



Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIÈRES

| | Pages |
|--|--------------|
| Maladies non transmissibles | |
| A. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (résolution WHA66.8) | 3 |
| B. Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique (résolution WHA67.8) | 5 |
| C. Déficience auditive incapacitante (résolution WHA48.9) | 6 |
| Maladies transmissibles | |
| D. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16) | 8 |
| E. Élimination de la schistosomiase (résolution WHA65.21) | 10 |
| F. Maladies tropicales négligées (résolution WHA66.12) | 13 |
| G. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA59.19) | 16 |
| Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie | |
| H. Santé du nouveau-né (résolution WHA67.10) | 18 |
| I. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31) | 20 |
| J. 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) | 23 |

Systemes de santé

| | | |
|----|--|----|
| K. | Déterminants sociaux de la santé (résolution WHA65.8) | 24 |
| L. | Structures durables de financement de la santé et couverture universelle (résolution WHA64.9)..... | 28 |
| M. | Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25)..... | 30 |
| N. | Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16) | 32 |

Préparation, surveillance et intervention

| | | |
|----|--|----|
| O. | Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages (résolution WHA64.5)..... | 34 |
| P. | Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1)..... | 36 |

Maladies non transmissibles

A. PLAN D'ACTION GLOBAL POUR LA SANTÉ MENTALE 2013-2020 (résolution WHA66.8)

1. Le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 a été adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013.¹ Le présent rapport fait le point des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action comme l'a demandé l'Assemblée dans la résolution WHA66.8.

2. Le Plan d'action comprend six cibles mondiales et des indicateurs associés visant à mesurer les progrès de la mise en œuvre. Ainsi que l'a demandé l'Assemblée dans la résolution, le Secrétariat a établi, comme une des premières activités de mise en œuvre, une série d'indicateurs plus complète dont les États Membres peuvent se servir pour la collecte et la notification de données à l'OMS. En conséquence, le Secrétariat a entrepris de préciser les indicateurs pour chaque objectif et domaine d'action et, sur la base de consultations d'experts et d'essais pilotes au niveau national, a défini huit indicateurs de base supplémentaires pour compléter ceux figurant déjà dans le Plan d'action, notamment sur les niveaux d'engagement des parties prenantes, les ressources humaines et financières apportées, la disponibilité des services et l'appui social. Tous les indicateurs de base ont été incorporés dans un Atlas actualisé de la santé mentale de l'OMS.²

3. En février 2015, 173 questionnaires concernant l'Atlas avaient été soumis, représentant un taux de réponse de 89 %. Les taux de réponse étaient plus faibles concernant certains indicateurs, notamment l'appui social, la continuité des soins et les dépenses consacrées à la santé mentale, ce qui reflète les contraintes qu'éprouvent beaucoup de pays en raison du manque de données et de systèmes d'information. Un rapport spécifique sur les activités de santé mentale est établi régulièrement par 38 % des États Membres. Sur les 173 États Membres ayant fourni des données destinées à l'Atlas, 76 % ont déclaré s'être dotés d'une politique autonome de santé mentale, 57 % avoir adopté des lois ou une réglementation pertinente relative à la santé mentale et 15 % avoir prévu une participation complète (ainsi que 39 % une participation partielle) de personnes atteintes d'un handicap mental ou psychosocial en matière de politique, de planification, de législation et de mise sur pied de services. Les ressources et services de santé mentale disponibles varient beaucoup d'un pays et d'une Région à l'autre et restent extrêmement limités dans beaucoup de pays à faible revenu. Plus de la moitié des États Membres indiquent qu'ils disposent d'au moins deux programmes opérationnels de promotion et de prévention pour la santé mentale, mais 22 % seulement ont mis en place une stratégie nationale de prévention du suicide.

4. Un certain nombre d'initiatives ont été entreprises pour améliorer la situation. Des stratégies et des cadres d'action régionaux de santé mentale ont désormais été approuvés par différents comités régionaux comme suit : en octobre 2014, le Comité régional des Amériques a approuvé le Programme d'action sur la santé mentale ;³ en septembre 2013, le Comité régional de l'Europe a approuvé le Plan

¹ Document WHA66/2013/REC/1, annexe 3.

² L'Atlas de la santé mentale de l'OMS est un instrument mis au point par l'Organisation pour réunir des informations provenant des pays sur les indicateurs de santé mentale de base. Ces indicateurs ont été proposés pour évaluer les progrès en vue de l'application du Plan d'action global. Pour plus de précisions, voir : http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/ (consulté le 26 mars 2015).

³ Voir la résolution CD53.R7.

d'action européen pour la santé mentale ; et en octobre 2014,¹ le Comité régional du Pacifique occidental a approuvé le Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental.² Des négociations sont en cours pour la révision de la stratégie régionale de santé mentale au Bureau régional de l'Afrique³ et des négociations se poursuivent au Bureau régional de la Méditerranée orientale.

5. Une autre initiative est la base de données MiNDbank, une base en ligne lancée par l'OMS en décembre 2013 qui assure aux responsables politiques, aux personnes intéressées et aux chercheurs un accès rapide aux ressources internationales et aux politiques, stratégies, lois et normes de service au niveau national en ce qui concerne la santé mentale, l'abus de substances psychoactives, le handicap et les droits de l'homme dans plus de 170 pays.⁴

6. Parmi les autres initiatives de l'OMS, il convient de mentionner la publication de plusieurs rapports : le premier rapport mondial sur le suicide intitulé *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*⁵ est paru en septembre 2014. Selon les estimations de l'OMS, on a enregistré en 2012 803 900 suicides dans le monde (un taux standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000). Dans le domaine de la santé mentale en situation d'urgence, l'OMS a publié en 2013 le rapport intitulé *Building back better: sustainable mental health care after emergencies*,⁶ et en 2014, un document sur les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola.⁷

7. Le Secrétariat intervient directement en apportant un appui technique à 89 projets dans 63 États Membres (notamment dans les domaines de la santé mentale et de l'abus des substances psychoactives, de la mise au point de services, de la prévention du suicide, des systèmes de santé mentale et du renforcement des services (y compris après des situations d'urgence)) et l'évaluation et la promotion des droits de l'homme des personnes atteintes d'affections de santé mentale. Le guide d'intervention du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) est utilisé aujourd'hui dans 84 pays et dans 19 langues. L'OMS et ses partenaires internationaux (notamment des centres collaborateurs) sont actuellement en train de réviser les lignes directrices mhGAP et collaborent en vue de la mise sur pied d'un réseau d'innovation en santé mentale pour faciliter l'échange des meilleures pratiques et des ressources pour la santé mentale. Le Secrétariat a également dirigé des efforts de sensibilisation à la santé mentale, notamment en organisant le forum annuel du mhGAP à Genève et en participant à d'autres manifestations mondiales, régionales et nationales.

¹ Voir la résolution EUR/RC63/R10.

² Voir la résolution WPR/RC65.R3 sur la santé mentale.

³ En septembre 1999, le Comité régional de l'Afrique, à sa quarante-neuvième session, a approuvé la stratégie régionale pour la santé mentale 2000-2010, document AFR/RC49/9, disponible à l'adresse <http://www.afro.who.int/fr/groupe-organiques-et-programmes/ddc/sante-mentale-violence-et-traumatismes/mvi-publications.html> (consulté le 1^{er} avril 2015).

⁴ Pour plus de renseignements sur la base MiNDbank, voir : http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/ (consulté le 1^{er} avril 2015).

⁵ *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, voir : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1 (consulté le 11 mars 2015).

⁶ *Building back better: sustainable mental health care after emergencies*, voir : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1. Aperçu en français intitulé Reconstruire en mieux : pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence (consulté le 11 mars 2015).

⁷ *Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola*, voir : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/139742/2/9789242548846_fre.pdf (consulté le 23 mars 2015).

B. MESURES GLOBALES ET COORDONNÉES POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (résolution WHA67.8)

8. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.8 sur les mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique. Le présent rapport contient la mise à jour demandée sur les progrès accomplis concernant ces troubles. En particulier, la résolution a prié le Directeur général de mettre en œuvre la résolution WHA66.8 sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 et la résolution WHA66.9 sur le handicap, afin de développer les soins destinés aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement, selon qu'il conviendra, et en intégrant cette action dans le développement des soins pour tous les besoins de santé mentale.

9. Conformément aux demandes faites dans la résolution, le Secrétariat met en œuvre des activités et travaille de manière intégrée à la mise en œuvre des résolutions WHA66.8 et WHA66.9.

10. Après avoir réuni la consultation sur les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement : de la sensibilisation au renforcement des capacités (Genève, 16-18 septembre 2013),¹ le Secrétariat a facilité la mise en place d'un réseau de partenaires, d'experts et d'intervenants internationaux pour coordonner les efforts en vue de l'amélioration des soins destinés aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et autres troubles du développement. De plus, le Secrétariat a favorisé, sur la base de la consultation d'experts, la définition des mesures prioritaires à prendre par les établissements universitaires et de recherche, la société civile, les gouvernements et l'OMS en collaboration avec leurs partenaires. Au niveau régional, il a soutenu les réseaux liés à l'autisme tels que le Réseau de l'Europe du Sud-Est et facilité les mécanismes de coordination et de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre des mesures prioritaires visant à améliorer les soins aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement.

11. Le Secrétariat a contribué aux efforts internationaux de sensibilisation et de plaidoyer en organisant des manifestations à l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme organisée par les Nations Unies et d'autres manifestations, et en y participant, en collaboration avec les organisations de défense des patients et de patients.

12. Afin de renforcer les capacités des pays à mettre en place et à développer des services destinés aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement, un ensemble de matériels et de lignes directrices sur l'évaluation et la prise en charge de ces affections a été mis à la disposition des responsables et des dispensateurs de soins dans le cadre du programme d'action en santé mentale de l'OMS (mhGAP), mis en œuvre dans 84 pays.

13. Les outils disponibles comprennent des directives actualisées sur la prise en charge des troubles du spectre autistique chez l'enfant et l'adulte, des matériels de formation pour toute une série de dispensateurs non-spécialistes, y compris les enseignants et les agents communautaires, un programme de formation aux troubles du spectre autistique et autres troubles du développement à l'intention des parents, et un projet de guide sur l'utilisation d'instruments de dépistage, d'évaluation et de suivi des personnes atteintes de troubles du spectre autistique et autres troubles du développement. Ces matériels ont été mis au point selon un processus consultatif rigoureux, fondé sur des données factuelles, avec la participation des centres collaborateurs de l'OMS, de chercheurs et d'utilisateurs. Un atelier de renforcement des capacités portant sur la formation technique des parents est prévu pour avril 2015.

¹ Le rapport de la consultation est disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf (consulté le 24 mars 2015).

14. Le Secrétariat collabore avec les États Membres et les organisations de la société civile afin de mobiliser des ressources humaines et financières dédiées aux troubles du spectre autistique.

C. DÉFICIENCE AUDITIVE INCAPACITANTE (résolution WHA48.9)

15. L'OMS estime que 360 millions de personnes dans le monde, dont 32 millions d'enfants, souffrent d'une déficience auditive incapacitante. À partir de 65 ans, près d'une personne sur trois présente une perte d'audition. La majorité des personnes touchées vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire où les ressources humaines, les options thérapeutiques et l'accès aux prothèses auditives sont limités. Une analyse récente révèle que près d'un milliard de personnes âgées de 12 à 35 ans vivant dans des pays à revenu élevé ou intermédiaire courent le risque de subir une perte d'audition induite par l'exposition récréative à des sons trop forts.

16. La déficience auditive a un impact sur la capacité des personnes à communiquer ainsi que sur leur accès à l'éducation et leurs perspectives d'emploi. En outre, elle retentit sur le développement social et économique des communautés et des pays. Bon nombre des causes de déficience auditive, telles que les infections des oreilles, le bruit, les médicaments ototoxiques, la rubéole et la méningite, sont évitables par des mesures de santé publique. Une fois la perte d'audition installée, toute une gamme d'interventions peuvent aider à maximiser la fonctionnalité de l'ouïe, y compris le port de prothèses auditives. Dans les pays en développement, toutefois, 3 % seulement des personnes ayant besoin d'une prothèse auditive y ont accès.

17. Au cours des deux dernières décennies, de nombreux pays à revenu élevé et certains pays à revenu intermédiaire ont élaboré et mis en œuvre de vastes programmes de dépistage pour la détection et la prise en charge précoces des nourrissons présentant une déficience auditive. Des avancées technologiques importantes ont été enregistrées avec la mise sur le marché de nouveaux tests de diagnostic et des prothèses auditives sophistiquées telles que les implants cochléaires.

18. Même si bon nombre de pays appliquent déjà des programmes de lutte contre l'exposition professionnelle au bruit, seuls quelques-uns se préoccupent directement de lutter contre l'exposition au bruit dans l'environnement ou dans le cadre des activités récréatives.

19. L'OMS a élaboré les directives techniques suivantes pour aider les États Membres à mettre en œuvre des stratégies en matière de soins auditifs :

- des lignes directrices concernant la fourniture de prothèses auditives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont été élaborées en 2001 et révisées en 2004.¹ Sur la base de ces directives, l'OMS a mis au point en 2013 un profil optimal pour les prothèses auditives et les services y relatifs ;
- des directives relatives au bruit dans l'environnement² ont été formulées en 1999 ;

¹ Voir *Guidelines for hearing aids and services for developing countries*, 2nd ed., septembre 2004, à l'adresse : http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf (consulté le 25 mars 2015).

² Voir les directives de l'OMS relatives au bruit dans l'environnement (résumé d'orientation en français), à l'adresse : <http://www.who.int/docstore/peh/noise/bruit.htm>.

- des principes directeurs applicables au dépistage auditif des nouveau-nés et des nourrissons ont été élaborés dans le cadre d'un processus consultatif en 2011 ;¹
- des lignes directrices sur la promotion des soins auditifs dans le cadre de programmes de réadaptation à base communautaire² ont été élaborées en 2012.

20. Un protocole d'enquête pour les études épidémiologiques sur les pertes d'audition a été mis au point en 1999 afin d'introduire plus d'uniformité dans la surveillance épidémiologique de ces troubles au niveau mondial.³ Ce protocole a été utilisé dans plusieurs pays pour effectuer des enquêtes sur la prévalence des pertes d'audition dans la population.

21. Conformément à la décision de mettre l'accent sur les soins de l'oreille et de l'audition dans les soins de santé primaires, des manuels de formation ont été mis au point à l'intention des agents de santé, des fonctionnaires au niveau primaire et des médecins spécialisés dans les soins primaires de l'oreille et les troubles de l'audition. Ces manuels existent dans trois niveaux de complexité différents : élémentaire, intermédiaire et avancé. Ils ont été publiés en 2006, ont été traduits dans plusieurs langues et sont utilisés dans de nombreux pays pour promouvoir les soins auditifs au niveau primaire.

22. Avec le soutien technique de l'OMS, des programmes nationaux de soins auditifs continuent à être mis au point et appliqués dans les États Membres suivants : Bangladesh, Guinée, Kenya, Malawi, Maroc, Mongolie, Nicaragua, Sri Lanka, Zambie et Zimbabwe. Une assistance technique est fournie aux pays pour leur permettre notamment : d'effectuer des analyses de situation ; de mettre en œuvre des programmes ; et d'élaborer des plans stratégiques, des outils de suivi et des indicateurs de résultat.

23. Un réseau de centres collaborateurs de l'OMS a été établi pour renforcer le partenariat avec et entre ceux de ces centres qui travaillent sur la prévention de la surdité et de la perte d'audition.⁴

24. Les partenariats entre l'OMS et certaines organisations clés ont été renforcés, notamment avec la Fédération internationale des sociétés ORL, la Société internationale d'audiologie, la Society for Sound Hearing International et Christian Blind Mission.

25. Des estimations mondiales révisées sur la prévalence des pertes d'audition ont été publiées en 2013.

26. En mars 2014, l'OMS a publié le rapport *Multi-country assessment of national capacity to provide hearing care*,⁵ qui fait le point sur les ressources humaines disponibles pour les soins auditifs

¹ Voir *Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action*, à l'adresse : http://www.who.int/blindness/publications/Newborn_and_Infant_Hearing_Screening_Report.pdf (consulté le 25 mars 2015).

² Voir *Community-based rehabilitation: promoting ear and hearing care through CBR*, à l'adresse : <http://www.who.int/pbd/deafness/news/CBREarHearingCare.pdf> (consulté le 27 mars 2015).

³ Pour plus de renseignements sur ce protocole d'enquête, voir le site Web de l'OMS « Epidemiology and economic analysis », à l'adresse : http://www.who.int/pbd/deafness/activities/epidemiology_economic_analysis/en/ (consulté le 30 mars 2015).

⁴ Pour plus de détails sur ce nouveau réseau de centres collaborateurs de l'OMS, voir : <http://www.who.int/pbd/deafness/news/network/en/> (consulté le 30 mars 2015).

⁵ Ce rapport est disponible à l'adresse : http://www.who.int/pbd/publications/WHOReportHearingCare_Englishweb.pdf (consulté le 25 mars 2015).

dans différentes régions. Il fournit aussi des données de base sur le nombre de pays ayant des plans nationaux en matière de soins auditifs.

27. L'OMS a organisé plusieurs campagnes mondiales de sensibilisation pour attirer l'attention sur les différents aspects des pertes d'audition. Les campagnes suivantes ont été lancées à l'occasion de la Journée internationale de l'audition (le 3 mars).

- En 2013, le thème de la Journée internationale de l'audition était « Oui à l'ouïe, oui à la vie – les seniors face à leur audition » pour attirer l'attention sur les besoins auditifs des plus de 65 ans.
- En 2014, le thème était « Les soins de l'oreille peuvent éviter la perte auditive » pour appeler l'attention sur la prévention de l'otite moyenne par des soins primaires de l'oreille.
- En 2015, le thème était « Écouter sans risque » pour s'attaquer au problème croissant des pertes d'audition induites par le bruit du fait de l'exposition à des niveaux sonores trop élevés lors d'activités récréatives.

28. Dans les prochaines années, l'OMS a l'intention de renforcer les efforts déployés au niveau des pays pour mettre en œuvre des plans de prévention et de prise en charge de la déficience auditive. Des outils seront élaborés pour apporter un soutien technique au renforcement des capacités, favoriser la prise de conscience et développer des services généraux de soins auditifs.

Maladies transmissibles

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

29. En mai 2011, l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA64.16 avait appelé à intensifier les efforts d'éradication de la dracunculose et prié le Directeur général de suivre de près l'application de la résolution et de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis jusqu'à ce que l'éradication de cette maladie soit certifiée. Le présent rapport contient les renseignements actualisés demandés pour l'année 2014.

30. Depuis les années 1980, les programmes nationaux d'éradication ont permis d'éliminer la dracunculose dans 17 pays. La transmission autochtone est désormais circonscrite à des zones limitées des quatre pays où la maladie reste endémique : l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad.¹

31. En 2014, un total de 126 cas, recensés dans 54 villages, ont été notifiés à l'OMS, soit une diminution de 15 % du nombre de cas et une réduction de 48 % du nombre de villages affectés par rapport à l'année 2013. Des cas ont été signalés au Soudan du Sud (70), au Mali (40), au Tchad (13) et en Éthiopie (2). Le Soudan qui est actuellement en phase de précertification n'a signalé aucun cas en 2014 (contre trois en 2013).² Une surveillance active a été menée dans 8946 villages en 2014. La lutte

¹ Jusqu'à son accession à l'indépendance le 9 juillet 2011, le Soudan du Sud faisait partie du Soudan : de ce fait, entre 1980 et 2011, on démontrait 20 pays d'endémie pour cette maladie.

² On considère qu'un pays est redevenu endémique si : 1) aucun cas confirmé de transmission autochtone de dracunculose n'avait été notifié pendant >3 ans ; et 2) des cas de transmission autochtone confirmés en laboratoire se sont ensuite produits pendant ≥3 années civiles consécutives (<http://www.who.int/wer/2012/wer8719.pdf?ua=1>, consulté le 13 mars 2015).

contre les copépodes à l'aide du larvicide téméphos a été étendue et couvre maintenant l'ensemble des localités ayant notifié des cas.

32. Après que le Soudan du Sud a introduit en avril 2014 une récompense en espèces (l'équivalent de US \$100) pour la notification volontaire d'un cas de dracunculose, l'ensemble des six pays¹ d'endémie ou en phase de précertification se sont mis à offrir des récompenses en espèces pour la notification volontaire d'un cas. Au total, environ 90 % des districts ont fourni des notifications mensuelles en 2014. Plus de 14 000 rumeurs de cas présumés ont été rapportées dans les pays d'endémie et les pays en phase de précertification, et environ 90 % de ces rumeurs ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures. Les pays au stade de la postcertification ont continué à soumettre des rapports trimestriels à l'OMS en 2014, et les enquêtes menées sur 518 rumeurs rapportées dans huit pays au stade de la postcertification² n'ont permis de confirmer aucun cas de dracunculose.

33. Le réseau de surveillance de la poliomyélite a continué à effectuer des recherches sur les cas de dracunculose dans le cadre des journées nationales de vaccination, à la fois dans les pays d'endémie et dans ceux au stade de la précertification.

34. L'insécurité et les problèmes d'accès liés aux conflits constituent un défi majeur pour l'éradication. Depuis mars 2012, les problèmes de sécurité au nord du Mali ont conduit à interrompre les activités du programme national d'éradication de la dracunculose, bien que les organismes des Nations Unies participant à l'aide humanitaire aient facilité une surveillance intermittente. Le fait que l'on ait détecté davantage de cas au Mali en 2014 qu'en 2013 s'explique par l'amélioration relative de la sécurité. La surveillance a aussi été intensifiée dans les camps de réfugiés maliens au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger pour essayer de détecter tous les cas importés et de prévenir une nouvelle propagation de la maladie. Les troubles civils au Soudan du Sud ont entravé la mise en œuvre du programme du fait des déplacements massifs de population dans certaines zones où la dracunculose sévit à l'état endémique et de l'accès limité aux zones d'endémie.

35. Un autre problème existe au Tchad où des cas humains sporadiques et dispersés sont observés depuis 2010, tandis que des informations font état de la présence de chiens infectés dans le bassin du fleuve Chari. Compte tenu de ce mode inhabituel de transmission, un programme de recherche opérationnelle a été lancé par le Centre Carter et les Centers for Disease Control and Prevention dans le but de trouver des moyens appropriés d'accélérer l'interruption de la transmission.

36. Le Secrétariat a organisé une réunion scientifique à Genève, les 12 et 13 janvier 2015, pour déterminer quelles seraient les zones prioritaires pour cette recherche opérationnelle et étudier l'épizootologie canine au Tchad et le faible niveau de transmission persistant en Éthiopie.

Certification

37. Sur la recommandation de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose à sa dixième réunion (Genève, 14 et 15 janvier 2015), le Directeur général a certifié le Ghana exempt de transmission de la dracunculose, ce qui porte le nombre total de pays, territoires et zones certifiés exempts de transmission à 198 (y compris 186 États Membres de l'OMS). Le Ghana étant maintenant certifié, un total de huit pays restent encore à certifier : les quatre pays d'endémie

¹ Les pays d'endémie pour la dracunculose sont : l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad ; les pays en phase de précertification sont le Kenya et le Soudan.

² Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Niger, Nigéria, Ouganda et Togo.

– l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad ; les deux pays restants en phase de précertification
– le Ghana et le Soudan ; ainsi que l'Angola et la République démocratique du Congo qui n'ont pas déclaré de cas récemment.

38. La Commission a conseillé au Secrétariat de préparer un plan d'action en vue de l'attribution d'une récompense générale dès que la transmission serait interrompue, comme cela avait été fait au cours de la dernière phase de la campagne d'éradication de la variole.

39. Le Directeur général surveille le programme d'éradication sur une base mensuelle. Une réunion annuelle a également lieu pour examiner les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose.

40. En marge de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue une réunion informelle des ministres de la santé des pays d'endémie ou anciens pays d'endémie de la dracunculose à laquelle ont assisté plus de 100 participants et au cours de laquelle sont intervenus l'ancien Président des États-Unis d'Amérique (Jimmy Carter par message vidéo), le Directeur général et le Directeur régional pour l'Afrique. Les Ministres de la santé des quatre pays d'endémie restants, ou leurs représentants, à qui il a été demandé d'assurer un leadership en plaidant à titre personnel pour le programme d'éradication, se sont engagés à continuer d'œuvrer pour que la transmission de la maladie s'interrompe le plus vite possible. Les visites effectuées par les Ministres de la santé d'Éthiopie (2013) et du Soudan du Sud (2014) dans les villages d'endémie de leur pays respectif ont conféré un sentiment d'urgence supplémentaire à la nécessité d'accélérer les activités d'éradication.

41. Le Centre Carter continue de fournir un soutien opérationnel aux activités d'éradication dans les pays d'endémie. L'UNICEF appuie la fourniture de sources d'eau potable améliorées dans les villages à risque ou touchés par l'endémie. L'OMS apporte son soutien pour le renforcement de la surveillance dans les pays aux stades de la pré- et de la postcertification et dans les zones exemptes de dracunculose des pays d'endémie, et aide à préparer les pays à la certification. Des moyens financiers supplémentaires seront nécessaires pour les activités d'éradication durant la période 2015-2020, qui a été étudiée lors d'une réunion d'experts tenue à Atlanta (États-Unis d'Amérique) les 29 et 30 juillet 2014.

E. ÉLIMINATION DE LA SCHISTOSOMIASE (résolution WHA65.21)

42. La schistosomiase continue de représenter un problème important de santé publique, puisque l'on estime à 261 millions le nombre de personnes ayant eu besoin d'une chimioprévention en 2013.

43. Un effort soutenu à haut niveau de sensibilisation aux maladies tropicales négligées et un accroissement des ressources dans certains pays ont permis de renforcer l'exécution des programmes de lutte, grâce notamment à la feuille de route de l'OMS pour accélérer l'action et à la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées (2012). En ce qui concerne la schistosomiase, la lutte a progressé avec 42,1 millions de personnes traitées dans 31 pays en 2012 et 40,5 millions de personnes traitées dans 23 pays en 2013. Les rapports pour 2013 sont incomplets et les chiffres sont susceptibles d'augmenter une fois que davantage de pays auront soumis les leurs. L'offre mondiale de praziquantel a augmenté et est passée à 282 millions de comprimés en 2014, ce qui suffit à répondre à 51,2 % des besoins ; à cette date, les dons du laboratoire pharmaceutique Merck avaient été portés à 72,3 millions de comprimés.

Région africaine

44. Sur les 41 États Membres dont certaines populations ont besoin d'une chimioprévention de la schistosomiase, 36 (88 %) dispensaient ce traitement en 2014, mais 14 pays seulement avaient étendu la couverture à toutes les zones d'endémie. La cartographie de la schistosomiase s'est améliorée : en 2014, 25 pays étaient entièrement cartographiés (61 %) et 15 en partie (37 %). D'après les notifications, le nombre de personnes faisant l'objet d'une chimioprévention de la schistosomiase a augmenté de près de 25 % par rapport à 2011, passant à 27,5 millions en 2013, mais la couverture est bien inférieure à la cible fixée par l'OMS de 75 % des enfants d'âge scolaire. Des projets d'élimination ont été mis en place dans trois pays (Burundi, République-Unie de Tanzanie (Zanzibar) et Rwanda), des approches intégrées alliant toutes les stratégies nécessaires, notamment l'éducation sanitaire, l'amélioration de l'assainissement, l'approvisionnement en eau et la lutte contre les mollusques.

Région des Amériques

45. Dans la Région, les populations de deux pays (le Brésil et la République bolivarienne du Venezuela) ont besoin d'une chimioprévention. Deux autres pays (Sainte-Lucie et le Suriname) présentent une transmission résiduelle tandis que dans six autres pays ou territoires (l'île d'Antigua, la Guadeloupe, la Martinique, Montserrat, Porto Rico et la République dominicaine), la transmission aurait été interrompue, même si des enquêtes sont encore nécessaires pour vérifier cette situation. Selon les derniers chiffres (pour 2012), plus de 27 000 personnes auraient fait l'objet d'une chimioprévention.

Région de l'Asie du Sud-Est

46. Seule l'Indonésie compte encore des populations qui ont besoin d'une chimioprévention et, en 2013, 10 392 personnes ont ainsi été traitées (contre 14 102 personnes en 2011).

Région européenne

47. La notification en 2014 de 17 cas autochtones de schistosomiase dus à *Schistosoma haematobium* en Corse (France), survenus entre 2011 et 2013, souligne la nécessité d'une vigilance et d'outils sensibles pour déceler et prévenir l'établissement de la transmission dans de nouvelles zones où des mollusques hôtes intermédiaires sont présents.

Région de la Méditerranée orientale

48. Quatre pays (Égypte, Somalie, Soudan et Yémen) comptent des populations qui ont besoin d'une chimioprévention. Le nombre de personnes ayant reçu une chimioprévention s'établissait à 2,7 millions en 2012. En 2013, l'Égypte, le Soudan et le Yémen déclaraient traiter près de 12 millions de personnes (45,1 % étant des enfants d'âge scolaire), ce qui représente une augmentation considérable par rapport à 2012. Le Yémen comptabilisait 80,1 % des personnes traitées en 2013. Au Yémen, le traitement a été administré aux hommes et aux femmes de tous les groupes d'âge, les enfants d'âge scolaire représentant 56,6 % des personnes traitées ; cinq fois plus de personnes ont été traitées en 2013 par rapport à 2012.

Région du Pacifique occidental

49. Quatre pays (Cambodge, Chine, Philippines et République démocratique populaire lao) ont des populations ayant besoin d'une chimioprévention, avec 3,8 millions de personnes traitées en 2011 et le même chiffre en 2012. En 2013, des rapports sur le traitement de la schistosomiase ont été reçus du Cambodge, des Philippines et de la République démocratique populaire lao ; au total, 1 014 529 personnes ont été traitées, pour la plupart des adultes (77,8 %). La Chine n'a pas encore soumis de rapport.

50. L'impact sur la santé publique de la chimioprévention est limité par le manque d'investissements importants dans les mesures de santé publique complémentaires nécessaires pour interrompre la transmission de la schistosomiase, telles que la lutte contre les mollusques, la fourniture d'eau potable, l'assainissement de base et l'éducation en matière d'hygiène.

51. L'OMS a classé les pays selon le degré d'endémicité de la maladie.¹ Plusieurs pays n'ayant signalé aucun cas autochtone depuis plusieurs années pourraient avoir interrompu la transmission. Il conviendrait donc d'évaluer l'élimination dans ces pays.

52. À la demande de la République islamique d'Iran, une mission d'experts a été effectuée en mars 2013 pour évaluer la documentation sur la situation de la schistosomiase. La mission a recommandé que les autorités nationales établissent un dossier attestant de la réussite du programme de lutte. Sur la base de celui-ci, les zones où la maladie était précédemment endémique pourraient faire l'objet d'une évaluation au moyen d'outils validés ailleurs. En 2013, une mission semblable envoyée à Sainte-Lucie a constaté que quelques cas de schistosomiase survenaient chaque année. Des enquêtes appropriées ont été recommandées pour déterminer quelle était la transmission résiduelle et étayer la conception d'un programme d'élimination. Au Suriname, en 2010, les résultats d'une étude coprologique et sérologique ont fait apparaître de très faibles niveaux de transmission de la schistosomiase et montré que des stratégies d'élimination devraient être mises en œuvre. Le Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé et ses partenaires ont soutenu une enquête du même type en République dominicaine en 2014 pour évaluer la transmission de la schistosomiase ; les résultats n'ont pas encore été diffusés.

53. Le Secrétariat a rédigé des procédures pour l'évaluation de l'élimination de la transmission, qui seront révisées selon les besoins pour répondre aux exigences du Comité d'examen des directives après examen interne et par des experts. Les directives pour l'évaluation de l'efficacité des molluscicides pour la lutte contre les mollusques ont été actualisées et sont en cours de révision par le système OMS d'évaluation des pesticides. On envisage la possibilité d'intégrer la lutte contre les mollusques à d'autres activités de lutte antivectorielle et de lutte intégrée contre les vecteurs dans les régions d'endémie tant de la schistosomiase que d'autres maladies à transmission vectorielle. Des examens de l'utilisation de nouveaux outils diagnostiques pour la schistosomiase, plus adaptés aux zones de faible transmission, sont en cours.

¹ Schistosomiasis: progress report 2001-2011 and strategic plan 2012-2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (document WHO/HTM/NTD/2012.7, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78074/1/9789241503174_eng.pdf?ua=1, consulté le 13 mars 2015).

F. MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (résolution WHA66.12)

54. Le Secrétariat, sous la direction du Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées, collabore avec les États Membres pour mettre en œuvre la résolution WHA66.12, moyennant cinq interventions : i) chimiothérapie préventive ; ii) prise en charge de la maladie : innovation et intensification ; iii) lutte antivectorielle ; iv) lutte contre les zoonoses négligées grâce à des services vétérinaires publics appropriés ; et v) approvisionnement en eau plus salubre, fourniture de moyens d'assainissement et d'hygiène. Des plans nationaux ont été établis dans 74 pays. En 2013, le Comité régional de l'Afrique a adopté un plan stratégique régional pour 2014-2020 (résolution AFR/RC63/R6).

55. Les pratiques et les processus couramment utilisés pour collecter les données sont actualisés par le Secrétariat afin d'homogénéiser la notification, la validation et l'analyse. Le Siège et les bureaux régionaux s'emploient de concert avec leurs partenaires à appuyer le suivi et l'évaluation des besoins relatifs aux programmes nationaux de lutte contre les maladies tropicales négligées, et le suivi de l'efficacité des médicaments. Un outil d'évaluation de la qualité des données est actuellement expérimenté sur le terrain et les résultats préliminaires sont prometteurs. Afin d'améliorer la coordination et l'intégration entre les différents programmes, des formulaires en ligne sont mis à disposition, ce qui facilite demande, examen et notification ; les responsables des programmes nationaux sont invités à les remplir et à les transmettre chaque année.

56. Désireux de renforcer la capacité des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées, le Secrétariat a proposé, en 2014, des cours de formation aux équipes nationales chargées de mettre en œuvre les programmes de chimiothérapie préventive dans des pays fortement peuplés comme l'Éthiopie et le Nigéria ; près de 200 administrateurs de programme y ont pris part. Des ateliers de formation similaires, destinés à leurs homologues nationaux, ont aussi été organisés dans les Régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Le Secrétariat a également coordonné la préparation d'un cours de formation à l'intention des gestionnaires au niveau du district ; un cours pilote devrait se dérouler dans les prochains mois. De nouveaux cours sur la maladie de Chagas ont été organisés avec le soutien des centres collaborateurs de l'OMS.

57. Même si les outils en vigueur peuvent bénéficier à des millions de personnes souffrant d'une maladie tropicale négligée ou exposées à ce type de maladie, l'OMS encourage l'accroissement de la recherche-développement au service de médicaments nouveaux ou améliorés, ainsi que les études tendant à maximiser les interventions et à intensifier la prise en charge des maladies complexes. Pour certaines d'entre elles, on a trouvé des stratégies novatrices permettant d'intégrer traitement, activités de lutte et d'élimination, optimisant ainsi l'utilisation des ressources existantes. À l'aide du groupement de recherche de l'OMPI, les sociétés pharmaceutiques ont ouvert aux chercheurs extérieurs leurs bibliothèques de composants, ce qui améliore l'élaboration potentielle de nouveaux médicaments.

58. **La dracunculose** est sur le point d'être éradiquée (voir section D ci-dessus).

59. **Pian.** Des études pilotes menées au Ghana, aux Îles Salomon, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Vanuatu montrent l'efficacité du traitement oral unidose par azithromycine. En décembre 2014, l'Inde a présenté à l'OMS un dossier attestant l'absence de pian dans le pays et demandé à l'Organisation de proclamer officiellement son élimination.

60. Le Secrétariat conforte la capacité des pays à élargir leurs interventions de **chimiothérapie préventive**. En 2014, il a coordonné l'achat et la fourniture de quelque 1300 millions de traitements à 78 pays. Il met en œuvre la prévision conjointe et le partage d'informations avec ses partenaires et

appuie la distribution des médicaments disponibles ayant fait l'objet d'un don, tout en élargissant la couverture. Grâce à la chimiothérapie préventive, plus de 711 millions de personnes ont bénéficié d'un traitement pour au moins une maladie en 2013, soit une couverture mondiale de 31,4 % des personnes qui en avaient besoin.

61. **L'onchocercose** a été éliminée en Colombie en 2013 et en Équateur en 2014. En octobre 2014, le Mexique a communiqué au Secrétariat un rapport sur l'élimination de la maladie. Le Guatemala a mis un terme à la surveillance post-thérapeutique et se propose de présenter un rapport sur l'élimination de la maladie dans le courant de l'année. Le Brésil et la République bolivarienne du Venezuela sont les deux derniers pays de la Région des Amériques où l'administration massive de médicaments se poursuit, dans la région transfrontalière de Yanomami.

62. Des progrès substantiels ont aussi été enregistrés concernant la prise en charge novatrice et intensifiée des maladies. Le recul du nombre de cas notifiés de **trypanosomiase humaine africaine** est compatible avec la cible d'élimination inscrite sur la feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées. La population vivant dans des zones à haut ou très haut risque a fortement diminué, essentiellement grâce au soutien continu prodigué aux pays d'endémie par un partenariat public-privé. En 2014, l'OMS a créé un réseau visant à éliminer la trypanosomiase humaine africaine dans le but de coordonner les interventions.

63. Des progrès sans précédent ont été accomplis pour éliminer **la leishmaniose viscérale** du sous-continent indien. Au Bangladesh, des compétences techniques, l'engagement politique et la mobilisation communautaire ont contribué à réduire de plus de 70 % le nombre de nouveaux cas notifiés entre 2009 et 2013. En 2014, un mémorandum d'accord a été signé par le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, le Népal et la Thaïlande en vue d'éliminer la leishmaniose viscérale, les cinq pays ayant décidé de recourir à l'administration d'une dose unique d'amphotéricine B liposomale.

64. Un réseau de pays d'endémie pour **la leishmaniose cutanée** a été développé de manière à y inclure des pays relevant des Régions africaine, européenne et de la Méditerranée orientale.

65. Le nombre de cas d'**ulcère de Buruli** enregistrés continue de décliner dans de nombreux pays. Le recrutement se poursuit au Bénin et au Ghana en vue d'un essai clinique destiné à comparer une association de rifampicine et streptomycine à une association de rifampicine et clarithromycine ; l'idée est de valider un antibiotique administré entièrement par voie orale. Des progrès ont aussi été enregistrés dans l'élaboration d'un test de diagnostic rapide pour la maladie. En 2014, l'OMS a soutenu la formation aux États-Unis d'Amérique de sept professionnels de santé originaires de trois pays d'endémie, à l'utilisation d'une méthode simple pour détecter la mycolactone dans les tissus. En collaboration avec la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics, quelques centres de santé sélectionnés sont actuellement équipés dans le but d'utiliser cette méthode, laquelle peut fournir des résultats en l'espace d'une heure.

66. Pour ce qui est de **la maladie de Chagas**, des progrès ont été constatés concernant l'interruption à la fois de la transmission vectorielle intradomiciliaire (notamment dans les lieux de transmission intense restants comme le nord-ouest de l'Argentine et le sud du Pérou) et de la transmission transfusionnelle (dans les pays d'endémie ou non) ; cela vaut aussi pour la détection des cas et les soins, qu'ils soient d'origine congénitale ou se manifestent chez l'adulte.

67. **La dengue et le chikungunya** continuent de se propager à un rythme inquiétant. Le fait d'être lourdement tributaire d'une seule classe d'insecticides, les pyréthroïdes, préoccupe le Secrétariat ; la détection d'une résistance à ces composants nécessite une gestion globale de la résistance aux insecticides. Le Directeur général a mis sur pied un groupe consultatif pour la lutte antivectorielle

chargé d'évaluer l'intérêt des innovations en la matière, au regard de la santé publique, et d'établir les recommandations techniques appropriées. La capacité et les ressources du système OMS d'évaluation des pesticides ont été confortées afin de promouvoir : i) le rôle du système dans l'expérimentation et l'évaluation des nouveaux pesticides au regard de la santé publique ; et ii) d'aider les États Membres à élaborer des politiques, des stratégies et des lignes directrices au service d'une gestion saine des pesticides. L'OMS collabore aussi avec ses partenaires, y compris ceux du secteur privé, à une vaste initiative tendant à favoriser l'innovation et la mise en œuvre à grande échelle d'outils et de méthodologies de lutte antivectorielle d'un genre nouveau. La Stratégie mondiale de lutte contre la dengue 2012-2020 fait ressortir encore davantage la nécessité d'avoir des méthodes pérennes et intégrées de lutte antivectorielle, des diagnostics et une prise en charge des cas de meilleure qualité, une surveillance intégrée et une recherche ciblée sur les médicaments et les vaccins afin de réduire, d'ici 2020, le taux de morbidité dû à la dengue d'au moins 25 % et le taux de mortalité d'au moins 50 %.

68. La lutte contre les zoonoses négligées appelle des interventions à même de briser le cycle de transmission homme-animal-environnement. L'OMS collabore avec la FAO, l'OIE, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires en vue d'accroître tant la prise de conscience que les investissements pour combattre des maladies comme **l'échinococcose, les trématodoses d'origine alimentaire, la rage, la téniaose et la neurocysticercose.**

69. **La rage canine et la rage humaine** transmises par les chiens ont été éliminées dans bon nombre de pays d'Amérique latine. Entre 2010 et 2014, la rage humaine transmise par les chiens a été circonscrite à l'État plurinational de Bolivie, au Guatemala, à Haïti, au Honduras et à la République dominicaine, ainsi qu'à certaines régions limitées du Brésil et du Pérou ; son élimination est escomptée en Amérique latine (d'ici la fin 2015), et dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (à l'horizon 2020). Les projets conceptuels réalisés en Afrique du Sud (province du KwaZulu-Natal), aux Philippines et en République-Unie de Tanzanie permettent désormais de postuler raisonnablement que l'on peut combattre la rage grâce à une vaccination efficace et une bonne prise en charge des populations canines.

70. L'OMS promeut l'approvisionnement en eau salubre, et la fourniture de moyens d'assainissement et d'hygiène dans le cadre de l'action mondiale de lutte pour réduire la transmission des maladies. Grâce à l'appui du secteur éducatif, les programmes scolaires ont beaucoup progressé pour encourager un comportement sain et intervenir dans les communautés éloignées. Des pratiques alimentaires sans risque comprenant un lavage des mains correct ont permis de sensibiliser les personnes qui manipulent les aliments, et la bonne gestion des produits alimentaires a contribué à prévenir la transmission orale de certaines maladies.

71. La volonté et l'engagement politiques sont en hausse et doivent se poursuivre si l'on veut surmonter les répercussions des maladies tropicales négligées au niveau mondial. Les préoccupations sécuritaires et les conflits risquent d'affecter fortement les systèmes de surveillance et d'entraîner l'interruption des programmes d'élimination. Le caractère imprévisible des épidémies, comme la flambée actuelle de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, et leur capacité de propagation risquent de détourner l'attention des maladies tropicales négligées et d'en faire pâtir les programmes nationaux de lutte. Des résultats économiques défavorables pourraient affaiblir la recherche des ressources financières nécessaires pour surmonter ces maladies.

G. STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (résolution WHA59.19)

72. Selon les estimations pour 2012,¹ pour quatre infections sexuellement transmissibles pouvant être traitées, le nombre de nouveaux cas chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est élevé : *Chlamydia trachomatis* (127 millions); *Neisseria gonorrhoea* (85 millions); syphilis (5 millions); et *Trichomonas vaginalis* (177 millions). La prévalence de l'infection due au virus *Herpes simplex* type 2 est tout aussi élevée, avec 417 millions de personnes infectées.

73. La Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015 a été utilisée dans toutes les Régions de l'OMS pour l'élaboration de stratégies ou de cadres régionaux, 88 % au moins des pays ayant actualisé leurs politiques et lignes directrices relatives aux infections sexuellement transmissibles. En particulier, la plupart des pays recommandent l'utilisation de l'approche syndromique pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Toutes les Régions ont également adopté la stratégie de l'OMS pour l'élimination mondiale de la syphilis congénitale.² La mise en œuvre de la stratégie va souvent de pair avec les interventions visant à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Néanmoins, des obstacles persistent, notamment l'octroi de ressources humaines et financières pour permettre aux programmes d'introduire des services liés aux infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

74. Des progrès ont été accomplis et peuvent être mesurés à l'aune des informations obtenues par l'intermédiaire du système des rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde,³ du programme mondial de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens⁴ et d'une évaluation rapide des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans les États Membres, menée au moyen de questionnaires. L'OMS et ses partenaires ont publié des orientations sur le dépistage ciblé des populations les plus à risque et les plus vulnérables,⁵ et la plupart des plans d'action comportent des interventions ciblant les professionnels du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les adolescents.

75. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles est peu fréquent dans les lieux où les ressources sont limitées ; il consiste généralement à dépister la syphilis et les marqueurs de l'infection à VIH et de l'hépatite B chez les femmes qui se rendent à une consultation prénatale et les donneurs de sang.

¹ Pour plus d'informations sur les estimations de l'OMS relatives aux maladies sexuellement transmissibles pour 2012, voir : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/> (consulté le 27 mars 2015).

² Le document intitulé : « L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie » est disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242595857_fre.pdf?ua=1 (consulté le 11 mars 2015).

³ Pour plus d'informations sur les rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde (Global AIDS Response Progress Reporting), voir : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting> (consulté le 11 mars 2015).

⁴ Pour plus d'informations sur le programme mondial de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens, voir : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/gonococcal_resistance/en/ (consulté le 13 mars 2015).

⁵ La publication *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/> (consulté le 13 mars 2015).

76. Les systèmes de surveillance et de suivi régionaux et mondiaux ont grandement besoin d'être renforcés. Il faut de toute urgence des études étiologiques régulières pour identifier les principaux organismes pathogènes. Pour ce faire, l'OMS a publié des orientations pour renforcer les systèmes de surveillance ;¹ elle a révisé le système des rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, qui inclut désormais 10 indicateurs, et publié des données par l'intermédiaire de l'Observatoire mondial de la santé. Les rapports annuels de surveillance mondiale² présentent des données résumées sur : le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles rapportés ; la résistance des gonocoques aux antimicrobiens ; la charge de morbidité ; et les progrès accomplis en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis.³ Des avancées ont été obtenues pour ce dernier objectif : la proportion de femmes se rendant à une consultation prénatale qui bénéficient du dépistage de la syphilis est passée de 78 % en 2008 à 84 % en 2013 ; le taux de séropositivité pour la syphilis dans ce groupe a diminué, de 1,4 % à 0,6 %, et le nombre estimé d'issues défavorables de la grossesse pouvant être attribuées à la syphilis a régressé, de 520 000 en 2008 à 370 000 en 2012. Même si les progrès sont encourageants, ils doivent être encore améliorés pour atteindre les cibles fixées : au moins 95 % de femmes enceintes dépistées et 95 % des femmes séropositives traitées dans tous les pays.

77. La résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques de la classe des pénicillines ou des quinolones est largement répandue, et la résistance aux céphalosporines – le traitement de dernier recours – commence à apparaître, bien qu'à l'échelle mondiale seuls 67 pays, essentiellement dans la Région européenne et dans la Région du Pacifique occidental, aient fait état d'une résistance aux antimicrobiens. Pour y remédier, l'OMS a publié des informations et établi un plan d'action mondial afin de lutter contre la propagation et l'impact de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens dans le cadre du projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens.^{4,5}

78. La Stratégie mondiale devra être remplacée par un nouveau projet pour l'après-2015. Compte tenu des succès obtenus et des enseignements tirés, celui-ci devra inclure les mesures suivantes dans le contexte à la fois de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable :

- des mécanismes de financement renforcés pour les services relatifs aux infections sexuellement transmissibles, et des capacités en ressources humaines ;
- un meilleur accès aux services moyennant l'intégration de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans le cadre des programmes plus vastes portant sur l'infection à VIH et la santé génésique, par exemple ;

¹ Les *Stratégies et méthodes analytiques pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012* sont disponibles à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/fr> (consulté le 11 mars 2015).

² La publication *Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013* est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2013/en/> (consulté le 17 mars 2015).

³ Pour plus d'informations sur les progrès accomplis en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis, voir : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/cs_global_updates/en/ (consulté le 13 mars 2015).

⁴ Plus d'informations sur la surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens et la publication *Sexually transmitted infections* sont disponibles à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/articles/en/> (consulté le 11 mars 2015) ; La publication *Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae* est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503501/en/> (consulté le 11 mars 2015).

⁵ Voir le document A68/20.

- la fourniture de conseils aux États Membres sur les mécanismes visant à élargir les interventions, en particulier pour les populations vulnérables et les populations clés, une surveillance renforcée et une augmentation du nombre des pays rendant compte de la prévalence, de l'étiologie et de la résistance aux antimicrobiens ;
- un accès accéléré aux innovations moyennant la mise au point et l'introduction de tests sur le lieu des soins et de nouvelles interventions préventives, telles que les vaccins, les microbicides les méthodes de promotion de la santé.

Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

H. SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ (résolution WHA67.10)

79. Les progrès accomplis pour réduire la mortalité néonatale et le nombre de mortinaissances et pour accroître la couverture des interventions essentielles connexes dans les pays sont présentés dans les rapports d'accompagnement intitulés « Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé » et « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants ». ¹ Un rapport de situation plus approfondi sur l'action des États Membres, des organismes des Nations Unies et des acteurs non étatiques est disponible sous la forme d'un document multilatéral distinct. ²

80. Reconnaissant l'impérieuse nécessité d'améliorer la santé du nouveau-né, les États Membres ont pris des engagements spécifiques lors des consultations portant sur le Plan d'action, plusieurs pays ayant aligné leurs priorités nationales sur celles du Plan d'action. Depuis l'adoption de la résolution WHA67.10, davantage de pays ont parachevé leur plan d'action national pour la santé du nouveau-né ou renforcé les composantes pertinentes des plans existants concernant la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile ; par ailleurs, d'autres pays sont en train de rédiger des plans d'action nationaux pour la santé du nouveau-né ou de réviser les stratégies et plans en vigueur (voir le tableau). En outre, 10 pays au moins ont hébergé des manifestations nationales tendant à appuyer la diffusion de ce Plan d'action ³ ou ont participé à des activités régionales. ⁴ Le tableau 1 ci-après récapitule l'état des stratégies et plans nationaux actualisés en mars 2015.

¹ Respectivement, les documents A68/13, Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et le présent rapport, section I.

² UNICEF, rapport de situation 2015 sur le Plan d'action « Chaque nouveau-né » (www.everynewborn.org).

³ Figurent notamment l'Afrique du Sud, la Chine, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda.

⁴ En Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie du Sud-Est, en Méditerranée orientale et dans le Pacifique occidental. Voir aussi www.everynewborn.org pour les liens renseignant sur les progrès accomplis en la matière (consulté le 1^{er} avril 2015).

Tableau 1. Pays dotés d'un plan d'action national pour la santé du nouveau-né et pays ayant conforté la composante nouveau-nés dans les plans en vigueur

| | |
|--|---|
| Pays s'étant expressément engagés à améliorer la santé du nouveau-né jusqu'en mars 2015 | Afghanistan, Afrique du Sud, Bangladesh, Bénin, Bolivie (État plurinational de), Cambodge, Cameroun, Chine, Égypte, Éthiopie, Ghana, Haïti, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Maroc, Mongolie, Mozambique, Namibie, Népal, Nigéria, Oman, Ouganda, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Timor-Leste, Viet Nam, Yémen, Zambie et Zimbabwe |
| Pays élaborant des engagements spécifiques afin d'améliorer la santé du nouveau-né | Botswana, Djibouti, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Myanmar, Pakistan, Sierra Leone, Tadjikistan, Tchad |

81. Plusieurs initiatives régionales conduites par l'OMS appuient la mise en œuvre du Plan d'action pour la santé du nouveau-né. Elles comprennent les initiatives tendant à améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans les Régions africaine et européenne, à savoir : la stratégie régionale et le plan d'action pour la santé néonatale au sein du continuum de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) dans la Région des Amériques ; un groupe consultatif technique et un réseau régional tendant à renforcer la santé du nouveau-né et à prévenir les mortinaissances dans la Région de l'Asie du Sud-Est ; des plans d'accélération en faveur de la santé maternelle et infantile dans la Région de la Méditerranée orientale ; ainsi que le plan d'action pour des nouveau-nés en bonne santé (2014-2020) avec, pour corollaire, la première campagne de soutien menée dans la Région du Pacifique occidental.

82. Un consensus autour des interventions essentielles au service de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile¹ a permis aux pouvoirs publics et aux partenaires de consentir des investissements stratégiques pour leur élargissement. Au titre de l'objectif stratégique 2 du Plan d'action (Améliorer la qualité des soins à la mère et au nouveau-né), le Secrétariat est en train d'élaborer une stratégie visant à améliorer la qualité des soins proposés aux mères et aux nouveau-nés, en insistant particulièrement sur la prestation au moment de l'accouchement et sur les soins prodigués aux nouveau-nés de petite taille ou malades. Cela suppose l'élaboration de normes reposant sur des données factuelles. L'OMS coordonne également un vaste programme de recherche sur la santé du nouveau-né.²

83. Suite au lancement du Plan d'action « Chaque nouveau-né », trois groupes de travail ont été créés afin de faciliter la coordination des actions, en l'occurrence pour la mise en œuvre, la sensibilisation, le suivi et l'évaluation par les pays.³ Grâce à ce mécanisme, l'OMS est en train d'élaborer une méthode permettant de suivre la mise en œuvre des plans nationaux tendant à mettre un terme à la mortalité maternelle et néonatale ainsi qu'aux mortinaissances évitables.⁴ Il s'agira de

¹ Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile : tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_fr_low.pdf?ua=1, consulté le 9 avril 2015).

² Voir le document A68/13.

³ <http://www.everynewborn.org/contact/> (consulté le 1^{er} avril 2015).

⁴ Voir : <http://www.everynewborn.org/every-newborn-event-summary-enap-metrics-meeting/> (consulté le 1^{er} avril 2015).

cartographier, de définir et de valider des indicateurs essentiels permettant de suivre la qualité, la couverture et l'impact des interventions essentielles, l'idée étant d'institutionnaliser ces indicateurs dans les plateformes nationales de collecte des données.¹

84. En réponse à la demande formulée par le Conseil des droits de l'homme,² le Secrétariat a fourni une assistance technique pour l'établissement d'un rapport sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans en tant que problème de droits de l'homme et la mise au point d'orientations techniques sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme en vue de réduire et d'éliminer la mortalité des moins de cinq ans, en particulier l'intégration de normes pertinentes dans les interventions visant à améliorer la santé du nouveau-né.

85. Les partenaires du développement, les organisations de professionnels de santé, les acteurs de la société civile et d'autres parties prenantes continuent de collaborer afin d'aider les responsables gouvernementaux, les décideurs et les administrateurs de programme à mettre en œuvre les actions énoncées dans le Plan. Plus de 40 nouveaux engagements envers le Plan d'action ont été annoncés à l'occasion du forum des partenaires hébergé par le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile,³ dont bon nombre émanant du secteur privé.

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

86. Le présent rapport communique les informations biennales actualisées requises sur les progrès accomplis en vue de réduire l'exclusion et de parvenir à la fois à l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et à la couverture universelle par ces soins. Il mentionne les données pour 75 pays représentant 95 % des décès des mères, des nouveau-nés et des enfants (voir le tableau 2 ci-dessous).

87. Les progrès accomplis depuis 2010 pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile s'avèrent encourageants.⁴ Les taux moyens annuels de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont été supérieurs à ceux enregistrés lors des deux décennies écoulées. Globalement, les progrès restent, toutefois, insuffisants.

88. Les interventions essentielles en faveur de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile ont constitué la base des investissements stratégiques effectués dans les pays.⁵ Si la couverture s'est accrue dans son ensemble, les inégalités sont monnaie courante et, le plus souvent, le taux de couverture de la population nantie dépasse de beaucoup celui de la population démunie.

¹ Voir le document EB137/4 sur la santé du nouveau-né : projet de cadre de redevabilité.

² Résolutions 22/32 et 24/11 du Conseil des droits de l'homme.

³ Pour de plus amples renseignements sur le forum des partenaires 2014, voir : <http://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/pf2014/en/> (consulté le 30 mars 2015).

⁴ Document EB136/14.

⁵ La publication conjointe (OMS, Université Aga Khan et Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant), intitulée *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile* est disponible à l'adresse : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/fr/ (consulté le 30 mars 2015).

89. De concert avec les États Membres et les partenaires, l'OMS participe à un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les résultats de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, et notamment au Plan d'action mondial pour les vaccins.¹ Les donateurs se sont engagés à hauteur de US \$7,539 milliards sur les cinq prochaines années dans le but de fournir des vaccins et d'assurer des séances de vaccination aux pays soutenus par l'Alliance GAVI.²

90. L'OMS a intensifié son action auprès des États Membres et des partenaires afin de garantir la mise en œuvre du Plan d'action pour la santé du nouveau-né.³ Le Secrétariat a fourni des orientations supplémentaires, dont la publication *Strategies toward ending preventable maternal morbidity (EPPM)*.⁴ De ce fait, la couverture des interventions essentielles – planification familiale, soins dispensés par du personnel qualifié lors de l'accouchement, soins postnatals intégrés pour la mère et le bébé – devrait s'améliorer dans les années à venir.⁵

91. Le plan d'action mondial pour mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et par diarrhée,⁶ reconnaît l'importance cruciale des mesures protectrices, préventives et curatives. Les progrès enregistrés dans la mise en œuvre du plan d'action sont, toutefois, modestes et nécessitent un engagement, un investissement et une coordination accrues de la part de tous les acteurs pertinents.⁷

92. La future Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent,⁸ qui devrait paraître en septembre 2015, prendra en considération les objectifs et les cibles permettant de mettre un terme aux problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile qui sont évitables et de promouvoir une approche multisectorielle susceptible d'améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents tout au long de la vie, en accordant une attention particulière aux populations ayant besoin d'aide humanitaire. La mise en place d'un mécanisme de financement mondial est en cours, ce qui devrait accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans les pays moyennant des plans d'investissement et des stratégies de financement durable tenant compte du contexte et reposant sur des données factuelles.

¹ Voir le document EB136/25.

² <http://www.gavi.org/> (consulté le 24 avril 2015).

³ Voir le document A68/36, rapport de situation H et le document WHA67/2014/REC/1, annexe 4.

⁴ La publication *Strategies toward ending preventable maternal morbidity (EPPM)* [Stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables] est disponible à l'adresse : http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en (consulté le 30 mars 2015).

⁵ Voir le document EB136/18.

⁶ La publication conjointe (OMS et UNICEF), intitulée *Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et par diarrhée d'ici 2025 : le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée*, est accessible à l'adresse : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/fr/ (consulté le 30 mars 2015).

⁷ Voir le document EB136/14.

⁸ Voir : <http://www.everywomaneverychild.org/news-events/news/1014-shaping-the-future-for-healthy-women-children-adolescents-learn-more-about-the-process-to-update-the-global-strategy> (consulté le 30 mars 2015).

Tableau 2. Couverture des interventions essentielles en faveur de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile^{1,2} pour 75 pays du Compte à rebours

| Indicateur | Nombre de pays disposant de données | Couverture médiane (%) | Marge de variation (%) |
|--|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Période précédant la grossesse | | | |
| Demandes satisfaites en matière de planification familiale | 54 | 64 | 13-95 |
| Grossesse | | | |
| Soins prénatals (au moins une visite) | 58 | 90 | 40-100 |
| Soins prénatals (au moins quatre visites) | 48 | 53 | 15-94 |
| Traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes | 34 | 22 | 2-69 |
| Protection contre le tétanos néonatal | 67 | 84 | 43-94 |
| Accouchement | | | |
| Présence d'un accoucheur qualifié | 60 | 63 | 10-100 |
| Période postnatale | | | |
| Allaitement au sein précoce | 47 | 50 | 18-95 |
| Visite postnatale pour la mère | 32 | 45 | 7-93 |
| Visite postnatale pour le bébé | 17 | 30 | 5-83 |
| Petite enfance | | | |
| Allaitement exclusif au sein | 51 | 41 | 3-85 |
| Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous | 47 | 66 | 20-92 |
| Vaccination : Diphtérie-tétanos-coqueluche (trois doses) | 75 | 85 | 33-99 |
| Vaccination contre la rougeole (première dose) | 75 | 84 | 42-99 |
| Vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i> type b (trois doses) | 66 | 52 | 10-99 |
| Supplémentation en vitamine A (deux doses) | 55 | 78 | 0-99 |
| Enfance | | | |
| Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide | 36 | 38 | 10-77 |
| Consultation pour des symptômes de pneumonie | 53 | 52 | 26-80 |
| Traitement antibiotique pour des symptômes de pneumonie | 40 | 46 | 7-88 |
| Traitement antipaludique (de première intention) | 35 | 32 | 3-97 |
| Thérapie de réhydratation orale par alimentation continue | 45 | 47 | 12-76 |
| Sels de réhydratation orale | 55 | 37 | 11-78 |
| Sources d'eau de boisson améliorées (total) | 72 | 75 | 30-99 |
| Installations d'assainissement améliorée (total) | 72 | 38 | 9-100 |

¹ Les niveaux de couverture d'une sélection d'indicateurs pour les interventions de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile dans 75 pays du Compte à rebours, reposant sur l'enquête la plus récente, 2008 ou postérieure.

² La publication *Countdown to 2015: Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report* est disponible à l'adresse : <http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2014-report> (consulté le 30 mars 2015).

J. 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)

93. Dans la résolution WHA66.7, les États Membres sont instamment invités à mettre en pratique, selon qu'il conviendra, le plan d'application relatif aux produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, et le Directeur général est prié, entre autres, de fournir un appui au groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant lorsqu'il évaluera les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et dans l'application des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. Le présent rapport contient la mise à jour annuelle demandée sur les progrès réalisés dans l'application des recommandations depuis 2014.

94. Les ministères de la santé, le partenariat H4+¹ et près de 100 organisations partenaires ont entrepris des activités en rapport avec ces recommandations. Ainsi par exemple, neuf pays « pionniers » ont mis en œuvre des plans d'action spécifiques pour s'attaquer aux goulots d'étranglement : l'Éthiopie, le Malawi, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Sierra Leone. Le Fonds fiduciaire pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,² à qui il avait été demandé d'appuyer la mise en œuvre des recommandations, s'est engagé à verser près de US \$112 millions en 2014 aux pays en question par l'intermédiaire de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS. Toutes les activités prévues dans ces pays devraient être menées à bien d'ici la fin 2015. Un autre groupe de pays élabore actuellement des plans qui seront appuyés par le partenariat H4+ et le même Fonds en 2015.

95. Les pays se sont engagés à former des agents de santé et à développer des activités répondant à la demande, conformément à la résolution invitant les États Membres à mettre en pratique, selon qu'il conviendra, le plan d'application relatif aux produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants et, entre autres, à mettre en œuvre des mécanismes et des interventions dont l'efficacité est avérée pour que les prestataires de soins de santé connaissent les lignes directrices nationales les plus récentes sur la santé de la mère et de l'enfant. Plus de 3600 agents de santé des neuf pays susmentionnés, par exemple, ont suivi une formation sur l'administration de produits d'importance vitale, y compris sur l'insertion des implants d'étonogestrel pour la planification familiale et l'administration de misoprostol pour la prévention et le traitement des hémorragies du post-partum. Le Niger a entrepris de s'attaquer aux taux élevés de fécondité des adolescentes en achetant 60 000 implants d'étonogestrel et en les distribuant aux points de prestation des services et aux dispensaires mobiles. Au Sénégal, plus de 12 000 agents communautaires ont été formés pour renforcer la prestation de soins au niveau communautaire. Une amélioration de l'accès à la contraception d'urgence et aux préservatifs féminins a été favorisée par une étude des publications parues sur les meilleures pratiques, par la mise au point par l'OMS, en coopération avec USAID et l'UNFPA, d'un nouveau module sur la contraception d'urgence pour le programme de formation en planification familiale et par des recherches opérationnelles au Malawi.

¹ Le partenariat H4+ comprend plusieurs organismes des Nations Unies (l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF, ONU-Femmes et l'OMS) ainsi que la Banque mondiale. Pour de plus amples renseignements, voir <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reports/9789241506007/en/> (consulté le 17 mars 2015).

² Pour de plus amples renseignements sur le Fonds fiduciaire pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, voir : <http://www.lifesavinggcommodities.org/uk-contributes-to-rmch-trust-fund-to-save-newborn-and-mothers-lives> (consulté le 27 mars 2015).

96. En Ouganda, une série de recommandations clés ont été formulées pour appuyer la mise au point et l'évaluation de l'application locale des directives de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale. Des efforts analogues se poursuivent en République-Unie de Tanzanie pour améliorer l'accès aux directives de l'OMS sur la santé maternelle et leur utilisation efficace. En Sierra Leone, les fonds ont été rapidement redéployés en juillet 2014 pour faire face à la flambée de maladie à virus Ebola. Ces fonds ont été utilisés pour former les personnels chargés de rechercher les contacts et leurs superviseurs, et pour acheter et distribuer des équipements et des fournitures destinés aux centres de traitement et d'isolement des malades.

97. À l'échelle mondiale, un réseau d'équipes techniques a renforcé ces partenariats et s'est attaqué aux obstacles plus généraux. Les 13 produits d'importance vitale recensés, par exemple, ont maintenant été placés sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS de façon à guider les achats et le financement. Les directives thérapeutiques correspondantes ont été actualisées ou sont en voie de l'être. Les organismes de réglementation de 22 pays de la Région africaine se sont mis d'accord sur les procédures réglementaires d'approbation de produits destinés à la santé de l'enfant. Six pays « pionniers » ont adopté et utilisé une nouvelle procédure accélérée pour l'homologation de différents produits, notamment des produits de santé génésique. Au Nigéria, l'assistance technique fournie a permis à quatre fabricants d'obtenir la certification de l'OMS pour les bonnes pratiques de fabrication – une première dans la Région. En outre, une harmonisation des procédures d'achat pour les produits d'importance vitale est actuellement en cours. Les organisations non gouvernementales jouent un rôle crucial dans les efforts de plaidoyer.

98. La plupart des pays ont connu des retards dans la mise en œuvre de leurs plans, retards souvent occasionnés par des changements dans les partenaires chargés de la mise en œuvre ou par des cessions de marchés. Même s'il existe une forte volonté politique de collaborer pour accroître l'impact, les problèmes opérationnels rencontrés et les coûts sont tels que la tâche reste souvent hors de la portée de la plupart des pays. Un des enseignements que l'on peut en tirer est qu'il serait intéressant d'harmoniser au niveau des pays les prescriptions administratives imposées par les organisations partenaires des Nations Unies. Les pays ont évoqué les problèmes que leur pose en permanence la dépendance à l'égard des médicaments importés. Pour certains médicaments, par exemple, l'irrégularité du financement et de l'approvisionnement contribue à faire augmenter le coût.

Systemes de santé

K. DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (résolution WHA65.8)

99. En mai 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA65.8 visant à faire progresser les travaux sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Le présent rapport fournit, comme il a été demandé, la version actualisée du rapport dont la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé avait pris note en mai 2013.¹

100. L'engagement politique en faveur des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé a régulièrement progressé, ainsi que les mesures prises en ce sens. En mars 2013, 103 stratégies de coopération avec les pays comportaient des demandes de soutien technique en faveur des déterminants sociaux de la santé ou une approche préconisant l'intégration de « la santé dans toutes les politiques ». la nécessité largement reconnue d'intégrer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

¹ Document A66/15.

dans les programmes de développement et de santé mondiaux est un point qui retient particulièrement l'attention dans le cadre des travaux relatifs aux objectifs de développement durable pour l'après-2015 et à la couverture sanitaire universelle.

101. La Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Helsinki, 10-14 juin 2013) a mis l'accent sur la santé dans toutes les politiques. dans la résolution WHA67.12, l'Assemblée de la Santé appelait à l'établissement d'un projet de cadre d'action dans les pays. Le manuel de formation sur la santé dans toutes les politiques établi par l'OMS¹ vise à améliorer les compétences et les méthodes utilisées pour favoriser l'intégration de la santé dans toutes les politiques. En mars 2015, des représentants des établissements de chaque Région ont participé à un cours de formation à l'utilisation du manuel.

102. **Les déterminants sociaux constituent une priorité dans les plans stratégiques des bureaux régionaux de l'OMS.** En 2013, le Bureau régional de l'Afrique a publié, sous le titre : « Promotion de la santé : stratégie de la Région africaine », sa stratégie de promotion de la santé qui met fortement l'accent sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

103. Pour le Bureau régional des Amériques, les déterminants sociaux font partie intégrante du plan stratégique établi pour la période 2014-2019.³ En 2014, un plan régional sur la santé dans toutes les politiques a été adopté par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé à sa cinquante-troisième session (soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques),⁴ et une réunion de haut niveau sur la mise en œuvre du plan s'est tenue en mars 2015. En outre, dans le plan d'action 2010-2015 de l'Union des nations sud-américaines, les déterminants sociaux figurent au nombre des cinq priorités.

104. En 2014, la Région de l'Asie du Sud-Est a publié un cadre régional sur la santé dans toutes les politiques.⁵

105. En 2012, Le Comité régional de l'Europe a approuvé le cadre politique paru sous le titre : « Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle », qui met l'accent sur l'action à mener par les gouvernements et les sociétés afin de réduire les inégalités en santé. L'étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS a contribué à l'élaboration de ce cadre.⁶ Tous les pays de la Région ont adopté des politiques de santé nationales alignées sur le cadre politique « Santé 2020 », et son intégration dans le futur plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et la coordination régionale sur les déterminants sociaux ont été débattues lorsque le Comité régional de l'Europe s'est réuni en 2014.

¹ Le manuel de formation est disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1 (consulté le 13 mars 2015).

² La stratégie est disponible en suivant le lien ci-après : <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/cluster.html> (consulté le 20 mars 2015).

³ Le plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé est disponible à l'adresse suivante : http://www.paho.org/hq/index.php?gid=14004&option=com_docman&task=doc_view (consulté le 13 mars 2015).

⁴ Voir la résolution CD53.R2 de l'OPS sur le Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques.

⁵ Voir http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/searo_regional_framework_on_hiap.pdf (consulté le 13 mars 2015).

⁶ Le rapport final de l'étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS est disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf (consulté le 13 mars 2015).

106. Une réunion tenue en 2014, avant la session du Comité régional de la Méditerranée orientale, a présenté une étude sur les principaux déterminants sociaux de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale. L'établissement d'une stratégie régionale sur les déterminants sociaux et d'un groupe thématique sur le sujet a été demandé.

107. Dans la Région du Pacifique occidental, les ministres de la santé ont renouvelé leur engagement pour une action en faveur des déterminants sociaux de la santé dans le cadre de l'initiative pour « des îles en bonne santé ».¹

108. L'OMS a proposé une méthode pour **soutenir les programmes de santé nationaux visant à améliorer les résultats en matière d'équité** (en s'inspirant des domaines des déterminants sociaux de la santé, de l'équité hommes-femmes et des droits de l'homme). Une série d'études pilotes est en cours sur le sujet. En 2013, le Bureau régional de l'Europe a mis au point un projet utilisant cette méthode dans quatre pays afin de réviser les stratégies et les programmes nationaux pour la santé de la mère et de l'enfant, l'accent étant mis sur les populations exclues.

109. En 2014, le Bureau régional de l'Afrique a établi un groupe technique pour appuyer les travaux sur les déterminants sociaux et a mené des analyses sur l'équité en santé dans quatre petits États insulaires. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a publié des outils d'éducation sanitaire pour renforcer la participation des parties prenantes aux systèmes de santé.

110. L'Organisation a poursuivi ses avancées dans les domaines de l'équité, notamment entre les sexes, des déterminants sociaux de la santé et des droits de l'homme, par l'intermédiaire de ses travaux d'élaboration de lignes directrices normatives, en particulier dans le cadre du Comité d'évaluation des directives.

111. De nouveaux projets et activités ont été conçus pour **aligner de manière stratégique les déterminants sociaux et environnementaux de la santé** à l'OMS. En 2013, au Siège, l'Unité Déterminants sociaux de la santé a rejoint le Département réformé Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé (PHE), et les domaines considérés comme prioritaires sont le logement et la santé, l'eau et l'assainissement, et la qualité de l'air.

112. Nombreux sont à l'OMS les exemples d'une participation et d'une approche multisectorielles : le Bureau régional de l'Europe a par exemple publié, avec la Direction maltaise de la santé environnementale, un rapport national sur les inégalités en matière de santé environnementale.² Un autre exemple de la contribution du Bureau régional à un projet est celui du financement conjoint, avec la Commission européenne, du projet intitulé : « réseaux pour l'activité physique ». Le projet est axé sur la promotion du travail en réseaux et des actions en faveur d'environnements sains et

¹ Pour plus d'informations sur l'initiative pour « des îles en bonne santé », voir : http://www.wpro.who.int/southpacific/programmes/pacific_initiatives/healthy_islands/en/ (consulté le 16 mars 2015).

² Le rapport figure à l'adresse suivante : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/243160/Environmental-Health-Inequalities-in-Malta.pdf?ua=1 (consulté le 17 mars 2015).

équitable pour l'activité physique, et cible tout particulièrement les enfants et les groupes défavorisés.¹

113. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS a soutenu la publication avec la Jordanie d'un rapport sur les activités en matière de santé environnementale et les déterminants sociaux de la santé ; des évaluations ont été menées dans les zones urbaines défavorisées.

114. L'outil « Urban HEART » (pour l'évaluation des inégalités en santé en milieu urbain et la riposte)² a été adapté aux besoins régionaux, notamment des milieux insulaires, par le Bureau régional du Pacifique occidental et par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est – pour l'Indonésie.

115. Les capacités ont été accrues pour **assurer le suivi des tendances et des conséquences dans le domaine des déterminants sociaux** de la santé. En 2013, le *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries* (manuel sur le suivi des inégalités en santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire) a été publié, la publication étant suivie de séances d'information en 2013, 2014 et 2015 sur son usage aux niveaux national et régional. L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS héberge le « Health Equity Monitor » (instrument de suivi de l'équité en santé), qui comprend des bases de données, des profils de pays et des graphiques présentant des indicateurs désagrégés pour 93 pays.

116. Le cadre d'analyse, orientée sur l'équité, des liens entre la santé et d'autres secteurs (EQUAL), qui est actuellement élaboré par l'OMS, permettra de suivre les facteurs intersectoriels et les parcours qui influent sur la couverture sanitaire universelle et la santé, en mettant l'accent sur l'équité.

117. Au Siège, en association avec le Bureau régional des Amériques, des efforts sont toujours menés pour soutenir l'élaboration d'indicateurs de processus adaptés à une démarche soucieuse d'équité en santé dans le cadre de la réorientation des politiques et programmes, et d'instruments de collecte des données.

118. En 2014, le Bureau régional de l'Europe a recensé des indicateurs pour assurer le suivi du cadre « Santé 2020 », et le Bureau régional du Pacifique occidental a publié un aide-mémoire décrivant les indicateurs des déterminants ayant une incidence sur l'équité en santé entre les sexes. En 2013, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a publié le rapport intitulé : *Demographic, Social and Health Indicators for Countries of the Eastern Mediterranean*.³

119. Plusieurs initiatives portant sur le suivi des tendances observées et des progrès obtenus dans le domaine des déterminants sociaux de la santé ont été entreprises au niveau national, parmi lesquelles un observatoire de la santé en République islamique d'Iran et une évaluation de la qualité des soins pour les populations mal desservies au Bhoutan.

¹ La brochure, qui donne un aperçu du projet de réseaux pour l'activité physique, est disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/244318/Networking-for-Physical-Activity-brochure-Fre.pdf?ua=1 (consultée le 16 mars 2015). Les principaux rapports et matériaux relatifs au projet sont disponibles à l'adresse : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/promoting-networking-and-action-on-healthy-and-equitable-environments-for-physical-activity-phan> (consultée le 27 mars 2015).

² Pour plus d'informations sur l'outil Urban Health, voir : http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/ (consulté le 16 mars 2015).

³ Le rapport est disponible à l'adresse : http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1537.pdf (consulté le 18 mars 2015).

120. L'Organisation participe à de nombreuses activités transversales, y compris **en collaborant au sein du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales** sur la sensibilisation, la recherche, le renforcement des capacités et le soutien technique direct dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. En 2013, le Partenariat Faire reculer le paludisme et le PNUD ont lancé un cadre d'action multisectoriel pour lutter contre le paludisme. Au cours de la même année, le PNUD a publié un document de réflexion sur les déterminants sociaux des maladies non transmissibles et a organisé une série de séminaires en ligne. En 2014, une mission menée au Rwanda pour préparer les travaux conjoints des Nations Unies sur les déterminants sociaux de la santé dans ce pays a permis d'identifier les questions de santé prioritaires exigeant une action multisectorielle.

121. Le document intitulé « *Chaque nouveau-né – projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables* » a été publié en 2014¹ sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF et est fortement axé sur l'équité et les déterminants sociaux. L'action sur les déterminants sociaux de la santé est également l'un des thèmes du projet actualisé de stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il est aussi fait explicitement référence à la nécessité de se préoccuper des déterminants sociaux de la tuberculose, dans le cadre de la stratégie et des cibles établies en 2014² pour mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose.

L. STRUCTURES DURABLES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET COUVERTURE UNIVERSELLE (résolution WHA64.9)

122. Dans la résolution WHA64.9, les États Membres sont invités notamment à veiller à ce que les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au point de prestation et comportent une méthode de prépaiement des cotisations financières pour les soins et services de santé ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques sur l'ensemble de la population pour éviter des dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement des personnes ayant à se faire soigner.

123. Un nombre croissant de pays dans toutes les régions ont pris un engagement politique plus explicite en faveur de la couverture sanitaire universelle dans leurs politiques nationales. Ces trois dernières années, cette tendance s'est manifestée aux niveaux mondial, régional, sous-régional et national sous la forme de résolutions, de déclarations et de conférences de haut niveau. Dans de nombreux pays, des efforts intensifs ont été faits pour trouver davantage d'argent pour la santé et réduire ainsi les paiements directs. Le Gabon et les Philippines sont des exemples de pays qui ont créé ou levé des taxes spécifiques, dont le produit a été affecté au paiement des primes d'assurance-maladie des plus pauvres. Les pays se sont aussi attachés à améliorer l'efficacité et l'équité dans l'utilisation des ressources. En réaction à la crise économique, par exemple, 18 pays de la Région européenne ont regroupé les capacités de leurs ministères de la santé, de leurs agences de santé publique et de leurs caisses d'assurance afin de réduire les coûts administratifs. De nombreux pays ont aussi amélioré leurs procédures d'achat pour faire baisser les dépenses liées aux médicaments. Ces mesures ont permis de diminuer régulièrement un peu partout dans le monde la mesure dans laquelle les pays s'appuient sur les paiements directs pour financer leurs systèmes de santé.

¹ Le projet de plan d'action est disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/ (consulté le 27 mars 2015).

² Pour plus d'informations sur la stratégie et les cibles, voir : http://www.who.int/tb/post2015_strategy/fr/ (consulté le 27 mars 2015).

124. Plus de 80 pays de toutes les régions du monde et de tous les niveaux de revenu ont été soutenus par l'OMS dans cette entreprise, souvent en collaboration avec des partenaires du système des Nations Unies, d'autres organisations multilatérales, des agences de développement bilatéral, des fondations, des organisations de la société civile et des chercheurs. Ce soutien a notamment pris la forme d'un engagement politique de haut niveau et d'une analyse technique détaillée des systèmes financiers existants, qui ont fourni une base pour l'élaboration de stratégies de financement de la santé et de plans d'exécution et pour le suivi de la progression de ces plans une fois ceux-ci mis en œuvre. Ces efforts ont bénéficié grandement de la génération de nouvelles connaissances et du partage entre les pays de leurs expériences de réforme, de l'attention accrue portée au suivi des ressources et à la redevabilité, et de l'action menée pour renforcer la capacité des pays à prendre des décisions éclairées par les données probantes. Des liens étroits ont été établis entre le travail normatif et le travail entrepris au niveau des pays, comme en témoigne par exemple l'élaboration du cadre conjoint OMS-Banque mondiale pour le suivi des progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle.

125. D'importants enseignements se sont dégagés de ce processus, qui sont venus renforcer et développer ceux mis en lumière dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*. Il n'existe pas de modèle unique applicable partout, mais il est possible de tirer des expériences récentes de réforme du financement de la santé des conseils pratiques sur des pistes prometteuses pour les pays qui cherchent à instaurer une couverture sanitaire universelle.

126. L'expérience des pays démontre que les possibilités de mobiliser des ressources substantielles et stables en s'appuyant sur l'assurance-maladie volontaire sont limitées. Ce sont les dépenses publiques de santé, financées par différentes formes de taxes, y compris les cotisations de sécurité sociale le cas échéant, qui doivent être en première ligne. Cela pose un problème dans les pays où une fraction importante de la main-d'œuvre n'a pas d'emploi régulier et n'est pas salariée – un facteur qui pèse lourdement sur la collecte de recettes. De nombreux pays ont cependant relevé ce défi. Dans la Région du Pacifique occidental, par exemple, 14 pays ont accru la priorité donnée au secteur de la santé dans leur allocation de ressources budgétaires ces dernières années. D'autres ont mis en place de nouvelles formes de taxes ou des mécanismes améliorés de collecte pour permettre d'accroître les dépenses publiques consacrées au secteur de la santé.

127. Une des mesures importantes prises par de nombreux pays pour améliorer l'efficacité a consisté à réduire la fragmentation. Plus de 50 pays ont maintenant fusionné les recettes budgétaires générales et les cotisations de sécurité sociale et d'assurance-maladie, cette mise en commun de l'ensemble des fonds disponibles débouchant sur une meilleure capacité redistributive que celle qui aurait existé si ces pays avaient conservé des systèmes séparés pour différents groupes de population en fonction de la source des fonds. Ce regroupement de moyens permet aussi de réduire les coûts administratifs et de renforcer le pouvoir d'achat, créant ainsi les conditions d'une plus grande efficacité du système.

128. Les pays ont pris conscience qu'ils ne peuvent pas parvenir à la couverture sanitaire universelle en se contentant simplement de dépenser plus, et ont recours à des incitations financières explicites pour promouvoir l'efficacité et assurer la prestation des services de santé prioritaires. Même si les mécanismes mis en œuvre varient, ils établissent tous un lien entre l'allocation des ressources et l'information sur les besoins sanitaires des populations et les performances des dispensateurs, ou sur une combinaison des deux.

129. L'expérience montre aussi que, si le financement de la santé joue un rôle crucial, celui-ci ne suffit pas à lui seul pour assurer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. En particulier, une attention accrue est accordée au lien entre financement et prestation, en reconnaissant qu'il est important d'adapter les règles pour que les dispensateurs des soins aient à la fois suffisamment

d'autonomie pour répondre aux nouvelles incitations financières, mais restent comptables de la prestation de services de santé de bonne qualité.

130. Si l'on regarde vers l'avenir, de nombreux défis restent à relever, même si l'inclusion de la couverture sanitaire universelle dans le programme de développement pour l'après-2015 devrait donner un nouvel élan aux pays qui avancent dans cette direction. La mobilisation des ressources constitue un vrai problème pour les pays à faible revenu ; la fourniture d'un financement extérieur suffisant restera importante, mais devra se faire à travers des mécanismes évitant les effets de distorsion et conformes aux principes de l'efficacité de l'aide. L'expérience accumulée au cours des dernières années confirme aussi l'importance de renforcer l'engagement productif entre les autorités sanitaires et les responsables financiers aux niveaux national et international afin d'accroître la durabilité des mécanismes de financement tout en assurant plus de transparence et de responsabilisation dans l'utilisation des ressources publiques.

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

131. Suivant la demande formulée dans la résolution WHA60.25, ce rapport présente les progrès accomplis dans l'application de la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS.¹ Il propose une série de recommandations et donne des informations sur plusieurs thèmes : le renforcement des capacités de l'OMS en matière d'analyse et de planification dans ce domaine ; l'intégration durable des considérations d'équité entre les sexes dans la gestion de l'Organisation ; les efforts destinés à promouvoir l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe ; et les mesures prises pour rendre compte de l'action menée.

132. Ces deux dernières années, l'OMS a renforcé ses capacités à analyser les spécificités de chaque sexe et à effectuer une planification soucieuse d'équité entre les sexes dans le cadre professionnel. Des ateliers de formation sur cette forme d'analyse et sur la prise en compte de la dimension hommes-femmes, de l'équité et des droits humains dans la planification ont été menés à l'intention des administrateurs de programme nationaux, dans cinq bureaux régionaux, et de fonctionnaires régionaux et nationaux de la catégorie professionnelle travaillant dans différents secteurs de programme. Au Siège, le renforcement des capacités dans ces domaines fait désormais partie de la formation obligatoire organisée à l'entrée en fonctions des nouveaux membres du personnel.

133. Les progrès ont été constants depuis l'adoption de la résolution WHA60.25, mais certains problèmes demeurent. On observe ainsi que, dans toute l'Organisation, le personnel mène des analyses sur les spécificités de chaque sexe sans bénéficier du soutien d'experts. Il serait utile de s'atteler à ces problèmes en trouvant des moyens novateurs de mettre en pratique les savoir-faire au sein de l'Organisation et en instaurant des mécanismes efficaces pour soutenir et contrôler le recours à cette forme d'analyse alors même que les ressources humaines spécialisées dans le domaine sont limitées.

134. Au niveau des pays, les capacités d'analyse des spécificités de chaque sexe ont été sensiblement renforcées, ce qui s'est traduit par des mesures concrètes dans les politiques et programmes de santé

¹ Voir le document WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1, annexe 2.

nationaux. Les capacités du monde de la santé publique à intégrer la dimension hommes-femmes ont été renforcées dans 69 pays de cinq Régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale et Pacifique occidental).

135. L'OMS a consolidé ses mécanismes institutionnels en vue de mieux intégrer la dimension hommes-femmes, l'équité et les droits humains. La deuxième édition du manuel OMS sur l'élaboration de lignes directrices (*WHO handbook for guideline development*), par exemple, comprend un chapitre sur la manière d'intégrer l'équité, les droits humains, la problématique hommes-femmes et les déterminants sociaux dans les lignes directrices de l'OMS.¹ En outre, la problématique hommes-femmes, l'équité et les droits humains sont des aspects traités dans le programme de perfectionnement des cadres de l'OMS et dans le Manuel pratique d'évaluation de l'OMS (*WHO evaluation practice handbook*).² Au niveau régional, le nouveau manuel sur l'élaboration du programme de travail biennal du Bureau régional des Amériques donne des indications claires sur l'intégration de la dimension hommes-femmes, de l'équité, des droits humains et de la question de l'appartenance ethnique.³

136. Il serait utile de cerner les obstacles qui empêchent d'intégrer davantage et plus durablement ces problématiques dans les fonctions de planification, d'établissement de rapports et de gestion à l'échelle de l'Organisation. Des stratégies dans ce domaine pourraient être élaborées en fonction des résultats du suivi.

137. À tous les niveaux de l'Organisation, les orientations techniques sur l'intégration de la dimension hommes-femmes et des questions d'équité et de droits humains dans les activités de l'OMS font l'objet d'une demande croissante. On peut citer les documents de Santé 2020, les plans d'action régionaux sur les maladies non transmissibles et le vieillissement du Bureau régional de l'Europe, les stratégies pour le système de santé et le cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019)⁴, et le manuel du Bureau régional des Amériques sur l'analyse des situations sanitaires.

138. Les pays sollicitent également de plus en plus un soutien technique pour intégrer la dimension hommes-femmes, l'équité et les droits humains dans les programmes et les politiques de santé. Dans la Région des Amériques, 31 pays mettent en œuvre des plans pour améliorer l'équité entre les hommes et les femmes dans le secteur de la santé. L'OMS a apporté son appui à 18 pays de plusieurs Régions (Afrique, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental) afin qu'ils prennent davantage en compte la dimension hommes-femmes, l'équité et les droits humains dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux.

139. L'OMS a apporté un soutien solide aux pays en vue de les aider à collecter davantage de données ventilées et à les utiliser pour analyser l'équité en santé. Sept pays de la Région européenne et trois pays de la Région des Amériques en ont bénéficié pour publier ou réviser des profils sanitaires et des plans de santé, y compris 46 pays de la Région africaine qui ont élaboré des profils de pays sur la dimension hommes-femmes et sur la santé de la femme. Cinq pays de la Région de l'Asie du Sud-Est,

¹ WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.

² WHO evaluation practice handbook. Geneva: World Health Organization; 2013.

³ AMRO-PAHO Operational planning manual for biennial work plans (BWPs) and performance monitoring and assessment (PMA) 2014-2015.

⁴ Le cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019) est disponible en anglais à l'adresse suivante : http://www.wpro.who.int/topics/ageing/regional_framework_final.pdf (consulté le 19 mars 2015).

trois pays de la Région de la Méditerranée orientale, six pays de la Région des Amériques et six pays de la Région du Pacifique occidental ont bénéficié d'un soutien technique pour renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, de sorte à pouvoir ventiler les données sanitaires et les analyser sous l'angle de l'équité. Les rapports sur la santé de l'OMS et des pays utilisent de plus en plus fréquemment des données ventilées par sexe. Enfin, le module de suivi de l'équité en santé (Health Equity Monitor) permet de ventiler les données par sexe, lieu de résidence, quintile de richesse et niveau d'études, pour 91 pays.

140. Par ailleurs, le Secrétariat rend mieux compte de l'action menée dans le domaine de l'équité entre les hommes et les femmes et de l'analyse des spécificités de chaque sexe. L'outil électronique amélioré dont se sert l'OMS pour évaluer les services du personnel (ePMDS+), par exemple, inclut une section dans laquelle le fonctionnaire et son supérieur hiérarchique doivent évaluer le respect et la promotion des différences individuelles et culturelles. Également, les supérieurs hiérarchiques doivent fixer des cibles contribuant à l'équilibre entre les sexes et à l'équilibre géographique dans les pratiques de recrutement. En outre, le contrat de mission des hauts fonctionnaires comporte un indicateur servant à évaluer dans quelle mesure ils contribuent à réduire la disparité de représentation des hommes et des femmes au sein des effectifs. Enfin, l'OMS a satisfait en 2014 aux critères de 50 % des 15 indicateurs de performance du plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ce chiffre était de 20 % en 2012).

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

141. Pour donner suite à la résolution WHA60.16, les États Membres œuvrent en collaboration avec le Secrétariat et des partenaires internationaux, régionaux et nationaux afin de promouvoir l'usage rationnel des médicaments dans le but de réduire autant que possible la consommation excessive, insuffisante ou abusive de médicaments, qui se traduit par de mauvais résultats sanitaires et le gaspillage de ressources limitées. Sur le plan politique, de plus en plus de pays de toutes les Régions se sont explicitement engagés à améliorer l'accès aux médicaments et à développer leur usage rationnel en vue de contribuer à instaurer la couverture sanitaire universelle et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

142. Une analyse a été menée sur les données mondiales de l'OMS concernant l'usage des médicaments et les politiques pharmaceutiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle montre clairement que les pays qui mettent davantage en œuvre des politiques en faveur de l'usage rationnel des médicaments¹ font un meilleur usage des médicaments dans les soins primaires.²

143. Dans la Région européenne, 13 pays ont commencé à élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer des politiques nationales sur l'accès aux médicaments et l'usage de ceux-ci.³

¹ OMS. *Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

² Holloway KA, Henry D. WHO essential medicines policies and use in developing and transitional countries: an analysis of reported policy implementation and medicines use surveys. *PLOS Medicine*, Sept 2014; 11(9): e1001724.

³ Albanie, Arménie, Bosnie-Herzégovine, Chypre, Croatie, Estonie, Fédération de Russie, Grèce, Hongrie, Kirghizistan, République de Moldova, Tadjikistan et Ukraine.

144. Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Liban s'est attaché à promouvoir l'usage rationnel des médicaments par l'intermédiaire des meilleures pratiques pharmaceutiques. La Jordanie a actualisé sa liste nationale de médicaments essentiels et organisé des réunions régionales sur le renforcement des systèmes d'assurance-maladie à l'appui de la couverture sanitaire universelle. Ce pays a également organisé une formation courte sur la pharmaco-économie et la sélection rationnelle des médicaments (Amman, 20-25 septembre 2014) en vue de sensibiliser les professionnels de la santé et de renforcer leurs capacités.

145. Dans la Région du Pacifique occidental, certains pays insulaires du Pacifique ont publié des directives thérapeutiques standard pour renforcer l'usage rationnel des médicaments. Le Viet Nam a mis en place un comité de sélection national afin d'améliorer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques sur l'usage des médicaments. La République démocratique populaire lao a mis en place des activités de renforcement des capacités à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques et des professionnels de la santé.

146. Dans la Région africaine, 17 pays¹ ont mené des activités dans le but d'améliorer la sélection, la prescription, la délivrance et l'usage des médicaments, y compris la révision des listes nationales de médicaments essentiels et/ou des directives thérapeutiques standard, et des études destinées à évaluer la prescription et l'usage des médicaments. Dans la Région, les agents de santé et les dispensateurs ont reçu une formation à l'usage rationnel des médicaments essentiels suivant les directives thérapeutiques nationales standard. Des ateliers régionaux ont été organisés au Burkina Faso et au Ghana pour, respectivement, présenter aux pays la méthodologie à bases factuelles servant à sélectionner les médicaments dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels et aiguiller les pays sur la manière d'élaborer, de réviser et d'utiliser une liste nationale de médicaments essentiels.

147. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une approche coordonnée est utilisée pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Elle consiste à mener tous les quatre ans une analyse sur la situation de la gestion des médicaments dans la prestation de soins de santé et à publier les rapports correspondants sur un site Web,² comme demandé par les États Membres.³ Pour mener ces analyses, des données sur l'usage des médicaments (y compris les antibiotiques), leur disponibilité et la mise en œuvre de politiques dans ce domaine, sont d'abord collectées par une équipe pluridisciplinaire du gouvernement sur une période de deux semaines, à l'aide d'un outil préparé à cet effet. Un atelier national est enfin organisé en vue de planifier l'action future.

148. S'agissant des engagements en faveur de l'usage responsable des antimicrobiens chez l'homme, une réunion internationale s'est tenue à Oslo, les 13 et 14 novembre 2014,⁴ dans le cadre des consultations sur l'élaboration d'un plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens.⁵ À cette occasion, des participants venus de plus de 20 pays ont adopté une série de stratégies et d'interventions visant à promouvoir un meilleur usage des antibiotiques, qui seront intégrées au projet

¹ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Niger, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

² L'analyse de la situation du pays est disponible à l'adresse : http://www.searo.who.int/entity/medicines/country_situational_analysis/en/ (consulté le 10 avril 2015).

³ Voir les résolutions suivantes du Comité régional : SEA/RC64/R5 (« National essential drug policy including the rational use of medicines », 2011) et SEA/RC66 (« Effective management of medicines », 2013).

⁴ Pour plus d'informations sur la réunion, voir : <http://www.who.int/drugresistance/events/Oslomeeting/fr/> (consulté le 3 mars 2015).

⁵ Voir les documents complémentaires A68/19 et A68/20.

de plan. Une étude sur la consommation d'antibiotiques a été menée dans 17 pays de la Région européenne, et deux ateliers nationaux consacrés à la recherche qualitative sur l'usage des médicaments se sont tenus en Ouzbékistan et en Slovénie au deuxième semestre 2014 en vue de favoriser l'élaboration de nouvelles approches pour un usage prudent des antimicrobiens. Dans la Région du Pacifique occidental, le Comité régional a adopté en 2014 le plan d'action régional pour combattre la résistance aux antimicrobiens (résolution WPR/RC65.R4) qui redonne mandat aux pays d'agir de toute urgence pour réduire l'usage irrationnel des antimicrobiens et agir face à la menace liée à la résistance aux antimicrobiens.

149. Une réunion s'est tenue au Cap (Afrique du Sud) du 28 au 30 septembre 2014 sur le thème « Couverture sanitaire universelle : aspects à prendre en compte pour élaborer des politiques et des programmes de couverture des médicaments ». Des représentants de huit pays de la Région africaine¹ et des organismes d'aide internationaux y ont abordé les approches pratiques et les meilleures pratiques pour élaborer et gérer des dispositifs de couverture des médicaments au titre des initiatives pour la couverture sanitaire universelle.

150. Au troisième symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé (Le Cap, Afrique du Sud, 30 septembre-3 octobre 2014), l'Alliance pour la recherche sur les systèmes et politiques de santé et l'OMS ont présenté leur rapport sur l'amélioration de l'accès, de l'accessibilité économique et de l'usage approprié des médicaments dans les systèmes de santé.² Ce document aborde le rôle des médicaments pour instaurer la couverture sanitaire universelle et celui de l'innovation et d'une approche systémique pour améliorer l'accès aux médicaments.

151. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été révisée en 2013 dans le cadre du cycle biennal, ce qui a donné lieu à la publication de la dix-huitième liste modèle et de la quatrième liste modèle OMS des médicaments essentiels destinée à l'enfant. La prochaine révision sera effectuée par le Comité d'experts sur la sélection et l'utilisation des médicaments essentiels à sa vingtième réunion, qui se tiendra du 20 au 24 avril 2015. Les principaux points à l'ordre du jour seront les médicaments essentiels contre le cancer et les demandes d'homologation des nouveaux médicaments contre l'hépatite C.

Préparation, surveillance et intervention

O. PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE : ÉCHANGE DES VIRUS GRIPPAUX ET ACCÈS AUX VACCINS ET AUTRES AVANTAGES (résolution WHA64.5)

152. Dans sa résolution WHA64.5, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (le « Cadre PIP »),³ qui s'efforce d'améliorer et de renforcer l'échange de virus grippaux présentant un potentiel pandémique pour l'homme, par le biais d'un réseau de laboratoires coordonné par l'OMS appelé système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte, et de promouvoir un accès juste et équitable aux avantages découlant d'un tel échange pour les pays en développement.

¹ Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

² Bigdeli M, Peters DH, Wagner AK, Eds. *Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use*. Geneva, World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf, consulté le 30 mars 2015).

³ Document WHA64/2011/REC/1, annexe 2.

153. La section 7.4.1 du Cadre indique que le Directeur général informera tous les deux ans, l'Assemblée mondiale de la Santé de la situation et des progrès accomplis concernant la mise en œuvre du Cadre.¹ Le présent document présente les avancées enregistrées depuis le dernier rapport biennal à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013.²

154. **Moyens de laboratoire et de surveillance :** une évaluation par les laboratoires du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte a été réalisée en septembre 2014. Elle a constaté que le système était un réseau robuste, avec des bases techniques solides et des compétences susceptibles d'être étendues à certains autres agents pathogènes infectieux. Néanmoins, il subsiste des lacunes géographiques importantes en Afrique, au Moyen-Orient et en Europe orientale. Pour de nombreux centres nationaux de la grippe (CNG), le financement et l'engagement des gouvernements présentent deux difficultés conséquentes. Le renforcement des moyens de laboratoire et de surveillance est une composante majeure des activités de renforcement des capacités de préparation en cas de grippe pandémique appuyées par la contribution de partenariat.³

155. **Capacités mondiales de production de vaccins antigrippaux :** depuis 2006, le Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux a aidé à accroître les capacités mondiales de production de vaccins de 500 millions de doses en 2006 à 1,5 milliard de doses en 2013 ; d'après les projections, cette capacité de production devrait atteindre 5 milliards de doses d'ici 2016.⁴

156. **Accords conclus avec l'industrie :**⁵ l'Accord type sur le transfert de matériels 2, conclu avec GlaxoSmithKline et le Serum Institute of India, fournira à l'OMS un accès en temps réel à 10 % de la production de ces laboratoires de vaccins contre la grippe pandémique. L'Accord type sur le transfert de matériels 2, conclu avec Sanofi Pasteur, fournira à l'OMS un accès en temps réel à 15 % de la production de ce laboratoire de vaccins contre la grippe pandémique. GlaxoSmithKline s'est aussi engagé à permettre l'accès à 10 millions de cures de médicaments antiviraux. Plusieurs accords ont été signés avec des institutions universitaires et scientifiques, et des négociations sont en cours pour en conclure d'autres.

157. **Utilisation de la contribution de partenariat :**⁶ pour l'année 2013, l'OMS a reçu des contributions émanant des fabricants d'un montant supérieur à US \$27,2 millions ; au 31 décembre 2014, près de US \$15 millions avaient été reçus au titre des contributions de 2014. En janvier 2014, des plans de mise en œuvre détaillés reposant sur le plan de mise en œuvre de haut

¹ La section 7.4.1 définit cinq domaines d'examen : i) les moyens de laboratoire et de surveillance ; ii) les capacités mondiales de production de vaccins antigrippaux ; iii) la situation des accords conclus avec l'industrie, y compris les informations sur l'accès aux vaccins, aux antiviraux et aux autres matériels antipandémiques ; iv) le rapport financier sur l'utilisation de la contribution de partenariat, et v) l'expérience dérivée de l'utilisation de la définition des matériels biologiques PIP.

² Document WHA66/17. Pour en savoir plus sur les progrès, consulter les rapports de réunion du Groupe consultatif pour le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique et les rapports annuels de ce Groupe au Directeur général de 2013 et 2014 à l'adresse : http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/ (consulté le 4 mars 2015).

³ Voir section 1 du Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016 : http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcmpplan_17jan2014.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

⁴ Voir http://www.who.int/iris/bitstream/10665/112307/1/9789241507011_eng.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

⁵ Voir http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2/en/ (consulté le 4 mars 2015).

⁶ Voir section 6.14.3 du Cadre PIP. La contribution de partenariat est un versement annuel à l'OMS des fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux, par le biais du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte. Pour la période 2012-2016, 70 % des fonds de la contribution de partenariat seront affectés à des mesures de préparation et 30 % à la riposte en cas de grippe pandémique.

niveau pour la contribution de partenariat 2013-2016¹ et des analyses des lacunes en matière d'appui² ont été finalisés pour les domaines suivants du travail de préparation : renforcement des moyens de laboratoire et de surveillance ; charge de morbidité ; renforcement des moyens de réglementation ; communications à propos des risques ; et planification du déploiement. Le déboursement des fonds et la mise en œuvre des activités ont débuté pendant le deuxième trimestre 2014. La riposte à l'échelle de l'Organisation à l'épidémie de maladie à virus Ebola a eu une incidence sur cette mise en œuvre, notamment dans la Région africaine.

158. En novembre 2014, le Directeur général a approuvé les principes directeurs pour l'utilisation des fonds destinés aux activités de riposte de la contribution de partenariat,³ soumis par le Groupe consultatif sur le Cadre PIP, après consultation avec l'industrie et d'autres parties prenantes. Ces principes fournissent des orientations concernant l'utilisation des fonds de la contribution de partenariat réservés pour la riposte en cas de grippe pandémique.

159. Un portail pour la mise en œuvre de la contribution de partenariat⁴ a été mis au point pour renforcer la transparence et les obligations redditionnelles concernant l'utilisation des fonds de la contribution de partenariat.

160. **Données sur les séquences génétiques :** pour aider à l'examen des questions liées à la manipulation des données sur les séquences génétiques dans le contexte du Cadre PIP,⁵ le Groupe consultatif a mis en place un groupe d'experts techniques.⁶ En octobre 2014, ce Groupe consultatif a tenu une consultation technique avec des représentants des bases de séquences génétiques. Le travail de ce Groupe se poursuivra en 2015 et se concentrera sur l'étude et l'identification des caractéristiques optimales d'un système utilisable dans le contexte du Cadre PIP pour la manipulation de données sur les séquences génétiques de virus grippaux présentant un potentiel pandémique pour l'homme.

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

161. Le présent rapport donne un aperçu des activités menées par le Secrétariat depuis la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Il résume les conclusions de la seizième réunion du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique (Genève, 20-21 octobre 2014) et les travaux entrepris en vue de la consultation sur les incidences de l'utilisation et le potentiel des technologies de la biologie de synthèse pour la préparation à une éventuelle flambée de variole et la maîtrise de celle-ci.

¹ Voir http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimplan_17jan2014.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

² Voir http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

³ Voir annexe 5, http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

⁴ Voir <http://extranet.who.int/pip-pc-implementation/> (consulté le 4 mars 2015).

⁵ Voir Cadre PIP, section 5.2.4.

⁶ Voir http://www.who.int/influenza/pip/advirosy_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct2014.pdf?ua=1 (consulté le 4 mars 2015).

162. Le Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique a confirmé à sa seizième réunion qu'il avait supervisé le travail du programme autorisé de recherche utilisant du virus variolique. En 2014, huit projets, prolongement de propositions déjà approuvées, ont été évalués par le sous-comité scientifique du Comité consultatif et approuvés par le Secrétariat. Aucune nouvelle proposition de recherche impliquant du virus variolique vivant n'a été approuvée.

163. Le Comité consultatif a été saisi de rapports sur les collections de virus détenues dans les deux centres collaborateurs OMS qui sont des conservatoires autorisés de virus variolique.¹ Le Comité a également examiné des mises à jour sur l'utilisation de virus variolique vivant pour la mise au point de tests diagnostiques, deux modèles animaux, des vaccins antivarioliques, et des agents antiviraux et thérapeutiques. Les représentants de deux laboratoires pharmaceutiques ont décrit les progrès accomplis sur la voie de l'homologation de deux agents antiviraux candidats. Des progrès ont été faits en vue de l'essai et de l'homologation de nouveaux vaccins antivarioliques sans réplication qui pourraient convenir aux personnes immunodéprimées.

164. En 2014, une équipe OMS d'inspection de la sécurité biologique s'est rendue dans le conservatoire de virus variolique et a inspecté les installations de confinement biologique en Fédération de Russie. Une visite d'inspection aux États-Unis d'Amérique est programmée pour mai 2015. Le protocole utilisé est conforme à la norme CWA 15793 du Comité européen de normalisation sur la gestion des risques biologiques en laboratoire, qui couvre 16 éléments de la gestion des risques biologiques en laboratoire.

165. Des ampoules de verre contenant des échantillons de virus variolique stockées au milieu des années 1950 ont été retrouvées dans l'enceinte des National Institutes of Health des États-Unis d'Amérique. Elles ont été transportées au centre collaborateur OMS des Centers for Disease Control and Prevention. Les échantillons ont été détruits en février 2015 sous la supervision de l'OMS.

166. À la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014, l'OMS a été priée d'organiser une consultation sur l'utilisation et le potentiel des technologies de la biologie de synthèse sur la préparation à une éventuelle flambée de variole et sa maîtrise, afin d'informer de façon plus approfondie l'Assemblée de la Santé lors de son débat sur la programmation de la destruction des stocks existants de virus variolique. Ce processus de consultation est en cours et un groupe d'experts se réunira fin juin pour fournir une évaluation au Directeur général à la fin du mois de juin.

= = =

¹ L'un des conservatoires en question est le Centre de recherche d'État en virologie et biotechnologie de Koltsovo, région de Novossibirsk (Fédération de Russie). L'autre est le Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta (États-Unis d'Amérique).