et l'Ouganda en contribuant au renforcement des capacités, en fournissant du matériel pédagogique et des outils pour la pratique sans risque de la transfusion sanguine et la sécurité des patients ; elle a également organisé plusieurs consultations et ateliers dans divers pays sur l'usage approprié du sang, les pratiques de transfusion sans risque et la sécurité des patients (y compris une consultation interrégionale sur le renforcement du rôle des infirmiers et des sages-femmes pour garantir une transfusion clinique sans risque et la sécurité des patients à l'intention de 20 pays, ainsi qu'un atelier sous-régional sur l'usage approprié et sans risque du sang et la sécurité des patients à l'intention du Kazakhstan, du Kirghizistan, de l'Ouzbékistan et du Tadjikistan).

92. **Les systèmes nationaux de réglementation du sang.** Le Secrétariat a axé son soutien sur l'établissement de cadres réglementaires juridiques, notamment pour le respect et la mise en œuvre des bonnes pratiques de fabrication dans les établissements du sang, et la réglementation des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés à la sécurité transfusionnelle. Dans ce contexte, il a publié des lignes

¹ WHO aide-mémoire for ministries of health: developing a national blood system. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (document WHO/EHT/11.01, disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf, consulté le 25 février 2014).

² Aide-mémoire de l'OMS à l'intention des autorités nationales de santé et des directions des hôpitaux : processus clinique de la transfusion et sécurité des patients. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (document WHO/EHT/10.05, disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_who_eht_10_05_fr.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

directrices sur les bonnes pratiques de fabrication pour les établissements du sang¹ et organisé des ateliers régionaux réunissant les autorités nationales de réglementation et les services nationaux de transfusion sanguine. L'Organisation a également publié un document sur les critères d'évaluation des systèmes nationaux de réglementation qui représente l'opinion collective du réseau OMS des responsables de la réglementation applicable au sang et du Comité d'experts OMS de la Standardisation biologique.² L'OMS travaille avec la Société africaine de transfusion sanguine, ainsi qu'avec les autorités de réglementation et les services nationaux de transfusion sanguine d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine afin de veiller à la mise en œuvre de systèmes de réglementation du sang et d'améliorer la production locale de plasma de qualité à partir des dons de sang total dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En octobre 2013, l'OMS a ajouté le sang et les constituants du sang (hématies, plaquettes et plasma frais congelé) à la liste des médicaments essentiels. Cet ajout devrait contribuer à améliorer la disponibilité, l'innocuité et la qualité du sang en encourageant les États Membres à consentir les investissements nécessaires pour mettre en place des systèmes durables d'assurance de la qualité dans les établissements du sang.

93. **Préparations biologiques internationales de référence de l'OMS.** Depuis l'adoption de la résolution WHA63.12, 34 préparations biologiques internationales de référence ont été établies afin de renforcer le contrôle de la qualité dans les domaines des produits sanguins et des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés à la sécurité transfusionnelle. Les responsables de la réglementation définissent les prescriptions sur la base des préparations biologiques de référence de l'OMS. L'Organisation a travaillé à l'établissement de collections de référence pour évaluer le niveau d'efficacité des kits de diagnostic de l'hépatite et du VIH pour ce qui est des différents génotypes et sous-types prévalant dans différentes Régions. Les normes de référence de l'OMS pour les produits sanguins et les dispositifs diagnostiques *in vitro* associés sont diffusées par l'intermédiaire du catalogue en ligne de l'Organisation,³ ainsi que par le biais des ateliers et des organisations professionnelles internationales. Les ateliers et les séminaires techniques ont réuni des pays de toutes les Régions et ils se sont avérés utiles pour promouvoir les normes de l'OMS et obtenir les commentaires des pays sur leur utilité.

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

¹ WHO guidelines on good manufacturing practices for blood establishments. OMS, Série de Rapports techniques, N° 961, annexe 4. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.

² Assessment criteria for national blood regulatory systems. OMS, Série de Rapports techniques, N° 979, annexe 7. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

³ Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/bloodproducts/catalogue/en/> (consulté le 25 février 2014).

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

95. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹ Les paragraphes 97 et 98 ont été actualisés.

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

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

98. Le Secrétariat a renforcé sa collaboration avec les autorités sanitaires nationales et encouragé les sociétés scientifiques et les associations professionnelles à assumer des rôles dans la gouvernance mondiale du don et de la transplantation d'organes. Les sociétés scientifiques et les associations professionnelles contribuent à l'amélioration au niveau mondial :

- i) en harmonisant les pratiques, y compris par des dispositifs d'accréditation (par exemple le Réseau mondial pour la greffe de sang et de moelle osseuse) ;
- ii) en combattant les pratiques contraires à l'éthique, en particulier les transactions commerciales, le trafic d'organes et le tourisme de la transplantation (par exemple la Déclaration d'Istanbul sur le trafic d'organes et le tourisme de la transplantation élaborée à l'initiative de la Société de transplantation et de la Société internationale de néphrologie) ;
- iii) en favorisant l'accès aux transplantations nécessaires (Société de transplantation, Réseau mondial pour la greffe de sang et de moelle osseuse) ; et
- iv) en mettant au point et en maintenant des systèmes mondiaux de terminologie et de codage appliqués pour les transplantations compatibles avec la norme mondiale pour la terminologie, l'identification (y compris l'affectation d'un identifiant unique à l'échelle mondiale pour le don), le codage et l'étiquetage des produits médicaux d'origine humaine, ISBT 128 (dont la

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

mise au point et la gestion relèvent de l'International Council for Commonality in Blood Banking Automation).

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

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

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

102. La Bibliothèque Notify² mise sur pied par l'OMS et le centre national de transplantation italien (un centre collaborateur de l'OMS) regroupe les cas didactiques d'événements et de réactions indésirables et permet la diffusion des enseignements tirés des dispositifs de vigilance et de surveillance appliqués par les autorités nationales et par les sociétés scientifiques et les associations professionnelles, ainsi que le demande la résolution WHA63.22.

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

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

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

L. STRATÉGIE OMS DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ

104. Le Conseil exécutif, à sa cent trente-quatrième session, a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹ Les paragraphes 109 et 110 ont été actualisés.

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

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

107. Les travaux relatifs à la phase de planification d'un observatoire mondial de la recherche-développement en santé ont débuté et un premier exercice de recensement des partenaires est en cours. Ces travaux s'appuient sur les résultats d'un atelier informel de l'OMS sur le suivi des flux de ressources pour la recherche-développement tenu en février 2013.²

108. La création d'un observatoire mondial de la recherche-développement en santé pose de nombreuses difficultés, dont le peu de données disponibles pour les indicateurs utiles à la recherche-développement en santé et le manque d'informations de la plupart des États Membres sur les intrants (les investissements) et les extrants (les résultats de la recherche-développement et les publications connexes).³ Une étude de l'utilité du Registre international OMS des essais cliniques pour l'évaluation de la répartition mondiale des essais cliniques et pour l'élaboration de politiques de recherche-développement en santé a montré que la répartition des efforts mondiaux de recherche était déséquilibrée.⁴ on estime en effet que pour chaque million d'années de vie ajustées sur l'incapacité dans les pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à faible revenu, respectivement 292,7, 13,4, 3,0 et 0,8 essais enregistrés recrutent.

109. Des discussions sont en cours avec le groupe de recherche indépendant Policy Cures quant aux activités spécifiques visant à établir des liens entre sa base de données sur le financement de la recherche sur les maladies négligées (l'enquête G-FINDER) et une base de données sur les produits en cours de recherche-développement pour les maladies négligées. Des discussions initiales ont également lieu avec Research Africa, une organisation basée en Afrique qui tient une base de données

¹ Voir le procès verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

² WHO informal workshop on monitoring R&D resource flows [website]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/phi/workshop14022013/en/index.html>, consulté le 21 octobre 2013).

³ Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *The Lancet*, 2013; 382: 1286-1307. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61046-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6).

⁴ Viergever RF, Terry RF, Karam G. Use of data from registered clinical trials to identify gaps in health research and development. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:416-425C. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114454>.

des bailleurs de fonds pour la recherche, en vue d'établir une carte montrant où sont attribués les fonds. L'OPS a lancé sa plate-forme régionale pour l'accès aux technologies sanitaires et l'innovation dans ce domaine en mai 2012.¹

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

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

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

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

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

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

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

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

Préparation, surveillance et intervention

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

114. Le Conseil exécutif a pris note, à sa cent trente-quatrième session, d'une version antérieure du présent rapport.¹ Celui-ci a été actualisé et amendé à la lumière des observations formulées au cours du débat à cette session.

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

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

117. Des équipes de l'OMS mobilisables en renfort sont actuellement mises sur pied et un cours de formation initiale destiné aux candidats a été organisé en septembre 2013. Une politique de renfort a été mise au point et, en mars 2014, des accords ont été signés avec Information Management and Mine Action Programs, le Conseil norvégien des réfugiés, RedR Australie et CANADEM. Ces capacités de mobilisations supplémentaires sont complétées par un accord soutenu par la Direction générale de l'aide humanitaire et de la protection civile (ECHO) de la Commission européenne, l'International Medical Corps, Merlin et The Save the Children Fund. Des partenaires de renfort ou des organisations non gouvernementales partenaires ont été déployés dans le cadre d'opérations de l'OMS en Jordanie, au Mali, aux Philippines, en République arabe syrienne et en République démocratique du Congo.

118. Le fonctionnement du partenariat du groupe de responsabilité sectorielle Santé aux niveaux national et international fait l'objet d'un examen dans le contexte du programme de transformation. En

¹ Voir le procès-verbal de la quatorzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, section 5 (document EB134/2014/REC/2).

2013, l'OMS a mené une évaluation au niveau mondial des capacités de ses partenaires et des opérations sur le terrain, et a entrepris un examen du groupe de responsabilité sectorielle Santé qui servira à la planification pour le prochain exercice biennal. En juin 2013, 24 des 29 coordonnateurs des groupes de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays ont été réunis pour dresser un bilan des opérations dans les pays et être informés de questions comme le programme de transformation. En 2013, huit groupes de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays ont fait l'objet d'une évaluation formelle au moyen du nouvel outil normalisé du Comité permanent interorganisations, ce qui a permis de recenser les domaines où des améliorations étaient possibles. Il est prévu de procéder à des évaluations annuelles de l'ensemble des groupes sectoriels Santé dans les pays à partir de 2014. Afin d'améliorer le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial, une unité chargée du groupe de responsabilité sectorielle Santé est actuellement créée au sein du Département Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire. Pour l'exercice 2014-2015, l'OMS et ses partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial se sont engagés à améliorer de manière substantielle le soutien apporté au groupe sectoriel Santé et/ou au secteur de la santé dans les 10 pays prioritaires ci-après, ainsi que les résultats obtenus : Afghanistan, Haïti, Mali, Myanmar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Yémen.

119. La poursuite de ces réformes de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence humanitaire a contribué à améliorer les résultats au niveau des pays. Parmi les situations d'urgence aiguë classées conformément au cadre d'action d'urgence en 2012-2013, les plus complexes sont celles qui ont aussi été déclarées crises de niveau 3 en vertu des nouveaux protocoles pour les situations d'urgence de niveau 3 du Comité permanent interorganisations, à savoir les situations touchant les Philippines, la République arabe syrienne, la République centrafricaine et le Soudan du Sud.

120. La crise en République arabe syrienne a déclenché une mobilisation à l'échelle de l'Organisation par l'intermédiaire des bureaux de l'OMS situés en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Turquie. En République arabe syrienne, la mise en œuvre du cadre d'action d'urgence s'est traduite par une action plus prévisible et plus efficace de l'OMS dans des domaines tels que l'évaluation rapide des besoins, la coordination, la fourniture des services de santé, la notification, les systèmes de surveillance des maladies et de riposte, et la mise à jour régulière des plans d'action sanitaire.

121. À la suite du typhon Haiyan, un effort gigantesque a été entrepris au niveau de l'ensemble de l'Organisation pour appuyer l'action de secours aux Philippines, plus de 130 experts en situations d'urgence ayant été mobilisés au Siège de l'OMS, dans les six bureaux régionaux et auprès des partenaires, dont 84 étaient sur place dans les 12 jours suivant la catastrophe. Avec cette capacité supplémentaire, le bureau de l'OMS aux Philippines a pu rapidement mettre au point des opérations d'urgence à Manille et dans huit pôles infranationaux pour aider le Ministère de la Santé à coordonner l'action de 152 équipes médicales étrangères et 148 équipes médicales nationales, afin de coordonner l'action de plus de 100 partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé et de mettre en œuvre l'action sur plusieurs fronts de l'OMS elle-même.

122. En République centrafricaine, l'OMS a fait venir 20 membres du personnel recrutés sur le plan international pour appuyer les opérations à Bangui et à l'extérieur de la capitale. Une évaluation rapide des besoins effectuée avec les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé a permis d'obtenir des informations pour la riposte du secteur de la santé, de plaider en faveur de la fourniture de soins médicaux gratuits pour améliorer l'accès aux soins, de mettre en place un dispositif d'alerte et de riposte aux maladies, de mener des campagnes de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite, et d'établir des plans d'urgence en cas de flambée.

123. Au Soudan du Sud, l'OMS a immédiatement redéfini les fonctions de 47 membres du personnel affectés à la santé publique et à l'éradication de la poliomyélite, assurant la continuité des opérations dans neuf des 10 États, en envoyant 10 experts supplémentaires en situations d'urgence pour exercer les fonctions du groupe de responsabilité sectorielle Santé et de la santé publique aux niveaux national et infranational. La préparation aux situations d'urgence en temps voulu, notamment le prépositionnement des fournitures, a permis à l'OMS d'acheminer rapidement aux centres de santé et aux partenaires prioritaires des médicaments et des fournitures d'importance vitale, notamment pour le traitement des traumatismes et les soins obstétricaux d'urgence. La vaccination de masse a permis de réduire le nombre de cas de rougeole, et une campagne de vaccination de masse contre le choléra avec pour cible 130 000 personnes déplacées dans des camps à l'intérieur du pays a été lancée le 22 février.

124. Les contraintes auxquelles s'est heurtée l'action de l'OMS et des partenaires du secteur de la santé au niveau des pays en 2012-2013 ont notamment été la sécurité, l'insuffisance du financement, les capacités nationales limitées, le pillage, les attaques dirigées contre les centres et le personnel de santé, l'escalade des coûts, les difficultés d'ordre logistique et, dans certaines circonstances, la complexité des procédures de contrôle.

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

126. Pour accélérer la réforme des capacités de l'OMS à faire face aux besoins sanitaires croissants dans les situations d'urgence humanitaire, il convient de remédier aux lacunes chroniques dans les ressources humaines et financières pour ses activités essentielles, les situations d'urgence aiguës et les crises prolongées. L'application du cadre d'action d'urgence en 2013 a mis en lumière la nécessité de recruter et de fidéliser le personnel essentiel au sein de l'OMS et d'assurer un financement durable à cet effet, en particulier dans les Régions et les pays hautement vulnérables. Ainsi, seuls trois des 29 groupes sectoriels Santé dans les pays possèdent actuellement un coordonnateur du groupe de responsabilité sectorielle Santé à plein temps et rares sont ceux qui disposent d'un administrateur spécialisé dans la gestion de l'information. Sur le budget de base de l'OMS consacré à l'action humanitaire pour l'exercice 2012-2013, qui s'élève à US \$106,7 millions, seuls US \$44,6 millions (soit 42 %) ont été reçus. Il est essentiel que le financement complet du budget de base de l'OMS pour son action humanitaire en 2014-2015 – qui s'élève à US \$87,9 millions – soit assuré pour satisfaire aux obligations et aux engagements de l'Organisation dans ce domaine, poursuivre les réformes engagées récemment et tirer profit des succès déjà obtenus. Le sous-financement relatif du secteur de la santé dans les situations d'urgence au niveau des pays n'a pas disparu en 2013 ; 54 % seulement des US \$1331 millions demandés dans le cadre de la procédure d'appel global ont été reçus alors que le pourcentage pour l'ensemble des secteurs est de 62 %.² Le secteur de la santé a également continué à

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

² Source : Bureau de la coordination des affaires humanitaires, Service de surveillance financière, 16 février 2014.

faire face à un financement insuffisant dans de nombreuses situations d'urgence majeures : 49,1 % du financement du groupe de responsabilité sectorielle Santé ont été reçus pour la République centrafricaine en 2013 et 71,4 % pour le Plan d'aide humanitaire pour la Syrie. Au 10 mars 2014, seuls 11 % et 23 % des fonds nécessaires concernant les appels de niveau 3 pour la République centrafricaine et le Soudan du Sud, respectivement, avaient été versés à l'OMS.

127. Afin de continuer à améliorer ses résultats en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au cours de l'exercice 2014-2015, le Secrétariat établira une unité chargée du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial ; procédera à un examen par l'intermédiaire du Groupe de la Politique mondiale du rôle, des fonctions et des résultats de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé ; élargira le soutien apporté et l'appui fourni aux coordonnateurs, en particulier dans les pays désignés comme prioritaires ; s'efforcera de veiller à ce que les effectifs nécessaires aux fonctions du groupe soient au complet dans les pays considérés comme prioritaires ; continuera de renforcer sa capacité de mobilisation interne et d'accroître l'utilisation de ses partenaires de renfort et des organisations non gouvernementales partenaires ; et améliorera l'évaluation et le suivi des capacités et des résultats de chaque groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays.

Services institutionnels/fonctions d'appui

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

128. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹ Les statistiques ont été actualisées dans la version qui suit.

129. Les efforts se sont poursuivis pour développer le contenu multilingue accessible sur le site Web de l'OMS. L'équipe multilingue des éditeurs du Web, travaillant en collaboration avec le service de traduction de l'OMS, est parvenue à réduire l'écart entre l'anglais et les cinq autres langues officielles de l'Organisation pour ce qui est du contenu technique. L'équipe a également rendu l'ensemble du contenu institutionnel sur le Web accessible dans les six langues officielles. En 2012 et 2013, 8234 pages Web ont été ajoutées en anglais, 1541 en arabe, 1852 en chinois, 1472 en espagnol, 2237 en français et 1955 en russe.

130. En février 2014, le système IRIS (Institutional Repository for Information Sharing – archives institutionnelles pour l'échange d'informations)² comptait plus de 71 000 entrées dans les langues officielles, et notamment des produits d'information OMS et la documentation des organes directeurs (y compris la documentation de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif depuis 1998, ainsi que celle de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac). IRIS enregistre en moyenne 2 millions de téléchargements par mois. La totalité de la documentation des organes directeurs de 1948 à 1997 sera archivée dans IRIS avant fin 2014.

131. En 2012, la Fédération de Russie a versé des fonds pour financer un projet de deux ans destiné à accroître la qualité et la quantité des produits d'information technique et scientifique de l'OMS disponibles en russe, et pour améliorer leur diffusion auprès des publics russophones. En février 2014,

¹ Voir les documents EB134/53, section N, et EB134/2014/REC/2, procès-verbal de la quatorzième séance, section 5.

² Disponible à l'adresse <http://www.who.int/iris> (consulté le 25 février 2014).

26 publications essentielles avaient été traduites et publiées en russe au Siège et au Bureau régional OMS de l'Europe, et les réseaux de distribution des publications en russe avaient été élargis. Au total, 568 publications imprimées en russe ont été numérisées et archivées dans IRIS. Trois numéros spéciaux du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* en russe ont été publiés. Plus de 20 nouveaux sites Web techniques en russe ont été créés ou actualisés sur le site Web du Siège de l'OMS et 12 profils de pays en russe ont été créés sur le site Web du Bureau régional OMS de l'Europe.

132. Les activités visant à mettre à disposition les produits d'information OMS dans les langues officielles et dans les langues non officielles se sont poursuivies. En 2012 et 2013, les Éditions de l'OMS ont autorisé des partenaires extérieurs et les bureaux régionaux à effectuer 391 traductions de 247 produits du Siège en 54 langues (cinq langues officielles et 49 non officielles).

133. Une formation linguistique continue d'être proposée gratuitement aux membres du personnel. Pendant la période biennale 2012-2013, 1358 inscriptions aux cours de langue ont été enregistrées au Siège : 128 pour l'anglais, 75 pour l'arabe, 35 pour le chinois, 359 pour l'espagnol, 726 pour le français et 35 pour le russe. Depuis septembre 2012, l'OMS propose également un programme d'enseignement à distance des langues officielles de l'Organisation mais aussi de l'allemand et du portugais. Les membres du personnel des bureaux régionaux et de pays sont prioritaires pour l'accès à ce programme ; en 2012 et 2013, 1788 membres du personnel de toutes les Régions OMS s'y sont inscrits.

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

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

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

= = =