



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

## Rapport du Secrétariat

### TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1) .....	2
C. Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (résolution WHA60.18) .....	3
D. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12) .....	5
E. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA59.19) .....	6
F. Renforcement des systèmes d'information sanitaire (résolution WHA60.27) .....	8
H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25) .....	9

---

<sup>1</sup> Les parties B, G, I, J et K seront publiées ultérieurement.

## **A. POLIOMYELITE : DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES SUSCEPTIBLES DE COMPROMETTRE L'ERADICATION**

1. Lors d'une urgente consultation des parties de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en février 2007, les participants ont adopté le principe d'une intensification des efforts en faveur de l'éradication pendant 24 mois ainsi que des indicateurs spécifiques permettant de suivre les progrès accomplis. En mai 2008, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA61.1, a instamment invité tous les Etats Membres où la poliomyélite reste présente à mobiliser à tous les niveaux les instances politiques et la société civile de manière à ce que tous les enfants soient systématiquement touchés et vaccinés lors de chaque tournée supplémentaire de vaccination antipoliomyélitique. Elle a aussi instamment invité le Nigéria à réduire le risque d'une propagation internationale du poliovirus en mettant rapidement fin à l'épidémie dans le nord du pays, et l'Afghanistan, l'Inde et le Pakistan à exécuter les opérations de ratissage à grande échelle nécessaires pour interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus. L'Assemblée de la Santé a en outre prié le Directeur général d'aider à mobiliser les ressources financières nécessaires pour mettre pleinement en oeuvre les activités d'éradication intensifiées et entreprendre les recherches nécessaires pour déterminer tous les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite.

2. En juin 2008, le Ministre nigérian de la Santé a mis sur pied un groupe spécial de haut niveau chargé d'améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires. Deux de celles-ci ont été organisées d'urgence dans les Etats du nord du pays en juillet et août 2008. La surveillance a révélé que la couverture lors de ces activités de vaccination restait encore nettement insuffisante, plus de 60 % des enfants n'étant toujours pas entièrement vaccinés (n'ayant reçu que trois doses ou moins de vaccin antipoliomyélitique oral). En raison de la poursuite de la flambée causée par un poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, le nord du Nigéria est la seule région où les trois sérotypes du poliovirus circulent encore. Depuis juin 2008, des poliovirus provenant du nord du Nigéria se sont propagés au Bénin, au Burkina Faso, au Niger et au Tchad.

3. En octobre 2008, l'Inde a confirmé que le poliovirus autochtone de type 1 n'avait pas été mis en évidence dans l'Etat de l'Uttar Pradesh pendant une période ininterrompue de 12 mois, confirmant la possibilité technique d'une éradication de la poliomyélite. Une nouvelle flambée due au poliovirus de type 1 à l'ouest de l'Uttar Pradesh, à la suite de l'importation du virus de l'Etat du Bihar à mi-2008, a fait ressortir la fragilité des progrès obtenus en raison de l'efficacité sous-optimale du vaccin antipoliomyélitique oral dans cette zone. Des activités de ratissage au moyen de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents sont toujours menées en moyenne toutes les six semaines à l'ouest de l'Uttar Pradesh et au centre du Bihar. De nouvelles méthodes visant à accroître l'efficacité des vaccins sont en cours d'évaluation afin d'accélérer l'éradication au nord de l'Inde.

4. Au Pakistan, et dans une moindre mesure en Afghanistan, le nombre de cas de poliomyélite a fortement augmenté depuis le milieu de 2008, la dégradation des conditions de sécurité ayant entraîné d'importants mouvements de population à grande échelle et des flambées dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite, notamment au Punjab. En conséquence, à la fin de l'année 2008 et au début de 2009, le Pakistan va augmenter le nombre des activités de vaccination supplémentaires nationales pour compléter les activités de ratissage dans les zones réservoirs connues, comme la province du Sindh où la couverture pendant les activités de vaccination supplémentaires reste sous-optimale malgré l'accès satisfaisant aux enfants. En Afghanistan, la poliomyélite continue de ne toucher en gros que trois des 34 provinces du pays où l'insécurité entrave les activités – une situation tragiquement illustrée par la mort récente de deux médecins et de leur chauffeur affectés par l'OMS à l'effort d'éradication de la poliomyélite.

5. La riposte aux flambées se poursuit dans les 10 pays ayant enregistré des cas associés à l'importation du poliovirus en 2008. Dans cinq de ces pays toutefois – Angola, Ethiopie, République démocratique du Congo, Soudan et Tchad –, la flambée s'est poursuivie pendant plus de 12 mois. Alors que le risque d'importation du poliovirus reste élevé dans le monde, 90 Etats Membres n'ont pas maintenu la surveillance de la paralysie flasque aiguë au niveau de la certification, comme il le faut pour la certification mondiale, et 39 n'ont pas maintenu une couverture vaccinale systématique supérieure à 80 % par le vaccin antipoliomyélitique oral comme l'a recommandé l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA61.1.

6. Les activités de mobilisation des ressources ont été renforcées afin de maintenir l'intensification de l'effort d'éradication en 2009-2010. En 2008, les pays d'endémie et un certain nombre de donateurs anciens et nouveaux ont apporté des ressources supplémentaires pour les activités d'éradication, d'importantes contributions portant sur plusieurs années ayant été annoncées par Rotary international, la Fondation Bill et Melinda Gates et plusieurs pays du G8, lesquels ont renouvelé leur engagement en faveur de l'éradication lors de leur Sommet 2008 (Hokkaido, Toyako, Japon, 7-9 juillet 2008). D'importantes activités de mobilisation des ressources se poursuivront afin d'assurer le financement complet de l'intensification de l'effort d'éradication.

7. Les nouvelles recherches sur la gestion des risques à long terme de réintroduction du poliovirus et de réémergence de la maladie portent notamment sur les points suivants : mise au point, mise à l'épreuve sur le terrain et introduction de l'amplification génique (PCR) en temps réel pour la détection plus rapide des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales ; huit études destinées à mieux caractériser les risques d'excrétion de poliovirus dérivés de souches vaccinales associée à une immunodéficience chronique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; recherche sur l'utilisation d'adjuvants, de doses plus réduites et de calendriers prévoyant moins de doses pour réduire le coût associé à l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques inactivés existants ; et projet de développement clinique relatif à la production d'un vaccin antipoliomyélitique inactivé préparé à partir de poliovirus de la souche Sabin.

8. En octobre 2008, le Directeur général a annoncé avoir demandé un examen indépendant des problèmes opérationnels que pose l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral à tous les enfants dans les dernières zones touchées par la poliomyélite. Les résultats de cet examen seront utilisés comme il conviendra pour résoudre ces problèmes.

### **C. PALUDISME, Y COMPRIS PROPOSITION D'INSTAURER UNE JOURNEE MONDIALE DU PALUDISME**

9. En janvier 2008, l'OMS a réuni un groupe d'étude chargé d'examiner les questions techniques constituant le fondement de la lutte contre le paludisme et d'étudier quelles étaient les possibilités d'éradiquer la maladie. Les réalisations de ces dernières années montrent que, si l'on développe rapidement des interventions efficaces contre le paludisme, il est possible de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité dues à cette maladie, dans des délais relativement courts, dans toutes les situations épidémiologiques. Toutefois, le paludisme ne peut être éradiqué avec les outils existants.

10. L'OMS travaille à tous les niveaux avec des partenaires comme l'UNICEF, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, l'Initiative du Président des Etats-Unis d'Amérique contre le paludisme et le groupe de travail sur l'harmonisation dans le cadre de l'Initiative Faire reculer le paludisme, en vue d'aider les pays à préparer des demandes pour les séries d'appels 7 et 8 dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le

sida, la tuberculose et le paludisme. Ce soutien a eu des résultats inédits : 70 % environ des demandes de financement présentées au niveau des pays pour la lutte contre le paludisme et son élimination ont abouti.

11. Le Secrétaire général des Nations Unies a annoncé la nomination de M. Raymond G. Chambers (Etats-Unis d'Amérique) au poste d'envoyé spécial pour la lutte contre le paludisme ; il a demandé qu'une action soit engagée pour répondre à l'objectif consistant à assurer une couverture universelle pour les principales interventions de lutte contre le paludisme en Afrique d'ici à la fin de 2010, et que des mesures soient prises en vue d'atteindre une mortalité proche de zéro pour les cas de paludisme évitables d'ici à 2015.

12. Des manifestations ont eu lieu dans le monde entier pour célébrer la première Journée mondiale contre le paludisme, dont le thème était *Le paludisme – une maladie sans frontières*, avec le soutien de l'ensemble des bureaux régionaux de l'OMS. Cette Journée a constitué un cadre idéal, grâce auquel les pays et les Régions ont pu accroître la sensibilisation et faire en sorte que les activités de mobilisation se poursuivent dans toutes les Régions.

13. Le 18 septembre 2008, le Directeur général a présenté officiellement le rapport sur le paludisme dans le monde (*World malaria report*)<sup>1</sup> ; selon ce rapport, il y aurait eu, d'après les estimations, 247 millions de cas de paludisme en 2006 et cette maladie aurait causé 881 000 décès cette année-là, essentiellement chez les enfants en Afrique. Au total, 91 % des décès ont eu lieu en Afrique, 85 % d'entre eux concernant des enfants de moins de cinq ans. Le rapport donne toutefois des informations solides indiquant que les mesures renforcées contre le paludisme mises en oeuvre au niveau mondial, depuis le début du millénaire, se sont accélérées ces dernières années.

14. Le Partenariat Faire reculer le paludisme a lancé le Plan d'action mondial contre le paludisme lors du Sommet de 2008 sur le paludisme, dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies.

15. Les engagements internationaux de financement de ce Plan d'action en 2008 sont notamment les suivants : engagement du Fonds mondial pour un montant de US \$1620 millions sur une période de deux ans, assorti d'un plan visant à distribuer 100 millions de moustiquaires supplémentaires ; engagement de la Banque mondiale pour un montant de US \$1100 millions et de la Fondation Bill et Melinda Gates pour un montant de US \$168,7 millions destiné à la recherche sur les vaccins ; enfin, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord s'est engagé à verser £40 millions qui doivent notamment servir à soutenir l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine.

16. Un certain nombre de problèmes majeurs en matière de ressources et de moyens continuent de se poser :

- L'insuffisance du financement des mesures de lutte contre le paludisme demeure une question importante dans certains pays qui ne disposent pas de crédits suffisants, ou ne gèrent pas les fonds disponibles de manière appropriée.

---

<sup>1</sup> Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : World malaria report 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

- Dans les pays où le paludisme est endémique, il convient de disposer de davantage de ressources humaines, aux niveaux de la gestion et des moyens techniques, pour mener les interventions dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.
- Alors que les demandes de soutien technique augmentent, les financements ne sont pas suffisants. L'OMS et ses partenaires sont donc confrontés au défi majeur que constitue le maintien de ressources humaines adéquates pour répondre aux besoins des pays.
- Les efforts importants nécessaires pour accroître la capacité des systèmes de santé devraient s'étendre aux communautés au lieu de se limiter aux services de santé.
- L'incidence du paludisme et le nombre de décès dus à cette maladie diminuant en de nombreux endroits, les systèmes de surveillance sont davantage sollicités pour le suivi des progrès réalisés.

#### **D. MISE EN OEUVRE PAR L'OMS DES RECOMMANDATIONS DE LA CELLULE MONDIALE DE REFLEXION POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES ORGANISMES MULTILATERAUX ET LES DONATEURS INTERNATIONAUX DANS LA RIPOSTE AU SIDA**

17. La vingtième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (Genève, 25-27 juin 2007) a demandé que soit créé un groupe de référence chargé de surveiller et mettre en oeuvre les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida. L'OMS a été désignée pour représenter les 10 organismes coparrainants de l'ONUSIDA à ce groupe de référence.

18. L'OMS a continué à travailler avec les pays pour améliorer la planification des ripostes nationales dans le domaine du VIH/sida, y compris l'élaboration de plans nationaux dans le secteur de la santé, qui soient conformes à la Stratégie et au Plan d'action de lutte contre le sida et au Partenariat international pour la santé, et aux actions s'y rattachant, notamment le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+).

19. L'OMS a participé à ce dernier processus afin de prêter son concours à l'élaboration du modèle pour le financement des programmes relevant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de stratégies nationales.

20. L'OMS a réexaminé ses activités relatives à l'infection à VIH, de façon à ce qu'elles correspondent à la répartition des tâches dans le cadre de l'ONUSIDA. Pour mieux définir son champ d'action, l'OMS collabore avec l'ONUSIDA et l'UNICEF sur un rapport de situation relatif au renforcement des interventions revêtant un caractère prioritaire dans le domaine du VIH/sida en vue d'assurer un accès universel ; ce rapport résumera les recommandations de l'OMS sur le plan pratique et technique pour chacune des interventions et fera état des ressources de l'Organisation et autres informations de manière à faciliter la prise de décision et la mise en oeuvre.

21. La répartition des tâches à l'ONUSIDA a été revue, le PNUD étant désormais l'organisme chef de file pour les questions touchant aux minorités sexuelles, et notamment les homosexuels masculins ; la répartition des responsabilités entre le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et le Secrétariat de l'ONUSIDA concernant l'infection à VIH dans les situations d'urgence humanitaires ou posant des problèmes sécuritaires est également clarifiée. Ces travaux ont donné lieu à une

collaboration accrue entre l'OMS, le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA sur les questions concernant les homosexuels masculins.

22. A la fin d'octobre 2008, des équipes communes des Nations Unies sur le sida avaient été créées dans 89 pays. L'OMS a contribué à la mise en place d'un processus d'examen annuel permettant de surveiller les résultats obtenus par ces équipes.

23. L'équipe mondiale mixte chargée de résoudre les problèmes et de soutenir la mise en oeuvre a redéfini son mandat en 2007 de façon à se concentrer sur les questions mondiales qui ont une incidence sur la mise en oeuvre des programmes au niveau des pays. Elle a arrêté un ensemble de principes applicable au soutien technique. Une base de données mondiale utilisable par l'intermédiaire du Web, dénommée coordination de l'appui technique à la lutte contre le sida, repose sur ces principes et vise à améliorer la planification et la coordination de cet appui.

24. L'OMS a renforcé son assistance technique aux pays de façon que les fonds soient bien utilisés. Un groupe de travail a été créé pour coordonner l'appui technique fourni par l'Organisation afin de permettre aux pays d'avoir accès aux subventions du Fonds mondial et de les utiliser. Par exemple, les bureaux de pays ont prêté une assistance à la totalité des 72 pays ayant présenté des propositions au Fonds mondial dans le cadre de la série d'appels 8. En outre, l'OMS a participé à des missions d'assistance technique concernant 52 pays pour appuyer l'élaboration de propositions, parmi lesquelles des missions conjointes avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OIT, l'UNICEF et le FNUAP.

25. L'OMS met actuellement en place des réseaux de partenaires techniques, dont les centres collaborateurs et les centres de connaissances de l'Organisation et autres, qui permettront de fournir une assistance technique coordonnée pour les interventions prioritaires dans le secteur de la santé.

26. Le financement du soutien technique n'a pas suivi la demande d'assistance émanant des pays ou des partenaires. Dans le cadre de la planification du budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA pour la période 2010-2011, il conviendra de réorienter les ressources de manière à financer l'appui technique aux pays de manière appropriée et à s'aligner pleinement sur la répartition des tâches convenue pour l'ONUSIDA.

## **E. STRATEGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

27. Depuis 2006, la Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (2006-2015) est présentée lors de conférences internationales, régionales et nationales, et un plan d'action destiné à en guider la mise en oeuvre a été établi en consultation avec les pays et les partenaires.

28. Au niveau mondial, 28 pays ont notifié qu'ils avaient renforcé le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles et actualisé les lignes directrices nationales relatives au traitement. Trente formateurs originaires de 10 Etats insulaires du Pacifique ont bénéficié d'une formation dans le domaine de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles dans le cadre d'un cours destiné aux formateurs, qui a eu lieu à Suva en octobre 2008.

29. Le dépistage de la syphilis pendant la grossesse a été intensifié au Brésil, en Chine, à Haïti, en Indonésie, à Madagascar, au Myanmar, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Pérou et à Sri Lanka. L'initiative pour l'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis dans les

---

Caraïbes a été approuvée et sera lancée en 2009. Certains pays d'Amérique latine ont institué une journée nationale pour l'élimination de la syphilis congénitale. Pour appuyer ces deux initiatives, l'OMS a diffusé les principes et la stratégie relatifs à l'élimination de la syphilis congénitale.

30. Le financement nécessaire a été obtenu pour un poste destiné à superviser les activités de surveillance au niveau mondial au Siège de l'OMS. La procédure visant à pourvoir ce poste est en cours. Un manuel de l'OMS actualisé sur la surveillance sera publié au début de 2009.

31. La surveillance de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antimicrobiens s'est améliorée dans les pays de la Région du Pacifique occidental et de la Région de l'Asie du Sud-Est ; les plans sont terminés pour la surveillance en Afrique, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes.

32. La Région du Pacifique occidental a normalisé les définitions et l'ensemble de données minimales pour la notification des cas d'infections sexuellement transmissibles. Dans la Région européenne, la formation des responsables de la surveillance de ces infections a été ajoutée aux tâches du Centre de connaissances chargé de la surveillance de l'infection à VIH au centre collaborateur de l'OMS en Croatie. Une analyse de situation des infections sexuellement transmissibles a été réalisée dans neuf pays de la Région de la Méditerranée orientale. En Amérique latine, 20 pays ont indiqué qu'ils avaient entrepris d'analyser les politiques nationales de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Un rapport sur les résultats de cette analyse sera diffusé, en langues anglaise et espagnole, sur le site Web de l'OMS. Les pays participants se sont engagés à mettre en oeuvre des mesures destinées à lutter contre les infections sexuellement transmissibles et à éliminer la syphilis congénitale.

33. S'inspirant des programmes sur l'utilisation des préservatifs à 100 % mis en place dans les pays d'Asie et du Pacifique, des initiatives ont été lancées en Afrique en vue d'améliorer la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et accroître l'utilisation des préservatifs par les professionnels du sexe. Le Viet Nam a institué un traitement présomptif périodique visant à lutter contre les infections sexuellement transmissibles dans deux sites, avec une population cible de 33 000 professionnels du sexe et d'homosexuels masculins.

34. L'OMS – le PNUD et l'ONUSIDA étant les organismes coparrainants – a organisé une consultation sur la question des homosexuels masculins et de la prévention et du traitement de l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (Genève, septembre 2008). L'OMS et les organismes coparrainants ont souligné combien il était urgent d'intensifier les interventions et de renforcer la surveillance dans ce groupe de population.

35. Le réseau mondial en ligne « Human Papillomavirus Vaccine Global Community »<sup>1</sup> a été mis en place en 2008, afin de permettre un échange de connaissances et de ressources concernant les vaccins. Le dépistage du cancer du col utérin par inspection visuelle à l'acide acétique et la cryothérapie se développent actuellement à Madagascar, au Malawi, au Nigéria, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie. L'OMS a publié quatre manuels portant sur la prévention du cancer du col utérin et sur les vaccins anti-papillomavirus humain. Ces manuels peuvent être consultés sur le site Web de l'Organisation.

36. Au niveau régional, la Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (2007-2015) dans la Région de l'Asie du Sud-Est et le Plan stratégique régional de lutte

---

<sup>1</sup> [http://hvp\\_vaccines.net](http://hvp_vaccines.net).

contre ces infections pour la période 2008 à 2012 dans la Région du Pacifique occidental ont été publiés. Le Cadre opérationnel Asie-Pacifique visant à relier les services de soins liés aux VIH/IST et les services de santé génésique, de santé des adolescents, de santé maternelle et de santé du nouveau-né et de l'enfant a été publié en 2008. Ces publications peuvent être consultées sur les sites Web régionaux respectifs de l'OMS. La Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour la période 2009 à 2015 a été approuvée par le Comité régional de la Méditerranée orientale en octobre 2008. La Stratégie et le Plan d'action régionaux de lutte contre le cancer du col utérin de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont été soumis au Comité régional des Amériques en septembre 2008. Les plans d'action régionaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour la Région européenne et la Région africaine sont en cours d'élaboration.

## **F. RENFORCEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE**

37. En tant que membre fondateur du Réseau de métrologie sanitaire, l'OMS a apporté un soutien régulier à la mise à jour du document intitulé « *Framework and Standards for Country Health Information Systems* ». Une deuxième édition du document, publiée en juin 2008, comporte d'importantes nouvelles contributions et rassemble les enseignements tirés dans les pays et auprès des partenaires, en particulier pour ce qui est de l'élaboration des méthodes et des normes de mise en oeuvre.<sup>1</sup>

38. Le cadre continue à évoluer et de nouvelles contributions apparaîtront dans une troisième édition. La mise à jour du cadre s'inspire également des travaux du Réseau de métrologie sanitaire sur la mise en oeuvre dans les six pays dits « de la première vague » (Belize, Cambodge, Ethiopie, République arabe syrienne, Sierra Leone et Zambie).<sup>2</sup> Dans un tel contexte, le Directeur général et les partenaires ont soutenu avec succès les efforts du Réseau de métrologie sanitaire pour donner un nouvel élan au système d'information sanitaire de la Sierra Leone.

39. L'OMS a apporté son aide à 46 pays afin qu'ils entreprennent une évaluation visant à identifier les insuffisances des systèmes d'information sanitaire. Ces évaluations, auxquelles ont participé un grand nombre de parties prenantes dans les pays, se sont appuyées sur les outils inspirés du cadre. En outre, 37 pays se trouvent désormais à un stade avancé de l'élaboration de plans à long terme, dont les budgets sont établis, afin de remédier aux insuffisances de leurs systèmes d'information sanitaire respectifs.

40. L'OMS a soutenu le Réseau de métrologie sanitaire dans l'établissement d'un mécanisme mondial d'assistance technique visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire, dont les activités ont débuté en octobre 2008. Plus de 65 pays de toutes les Régions devraient bénéficier de ce mécanisme.

41. Une étude menée dans 65 pays en juillet 2008 a permis de constater que les travaux du Réseau de métrologie sanitaire ont contribué à améliorer la coordination des systèmes d'information sanitaire au sein des pays moyennant l'application du cadre. En particulier, les pays ont fait état d'une

---

<sup>1</sup> OMS : Réseau de métrologie sanitaire, *Framework and Standards for Country Health Information Systems* [Cadre et normes pour les systèmes d'information sanitaire dans les pays], deuxième édition, Genève, juin 2008.

<sup>2</sup> Les pays dits « de la première vague » sont des pays prioritaires pour le financement et l'assistance technique fournis par le Réseau de métrologie sanitaire.

amélioration de la collaboration entre les offices nationaux de statistiques et les ministères de la santé. Une meilleure coordination permettra de réduire la fragmentation et contribuera à promouvoir un système d'information sanitaire unique à l'échelle du pays. Les pays ont également indiqué qu'il y avait eu une augmentation des ressources nationales allouées au renforcement des systèmes d'information sanitaire entre 2006 et 2008.

42. Les bureaux régionaux OMS, les bureaux de l'OMS dans les pays et le Réseau de métrologie sanitaire ont conjointement aidé 12 pays à établir des demandes à l'intention du Fonds mondial pour financer les interventions relatives aux systèmes d'information sanitaire dans le cadre de la série 8. Il est prévu d'apporter un soutien similaire aux pays dans le cadre de l'appel à propositions de la série 9 du Fonds mondial.

43. L'OMS et le Réseau de métrologie sanitaire ont commencé à préparer une réunion mondiale consacrée à l'information sanitaire, qui est prévue pour 2010.

## **H. STRATEGIE POUR L'INTEGRATION DE L'ANALYSE DES SPECIFICITES DE CHAQUE SEXE ET D'UNE DEMARCHE SOUCIEUSE D'EQUITE ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LES ACTIVITES DE L'OMS**

44. Des progrès notables ont été accomplis dans la mise en oeuvre des quatre orientations stratégiques figurant dans la Stratégie de l'OMS relative à l'équité entre hommes et femmes. Pour ce qui est de la première orientation stratégique – Développer les moyens dont dispose l'OMS d'analyser les spécificités de chaque sexe et d'en tenir compte dans la planification –, des activités ont été mises en oeuvre afin de renforcer les capacités sur la sexospécificité, les femmes et la santé, y compris en fournissant des soins qui tiennent compte des spécificités de chaque sexe. Plus de 215 administrateurs de la santé venant de plus de 30 pays différents ont reçu une formation à l'analyse des spécificités de chaque sexe et à l'élaboration de mesures adaptées à celles-ci ; 59 personnes ont ainsi été formées au moyen du projet d'instrument relatif aux spécificités de chaque sexe et au VIH, conçu pour aider les directeurs de programmes VIH/sida du secteur de la santé à intégrer ces spécificités dans les programmes. Les activités de formation ont permis la création de réseaux durables afin de soutenir les efforts au niveau national. Des travaux sont en cours pour mettre la dernière main à un cours sur support informatique destiné à tout le personnel de l'OMS sur l'intégration des spécificités de chaque sexe, à un autre cours sur le problème de la violence à l'encontre des femmes dans les situations d'urgence, ainsi qu'à un module sur la prestation de soins de santé respectueux des spécificités hommes-femmes.

45. Les avancées relatives à la deuxième orientation stratégique – Tenir compte des différences entre hommes et femmes dans la gestion de l'OMS – incluent l'intégration du principe d'équité entre les sexes dans la planification opérationnelle et le soutien systématique et/ou la collaboration régulière des 17 programmes et Départements sélectionnés incluant l'ensemble des objectifs stratégiques de l'Organisation. Afin de soutenir les pays, outre la formation, le guide électronique pour les stratégies de coopération des pays en développement a été mis à jour afin de refléter le besoin d'intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités. De nouveaux instruments permettant d'évaluer les droits de l'homme et les considérations d'égalité hommes-femmes dans les plans nationaux du secteur de la santé sont en cours d'élaboration et ont fait l'objet d'essais pilotes dans deux Régions.

46. Certaines avancées ont été obtenues pour la troisième orientation stratégique – Encourager l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités hommes-femmes –, parmi

lesquelles figurent les premiers travaux d'analyse des spécificités hommes-femmes dans le cadre de l'enquête sur la santé dans le monde, de l'approche STEPS<sup>1</sup> de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, de l'enquête sanitaire mondiale menée dans les écoles, et de l'accès aux services sanitaires et de leur utilisation. Certaines Régions ont inclus la ventilation des données par sexe dans leur examen des statistiques sanitaires ; d'autres renforcent les capacités des pays à collecter et à analyser des données sanitaires qui soient ventilées par sexe, âge et en fonction d'autres variables pertinentes, telles que l'appartenance ethnique.

47. La mise en oeuvre de la dernière orientation stratégique – La responsabilisation – a débuté par l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation et d'un mécanisme d'évaluation de référence auxquels ont participé plus de 2000 membres du personnel de l'OMS dans toutes les Régions et au Siège. Les premières constatations laissent penser que le personnel professionnel a une bonne connaissance des questions d'équité entre hommes et femmes. Les domaines où des améliorations peuvent être apportées sont les suivants : l'application de l'analyse des spécificités de chaque sexe ; l'amélioration du soutien institutionnel ; la promotion systématique et l'utilisation des données ventilées par sexe et de l'analyse des spécificités de chaque sexe dans les publications clés de l'OMS ; il convient en outre de veiller à ce que les principaux discours prononcés par le personnel de direction reflètent l'engagement en faveur de l'égalité entre les sexes. Certains membres des équipes de direction incorporent dans la gestion des services du personnel des objectifs qui reflètent la responsabilisation pour l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes. Des travaux plus approfondis sont nécessaires pour veiller à ce que l'Organisation applique de manière universelle cette pratique.

48. Le Réseau genre, femmes et santé du Secrétariat a facilité la mise en oeuvre de la résolution WHA60.25 dans la Région africaine, où un atelier a réuni en Afrique centrale 11 pays dans le but d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale pour la santé des femmes, soulignant l'importance de l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes en tant que stratégie permettant de parvenir à une meilleure santé pour les femmes. Dans la Région des Amériques, la résolution est mise en oeuvre conformément à la politique d'égalité entre les sexes de l'OPS. Un plan d'action régional et des plans d'action préalables au niveau national, visant à l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans 13 pays, ont également été mis au point.

49. La Région de la Méditerranée orientale a intégré les considérations liées à l'égalité hommes-femmes dans le cadre de la gestion fondée sur les résultats et a formé des responsables de la santé de neuf pays à l'analyse des spécificités de chaque sexe et à l'élaboration de mesures soucieuses d'équité entre hommes et femmes. La Région européenne s'attache à veiller à une institutionnalisation de l'égalité hommes-femmes et à sa prise en compte en tant que déterminant social majeur de la santé. La Région de l'Asie du Sud-Est a élaboré des orientations stratégiques régionales et formé le personnel de l'OMS ainsi que les partenaires clés en provenance de huit pays à l'analyse des spécificités de chaque sexe et à la mise au point de mesures correspondantes. La Région du Pacifique occidental a axé ses travaux sur la santé génésique, en particulier à l'intention des jeunes, et sur une formation aux questions d'équité et de droits hommes-femmes qui a réuni des participants en provenance de 10 pays.

= = =

---

<sup>1</sup> L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance (STEPS) est une méthode simple et normalisée permettant de collecter, d'analyser et de diffuser des données dans les Etats Membres.