



Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Lutte contre les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA52.24)	2
B. Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA (résolution WHA57.14)	3
C. Médecine traditionnelle (résolution WHA56.31)	5
D. Mise en oeuvre des recommandations du <i>Rapport mondial sur la violence et la santé</i> (résolution WHA56.24)	8
E. Participation du secteur de la santé au niveau mondial à l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (résolution WHA56.22)	9
F. Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (résolution WHA57.19)	11
G. Promotion de la santé et modes de vie sains (résolution WHA57.16)	12
Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé	14

A. LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE¹

1. Au cours des dix dernières années, des progrès considérables ont été faits en vue d'éliminer la carence en iode, et le nombre de pays où celle-ci constitue un problème de santé publique a diminué de plus de moitié depuis 1993, puisqu'ils n'étaient plus que 54 en 2004. L'apport d'iode est désormais suffisant ou plus que suffisant dans 72 pays² et est même excessif dans 5 d'entre eux, ce qui expose les groupes vulnérables au risque d'hyperthyroïdie. L'apport d'iode est encore insuffisant dans 54 pays, mais l'on ne dispose pas de données pour 66 pays (représentant 9 % de la population mondiale seulement). Dans l'ensemble, 2 milliards de personnes ont un apport en iode insuffisant, pour la plupart dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental.

2. La principale stratégie pour lutter contre la carence en iode est l'iodation universelle du sel. Dans les communautés à haut risque qui ont peu de chances d'avoir accès à du sel iodé, on recommande l'iodation de l'huile. Plus de 100 pays sont désormais dotés de programmes d'iodation du sel contre quelques-uns seulement dans les années 90 et 67 % des ménages dans le monde consomment du sel de table iodé. Cette proportion est supérieure à 90 % dans 28 pays contre 19 il y a cinq ans.³ Dans la plupart des pays, l'utilisation de sel iodé dans les aliments transformés n'est pas obligatoire et est même réglementée.

3. La surveillance de la concentration du sel en iode exige une collaboration entre le secteur de la santé et l'industrie du sel. Des ateliers interpays coparrainés par l'OMS, l'UNICEF et l'initiative en faveur des micronutriments ont été organisés afin de sensibiliser et de mobiliser les producteurs de sel.⁴ L'OMS et l'UNICEF évaluent actuellement des nécessaires d'épreuves destinés à contrôler la teneur en iode du sel avec l'appui des Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Georgie, Etats-Unis d'Amérique). C'est parce que, dans de nombreux pays souffrant de carence en iode, les moyens de laboratoire dont disposent les programmes de lutte sont souvent insuffisants pour contrôler le bilan iodé, que le Réseau de laboratoires internationaux de référence pour l'iode a été créé en 2001 afin de renforcer la capacité des laboratoires à mesurer avec exactitude la teneur en iode de l'urine et du sel dans chacune des Régions de l'OMS. Il existe au moins un laboratoire de référence participant au Réseau, dans lequel des séances régionales de formation ont été organisées.⁵

4. En 2002, avec l'appui technique du Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, l'OMS et l'UNICEF ont commencé à évaluer les programmes nationaux afin d'apprécier les progrès de l'élimination des troubles dus à une carence en iode en tant que problème de santé publique. Treize programmes ont jusqu'ici été ainsi examinés.⁶

¹ Le présent rapport est présenté en application de la résolution WHA52.24.

² L'apport d'iode, dérivé de la concentration urinaire médiane en iode (UI) peut être « suffisant » (100 µg/l < UI < 199 µg/l), « plus que suffisant » (200 µg/l < UI < 299 µg/l) ou « excessif » (UI > 300 µg/l) ; base de données mondiale OMS sur la carence en iode, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf>).

³ Base de données mondiale de l'UNICEF sur la consommation de sel iodé, 2000-2003 (<http://www.childinfo.org/eddb/idd/database.htm>).

⁴ Kenya (Mombasa, 2000), Thaïlande (Bangkok, 2000), Ukraine (Kiev, 2001), Fédération de Russie (Moscou, 2002).

⁵ Afrique du Sud, Australie, Chine, Guatemala, Inde, République islamique d'Iran.

⁶ Bhoutan, Cambodge, Chine, Ex-République yougoslave de Macédoine, Indonésie, Malaisie, Mongolie, Panama, Pérou, République démocratique populaire lao, Thaïlande, Turkménistan et Viet Nam.

5. La collaboration entre les secteurs qui participent à la lutte contre la carence en iode est indispensable. En 2000, des comités nationaux intersectoriels ont été créés dans 81 % des pays et en 2002, le Réseau pour l'élimination durable de la Carence en Iode¹ a été créé pour soutenir les efforts nationaux d'accélération de l'élimination des troubles dus à une carence en iode en favorisant la collaboration entre le secteur public et le secteur privé ainsi qu'entre organisations scientifiques et de la société civile. Des conférences régionales² ont été organisées pour mobiliser et renforcer la collaboration avec les principaux partenaires.

6. L'élimination des troubles dus à une carence en iode est un but essentiel de santé publique en raison de ses conséquences pour le développement économique et social et la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies dans le domaine de la santé. Le défi consiste à renforcer les programmes d'iodation du sel dans les 54 pays touchés où ce n'est pas encore fait tout en assurant la viabilité à long terme des programmes de lutte dans les autres. Les principaux obstacles sont liés à la distribution du sel iodé, notamment aux populations les plus vulnérables, à l'engagement des petits producteurs de sel, au suivi des programmes et à l'adéquation et à l'application de la législation pertinente.

B. DEVELOPPER LE TRAITEMENT ET LES SOINS DANS LE CADRE D'UNE RIPOSTE COORDONNEE ET GLOBALE AU VIH/SIDA

7. A la demande des Etats Membres, le Secrétariat de l'OMS a dépêché 31 équipes pour aider à élargir l'accès au traitement antirétroviral et à renforcer les programmes de prévention. Conformément à la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, l'OMS encourage, par son appui technique, une action globale du secteur de la santé afin que les améliorations apportées aux infrastructures sanitaires renforcent les systèmes de santé dans leur ensemble.

8. Les donateurs ont fourni 83 % du budget dont l'OMS a besoin pour mener à bien son programme VIH/SIDA pendant l'exercice en cours. Près de 87 % des ressources ont été consacrées à des activités menées au niveau des pays et au niveau régional, contre 34 % lors de l'exercice précédent. Du personnel a été recruté dans plus de 40 pays, dont la moitié dans la Région africaine, pour aider à étendre les activités.

9. Des statistiques et des cartes détaillées concernant la couverture par les services de santé sont établies dans certains pays. Les pays qui cherchent à améliorer leur système de surveillance du VIH/SIDA bénéficient d'un appui qui comprend formation et mise au point d'outils. Le Secrétariat de l'OMS collabore également avec le Réseau mondial de surveillance de la pharmacorésistance du VIH, qui relie des techniciens de laboratoire, des cliniciens et des épidémiologistes afin de détecter une éventuelle pharmacorésistance du VIH et de réagir en conséquence.

10. Les Secrétariats de l'OMS et de l'ONUSIDA ont créé un groupe spécial commun chargé de déterminer avec exactitude le nombre de personnes sous traitement antirétroviral et de ventiler les

¹ Avec des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, des Centers for Disease Control and Prevention et de l'Université Emory (Etats-Unis d'Amérique), du Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, de l'initiative pour les micronutriments, de Kiwanis International, de EuSalt, du Salt Institute et de l'Association chinoise des Producteurs de Sel.

² Coparrainées par l'OMS, l'UNICEF, le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode et l'initiative pour les micronutriments en Chine (Beijing, 2003), au Pérou (Lima, 2003) et au Sénégal (Dakar, 2004).

données par sexe et par âge pour savoir si l'élargissement de l'accès au traitement se fait de manière équitable. Des orientations générales ont été publiées à l'intention des administrateurs de programme sur des questions d'éthique, d'équité et d'accessibilité du traitement antirétroviral.¹

11. Le Service de médicaments et de produits diagnostiques concernant le SIDA, initiative conjointe de l'OMS et de partenaires tels que l'UNICEF, la Banque mondiale, le FNUAP et l'International Dispensary Association, devrait permettre aux pays en développement d'accéder plus facilement aux produits pharmaceutiques et diagnostiques. Un projet de présélection administré par le Secrétariat de l'OMS fournit un appui pour l'achat de médicaments de grande qualité contre le VIH/SIDA. Les produits sont soumis à des contrôles d'innocuité, d'efficacité et de qualité ; les sites qui fabriquent les principes actifs et les produits pharmaceutiques finis ainsi que les organismes de recherche auxquels sont sous-traitées des études de bioéquivalence sont inspectés. Le Secrétariat de l'OMS a commencé à publier des rapports d'évaluation des produits, et les résultats des inspections des sites de production seront bientôt rendus publics.²

12. Le Secrétariat de l'OMS a constitué un nouveau groupe spécial sur le VIH et la tuberculose qui a pour mission de prêter son concours à plusieurs pays dont le programme national de lutte antituberculeuse fonctionne bien pour qu'ils y intègrent le traitement antirétroviral et de réunir des informations sur les approches couronnées de succès dans le but de les appliquer plus largement.

13. Le Secrétariat de l'OMS et les partenaires ont mis au point une série de modules de formation aux soins cliniques pour intégrer le traitement antirétroviral aux soins de santé primaires dans les structures de premier et de deuxième niveau.³ Ces modules devraient permettre de transférer le traitement et les soins dispensés par les médecins au personnel infirmier et à d'autres agents de santé, et d'encourager les membres de la communauté, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'autres non-professionnels à participer aux soins. Le Secrétariat de l'OMS aide à les mettre rapidement en application et à regrouper des experts régionaux qui collaboreront à la formation.

14. Afin d'améliorer la coordination et de garantir la cohérence avec les trois principes, les Secrétariats de l'OMS et de l'ONUSIDA, associés à d'autres coparrainants de l'ONUSIDA, ont lancé un projet modèle de collaboration intensifiée avec, pour commencer, dix des pays visés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Le Secrétariat de l'OMS continue de collaborer avec le programme multipays VIH/SIDA de la Banque mondiale et son projet d'accélération du traitement contre le VIH/SIDA, et d'apporter un appui technique pour présenter des demandes au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et utiliser les fonds qu'il octroie. Un soutien spécial a été apporté aux pays qui ont des résultats médiocres afin d'accroître la mise en oeuvre de ces mesures.

15. Plusieurs séries de recommandations ont été publiées, notamment sur le traitement antirétroviral et la nutrition chez les femmes vivant avec le VIH et la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson, ainsi que sur les méthodes de dépistage rapide du virus en milieu déshérité.⁴

¹ *Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

² WHO Public Assessment Reports et WHO Public Inspection Reports.

³ Recommandations intégrées de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de traitements antirétroviraux dans le cadre des soins de santé primaires. Document WHO/CDS/IMAI 2004.1-2004.5.

⁴ Voir le site www.who.int/3by5/publications.

16. En janvier 2005, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié le deuxième rapport de situation sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »¹ qui constatait que l'objectif fixé pour décembre 2004 avait été atteint : selon les estimations, 700 000 habitants des pays en développement recevaient un traitement antirétroviral à cette date. A sa cent quinzième session, le Conseil exécutif a examiné un rapport de situation sur la mise en oeuvre de la résolution WHA57.14. Les membres se sont félicités de la création du programme VIH/SIDA et systèmes de santé qui a pour but de répertorier les obstacles qui, au niveau des systèmes de santé, empêchent d'étendre le traitement et le soin et de prévoir l'impact sur le reste du système ou d'apporter des solutions. Ils ont exprimé la nécessité de réunir davantage de données afin de mieux suivre les progrès et de renforcer les moyens techniques dont disposent les pays.²

17. En février 2005, l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont accueilli conjointement une consultation internationale chargée d'envisager un financement durable pour le traitement et les soins concernant le VIH sur la durée de la vie, et notamment les conséquences de la facturation à l'utilisateur, et des politiques permettant d'assurer la viabilité à long terme pour les programmes et les systèmes. Les pays reçoivent maintenant un appui pour l'élaboration de stratégies de financement à long terme qui garantissent que les ressources dégagées pour le VIH/SIDA contribuent à faire progresser l'ensemble du système de santé. Le programme VIH/SIDA et systèmes de santé contribue à cet appui et aide également à l'élaboration de stratégies nationales à plus long terme en matière de ressources humaines pour le secteur de la santé. Le Secrétariat de l'OMS a par ailleurs affiné l'approche type du traitement du VIH/SIDA en définissant l'ensemble minimal d'interventions nécessaires pour la prise en charge à long terme du VIH/SIDA, la prévention étant mieux intégrée dans la prestation de services.

C. MEDECINE TRADITIONNELLE

18. Par la résolution WHA56.31, les Etats Membres ont été instamment priés d'adapter, d'adopter et de mettre en oeuvre en tant que base des programmes nationaux la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle, dont les quatre grands objectifs sont l'élaboration d'une politique, l'amélioration de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité, la garantie d'accès et la promotion de l'usage rationnel.³ Le Directeur général était également prié de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution.

Elaboration d'une politique

19. Afin d'obtenir des renseignements de base permettant de suivre les progrès réalisés, le Secrétariat de l'OMS a mené en 2003 une enquête mondiale sur les politiques appliquées en matière de médecine traditionnelle et de médecine complémentaire ou parallèle ainsi que sur la réglementation applicable aux médicaments à base de plantes. A partir des résultats,⁴ le Secrétariat a créé une base de données mondiale contenant les informations communiquées par 141 Etats Membres, qui seront mises

¹ Organisation mondiale de la Santé. « 3 millions d'ici 2005 » *rapport de situation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA, 2005 (sous presse).

² Voir le document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 6 (version française en préparation).

³ Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. Document WHO/EDM/TRM/2002.1. Disponible dans la salle de réunion et consultable sur le site <http://www.who.int/medicines/library/trm/strategytrm.shtml>.

⁴ Rapport récapitulatif sur l'enquête mondiale de l'OMS concernant les politiques nationales en matière de médecine traditionnelle et de réglementation des médicaments à base de plantes (sous presse).

à la disposition des autorités sanitaires nationales. Actuellement, 45 Etats Membres sont dotés d'une politique nationale en la matière et 51 sont en train d'en formuler une.

Amélioration de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité

20. Les médicaments à base de plantes sont les remèdes les plus utilisés en médecine traditionnelle et dans les médecines apparentées. Une réglementation nationale est indispensable si l'on veut garantir leur qualité ainsi que l'efficacité et l'innocuité de leur utilisation. Le Secrétariat a organisé au total dans toutes les Régions sept ateliers de formation régionaux ou nationaux qui avaient pour but de renforcer les capacités nationales de réglementation des médicaments à base de plantes et auxquels ont participé des représentants de 85 Etats Membres. Par la suite, la Région africaine et les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont fixé des critères minimaux au niveau régional pour la réglementation applicable aux médicaments à base de plantes. Ceux-ci font aujourd'hui l'objet d'une réglementation dans 92 Etats Membres, et une réglementation est envisagée dans 42 autres. Une approche harmonisée de la réglementation au niveau régional ou sous-régional a été mise au point dans la Région des Amériques, dans la Région de l'Asie du Sud-Est, dans la Région européenne et dans la Région du Pacifique occidental.

21. Le Secrétariat continue à établir de nouvelles lignes directrices et à mettre à jour celles qui existent déjà afin d'améliorer la qualité des médicaments à base de plantes et d'en surveiller l'innocuité.¹ Il s'agit notamment de lignes directrices sur la surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes dans les systèmes de pharmacovigilance ainsi que sur les contaminants et les résidus ; les lignes directrices qui complètent les bonnes pratiques de fabrication des médicaments à base de plantes sont en cours d'actualisation.

22. Pour guider les Etats Membres, le Secrétariat a entrepris, avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle, d'autres instituts de recherche compétents² et des organisations non gouvernementales, de rassembler des renseignements fondés sur des bases factuelles concernant l'efficacité et l'innocuité des traitements de la médecine traditionnelle et des médecines apparentées, notamment contre le SRAS par exemple.³

Garantie d'accès

23. L'OMS a publié en 2003, en collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, des lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière de culture et de collecte des plantes médicinales.⁴ Elles ont pour but d'encourager la conservation et l'utilisation durables des plantes médicinales et aussi de contribuer à l'assurance et au

¹ *WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible sur demande ainsi que sur le site http://www.who.int/medicines/organization/trm/guidelines/herbal_medicines_summary.shtml.

² Cinquante-sept pays possèdent un comité national d'experts de la médecine traditionnelle et des médecines apparentées, 37 un institut de recherche sur la médecine traditionnelle et 43 un institut de recherche sur les médicaments à base de plantes.

³ *SARS clinical trials on treatment using a combination of traditional Chinese medicine and Western medicine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible sur le site [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546433_\(1862KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546433_(1862KB).pdf).

⁴ *WHO guidelines on good, agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Disponible dans la salle de réunion et sur le site <http://www.who.int/medicines/library/trm/medicinalplants/agricultural.shtml>.

contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes. Plusieurs Etats Membres s'en servent déjà pour établir leurs propres lignes directrices nationales, et la CNUCED les utilise dans ses projets de formation. Le Secrétariat est d'autre part en train d'établir des lignes directrices analogues sur *Artemisia annua* L. pour aider à mettre au point des thérapies associées à base d'artémisinine. Les lignes directrices préparées en collaboration avec plusieurs organisations non gouvernementales sur la conservation des plantes médicinales sont en cours d'actualisation.

Promotion de l'usage rationnel

24. **Usage rationnel par les dispensateurs.** Plusieurs gouvernements ont pris des mesures pour veiller à ce que la médecine traditionnelle soit pratiquée sans risque. Ainsi, la médecine traditionnelle commence à être inscrite dans les programmes obligatoires des écoles de médecine ; les lignes directrices de l'OMS en matière de formation servent de base à la réglementation nationale concernant la pratique de l'acupuncture par les médecins ;¹ enfin, des législations nationales sont en préparation concernant l'autorisation de pratiquer la médecine traditionnelle et les médecines apparentées.

25. L'OMS est en train de préparer des guides pédagogiques de base sur la chiropractie et les phytothérapies. D'autres monographies de l'OMS sur diverses plantes médicinales sont en cours de publication.² Le Secrétariat aide actuellement à préparer des monographies sur les plantes médicinales couramment utilisées dans les Nouveaux Etats indépendants.

26. **Usage rationnel par les consommateurs.** Le Secrétariat a publié des lignes directrices pour aider les pays à donner aux consommateurs des informations fiables sur la médecine traditionnelle et les médecines apparentées.³ L'idée est de donner aux consommateurs les moyens de décider en connaissance de cause s'ils vont faire appel ou non à cette forme de médecine.

Autres mesures

27. Malgré les progrès notables réalisés en ce qui concerne l'utilisation appropriée de la médecine traditionnelle, l'enquête faite dans le monde a permis de dégager à la fois des problèmes communs et des besoins spécifiques de chaque pays. Profitant de l'enquête, un certain nombre d'Etats Membres ont demandé au Secrétariat de l'OMS de continuer à fournir un appui technique conformément à la stratégie qu'elle a adoptée pour la médecine traditionnelle.

D. MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTE

28. Par la résolution WHA56.24, les Etats Membres ont été instamment invités à faire connaître le *Rapport mondial sur la violence et la santé*,⁴ à désigner au ministère de la santé un centre de liaison pour la prévention de la violence et à établir un rapport sur la violence et la prévention de la violence.

¹ Accessible sur le site <http://www.who.int/medicines/library/trm/acupuncture/who-edm-trm-99-1/who-edm-trm-99-1en.shtml>.

² On trouvera les monographies sur le site <http://www.who.int/medicines/library/trm/medicinalplants/monographs.shtml>.

³ Accessible sur le site <http://www.who.int/medicines/library/trm/medicinalplants/consumer.shtml>.

⁴ *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Dans cette même résolution, le Directeur général était prié d'aider les Etats Membres à appliquer des mesures destinées à prévenir la violence.

29. Un guide qui expose en détail les mesures à prendre pour mettre en oeuvre les recommandations formulées dans le rapport a été publié.¹ Ces instruments, tout comme d'autres qui ont trait à la prévention de la violence, ont été largement diffusés dans le cadre de la campagne mondiale pour la prévention de la violence lancée par l'OMS.

30. Dans toutes les Régions, les Etats Membres ont fait connaître le rapport à l'occasion de manifestations nationales et d'ateliers sur la prévention de la violence auxquels ont participé différents ministères, des organisations non gouvernementales, des instituts de recherche et des organisations du système des Nations Unies. En février 2005, plus de 40 pays avaient officiellement présenté le rapport et plus de 50 avaient désigné un centre de liaison au ministère de la santé ; 4 avaient établi un rapport national sur la violence et la santé et 14 prévoyaient d'établir de tels rapports en 2005-2006.

31. Des lignes directrices ont été établies par l'OMS en collaboration avec les partenaires mondiaux pour la surveillance et l'organisation d'enquêtes sur les traumatismes liés à la violence, pour faire connaître les programmes de prévention de la violence, pour mettre en oeuvre les recommandations du rapport et, enfin, pour enseigner les mesures de prévention de la violence et des traumatismes à divers publics dans différents contextes. Le Secrétariat de l'OMS a collaboré avec des experts de toutes les Régions pour établir des lignes directrices concernant les soins essentiels aux victimes de traumatismes et les services médico-légaux auxquels peuvent faire appel les victimes de violences sexuelles. L'OMS a publié un rapport sur les aspects économiques de la violence interpersonnelle,² et elle est en train de préparer avec les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, un manuel qui permettra d'estimer le poids économique de la violence dans ce pays.

32. Le Secrétariat collabore avec des ministères de plusieurs pays pour mettre sur pied aux niveaux national et local des programmes de prévention de la violence. Il a entrepris des recherches afin d'aider à mettre au point des approches fondées sur des bases factuelles pour la prévention de la violence et l'organisation de services aux victimes. Un projet est en cours dans plusieurs pays pour faire connaître les programmes de prévention de la violence, et un projet conjoint OMS/PNUD est en train d'évaluer au Brésil et à El Salvador les programmes visant à prévenir la violence armée. Une étude multipays menée par l'OMS sur la violence dirigée contre les femmes a fait intervenir huit pays de quatre Régions de l'OMS. Plusieurs pays sont en train de faire des analyses de situation pour améliorer les services médicaux et juridiques en faveur des victimes de violences sexuelles.

33. L'Alliance mondiale pour la prévention de la violence interpersonnelle, fondée en janvier 2004 par plusieurs Etats Membres et institutions, est en train d'intégrer une approche scientifique de la prévention de la violence dans la coopération internationale pour le développement et offre un réseau mondial pour les échanges d'information et le renforcement des capacités. Un consortium international de groupes représentant la société civile et les milieux scientifiques va créer une association internationale pour la prévention de la violence et des traumatismes. Le Secrétariat a continué à faciliter la collaboration entre les Secrétariats des autres organisations du système des Nations Unies qui s'occupent de la prévention de la violence et, en 2004, il a créé un site Internet pour

¹ *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

² *The economic dimensions of interpersonal violence.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

faire connaître à l'intérieur du système les ressources existantes pour prévenir la violence.¹ Le Secrétariat de l'OMS participe, avec le Secrétariat de l'UNICEF et celui du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, aux travaux du comité directeur de l'étude entreprise par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur la violence dirigée contre les enfants. L'OMS a collaboré avec le Conseil de l'Europe à la rédaction d'une résolution et de recommandations relatives à la prévention de la violence dans la vie quotidienne qui ont été adoptées en novembre 2004. En 2003, l'Union africaine a approuvé les recommandations contenues dans le rapport et a demandé aux Etats Membres de faire de 2005 l'Année africaine de la prévention de la violence.² Le Secrétariat de l'OMS collabore avec le Secrétariat de l'Union africaine aux initiatives destinées à marquer cette Année en préparant un rapport sur la violence et la santé en Afrique ainsi qu'une stratégie de prévention à long terme.

34. Même si d'énormes progrès ont été réalisés au niveau de la sensibilisation, de la préparation de lignes directrices et de l'intégration des recommandations sur la prévention de la violence dans les démarches politiques, ces activités doivent être renforcées, tout comme la mise en oeuvre des programmes de prévention appliquée. Les Etats Membres sont encouragés à désigner des centres de liaison et à établir un rapport national, s'ils ne l'ont pas déjà fait, et à continuer d'investir dans la mise en place de systèmes et services multisectoriels selon les grandes lignes esquissées dans le rapport. Le Secrétariat de l'OMS continuera à faire oeuvre de pionnier dans ce domaine et à fournir un appui technique en rédigeant des lignes directrices, en aidant les pays sur le plan technique et en organisant des réunions biennales d'examen, la prochaine étant prévue en octobre 2005 aux Etats-Unis d'Amérique.

E. PARTICIPATION DU SECTEUR DE LA SANTE AU NIVEAU MONDIAL A L'APPROCHE STRATEGIQUE DE LA GESTION INTERNATIONALE DES PRODUITS CHIMIQUES

35. Dans la résolution WHA56.22, les Etats Membres étaient invités instamment à tenir compte pleinement des aspects sanitaires de la sécurité chimique dans la poursuite de l'élaboration de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Le Directeur général était, quant à lui, prié de contribuer au contenu de l'approche stratégique et d'assurer la participation de l'OMS aux réunions préparatoires et à la conférence finale. Il était également prié de présenter un rapport de situation à l'Assemblée de la Santé ainsi que l'approche stratégique une fois parachevée.

36. La fabrication de produits chimiques représente 7 % du revenu mondial et 9 % des échanges internationaux. Des dizaines de milliers de produits chimiques font l'objet d'un commerce ; or on ne dispose de données de toxicité, parfois élémentaires, que sur quelques-uns. La part des produits chimiques dans la charge mondiale de morbidité et de mortalité n'a en grande partie toujours pas été mesurée. La base de fabrication des produits chimiques industriels se déplace vers les pays en développement, ce qui entraîne de nouveaux modes et niveaux d'exposition pour leur population. D'ici 2020, les pays en développement représenteront plus de 30 % de la production mondiale de produits chimiques, contre 20 % en 1995.

37. En 1980, l'OMS, l'OIT et le PNUE ont reconnu la nécessité d'établir une base scientifique pour l'utilisation sans danger des produits chimiques et de renforcer les capacités nationales de sécurité

¹ www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/un_collaboration.

² Décision EX/CL/Dec.63(III).

chimique en créant le Programme international sur la sécurité chimique. La nécessité d'une base de données scientifique solide concernant les effets des produits chimiques sur la santé humaine demeure, mais il importe surtout désormais de faire connaître efficacement les risques associés aux produits chimiques et de sensibiliser aux questions de sécurité chimique dans le contexte de la santé publique. Bien que l'OMS se soit montrée active dans le domaine de la sécurité chimique à travers le Programme international, le secteur de la santé en général est resté quelque peu en marge du processus de négociation des conventions internationales et des accords officiels sur la sécurité chimique, auxquels est liée l'assistance technique aux pays. L'approche stratégique représente donc une occasion unique pour l'OMS et ses partenaires mondiaux d'apporter un appui aux pays en vue de la réalisation des buts approuvés lors du Sommet mondial pour le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, 25 août-4 septembre 2002).

38. Deux sessions du Comité préparatoire chargé d'élaborer une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ont été organisées (Bangkok, 9-13 novembre 2003, et Nairobi, 4-8 octobre 2004), auxquelles ont participé au total 146 pays, 13 organismes des Nations Unies et secrétariats de conventions, 6 organisations intergouvernementales et 32 organisations non gouvernementales. Les participants se sont déclarés favorables à une contribution coordonnée du secteur de la santé par l'intermédiaire de l'OMS.

39. A la deuxième session, il a été convenu que l'approche stratégique comprendrait : une déclaration de haut niveau ; des déclarations de politique générale ; et un programme mondial énonçant des mesures et des cibles concrètes. Le calendrier d'action s'étendrait jusqu'à 2020, conformément à la date agréée lors du Sommet mondial pour le développement durable pour une gestion rationnelle des produits chimiques. Il est proposé de faire porter l'approche stratégique à la fois sur les aspects économiques, environnementaux, sanitaires, professionnels et sociaux de la sécurité chimique. Les Etats Membres ont insisté sur la nécessaire participation du secteur de la santé à la mise en oeuvre de l'approche stratégique et sur l'intégration de la gestion des produits chimiques dans les politiques générales de santé, y compris les politiques élaborées dans l'optique des objectifs du Millénaire pour le développement. Parmi les priorités de haut niveau définies par le secteur de la santé jusqu'ici (qui comportent chacune des objectifs particuliers) figurent :

- des mesures destinées à améliorer l'accès aux connaissances scientifiques, leur interprétation et leur application ;
- des mesures destinées à combler les lacunes du savoir scientifique ;
- l'élaboration de méthodes harmonisées au niveau mondial pour l'évaluation des risques chimiques ;
- la définition des meilleurs moyens de déterminer les effets des produits chimiques sur la santé, de fixer des priorités d'action et de surveiller les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'approche stratégique ;
- le renforcement des capacités des pays en ce qui concerne la prise en charge des intoxications et des incidents chimiques ;
- l'élaboration de stratégies axées spécifiquement sur la santé des enfants et des travailleurs ;
- la promotion de produits de substitution pour les produits chimiques hautement toxiques et persistants ;

- l'élaboration de stratégies de prévention des problèmes de santé entraînés par les produits chimiques.

40. Une troisième session du Comité préparatoire ainsi qu'une conférence internationale de haut niveau sur la gestion des produits chimiques sont prévues pour septembre 2005 et février 2006 respectivement, pour mettre au point de façon définitive l'approche stratégique, après quoi celle-ci sera soumise à l'Assemblée de la Santé.

41. Le Conseil exécutif a pris note, à sa cent quinzième session en janvier 2005, du présent rapport de situation.¹

F. MIGRATIONS INTERNATIONALES DE PERSONNELS DE SANTE : UN DEFI POUR LES SYSTEMES DE SANTE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT

42. La surveillance des migrations internationales fait partie intégrante des efforts en cours pour améliorer les systèmes d'information relatifs aux ressources humaines pour la santé. Un ensemble minimal de données concernant les migrations est actuellement réuni. Des liens plus étroits avec l'Organisation internationale pour les Migrations et l'OIT ont été favorisés et des activités conjointes ont été prévues afin de surveiller les migrations d'agents de santé à travers divers mécanismes utilisés conjointement. Les différents accords multilatéraux qui concernent les migrations de personnels de santé ont été passés en revue, notamment l'Accord général sur le commerce des services, de même que des accords régionaux et bilatéraux. Il est prévu maintenant de procéder à une analyse plus approfondie des effets du commerce international des services, y compris les flux financiers et les envois de fonds des travailleurs émigrés, et d'en diffuser des résultats.

43. Le Secrétariat de l'OMS élabore avec les Etats Membres des approches fondées sur des données factuelles visant à renforcer la production de ressources humaines pour la santé, à mettre au point des mécanismes de planification et de gestion, y compris pour le recrutement et la fidélisation du personnel de santé, et à étudier la possibilité de recourir à des agents de niveau intermédiaire pour remédier d'urgence aux pénuries de personnels. Il a également mis sur pied des mécanismes visant à établir une initiative en matière d'éducation afin de soutenir la production rapide de nouveaux personnels de santé dans les pays africains.

44. L'examen des codes de pratique et des accords commerciaux régionaux et bilatéraux a montré qu'ils n'ont qu'un effet limité sur les migrations d'agents de santé. Des recommandations éthiques ont été élaborées soulignant le rôle et les responsabilités tant des pays d'accueil que des pays d'origine des travailleurs migrants et ceux des travailleurs eux-mêmes. De vastes consultations sur ces recommandations seront organisées avec les Etats Membres tout au long de 2005. Ces recommandations devraient être prêtes en 2006 et aider des Etats Membres à négocier des accords bilatéraux mutuellement bénéfiques.

45. Une série de manifestations rassemblant d'éminents responsables politiques, des organisations internationales et des membres du Secrétariat de l'OMS a permis de recenser les mesures qui peuvent être prises aux niveaux national, régional et international pour répondre rapidement aux besoins en matière de personnels de santé. Un séminaire « Santé et migration » (Genève, juin 2004), organisé

¹ Voir le document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 6 (version française en préparation).

conjointement avec l'Organisation internationale pour les Migrations et les Centers for Disease Control and Prevention, comportait une séance de travail sur l'impact des migrations de personnels de santé et les effets des accords bilatéraux.¹ Les liens de collaboration avec l'Organisation internationale pour les Migrations sont favorisés par un protocole annuel de collaboration. Des mécanismes ont été institués pour faciliter l'échange régulier d'informations entre l'OIT, l'Organisation internationale pour les Migrations et l'OMS. Les travaux préparatoires d'une conférence conjointe sur les migrations et la santé prévue pour 2006 ont déjà commencé ; l'un des thèmes retenus sera le mouvement des agents de santé.

46. Des consultations sont en cours à l'OMS en vue de rationaliser les moyens de renforcer les ressources humaines dans le cadre des systèmes de santé.

47. Le développement des ressources humaines pour la santé sera le thème du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et de la Journée mondiale de la Santé 2006. Ce sera également un domaine d'activité essentiel du programme général de travail de l'OMS pour 2006-2015.

G. PROMOTION DE LA SANTE ET MODES DE VIE SAINS

48. La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport sur la promotion de la santé et les modes de vie sains.² Le rapport appelait l'attention sur les principaux facteurs de risque comportementaux, notamment une mauvaise alimentation, le tabagisme, la sédentarité, l'abus d'alcool, les rapports sexuels non protégés et les déterminants de ces comportements, ainsi que sur la nécessité de renforcer la capacité des pays à promouvoir efficacement la santé. Beaucoup de pays n'ont toujours pas les politiques, les données et les ressources humaines et financières nécessaires pour promouvoir durablement la santé ; un effort considérable doit être fait pour intégrer la promotion de la santé dans les systèmes de santé. Le présent document rend compte des progrès accomplis en matière de promotion de modes de vie sains et informe sur l'action qui sera entreprise en application de la résolution WHA57.16.³

49. Des ateliers interpays ont été organisés dans les Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ; parmi les efforts visant à renforcer le cadre et la capacité de promotion de la santé dans ces Régions, des projets de stratégies régionales ont également été élaborés pour promouvoir la santé et des modes de vie sains. Dans la Région africaine, des recommandations ont été formulées sur l'application de la stratégie régionale de promotion de la santé, et une formation a déjà été organisée dans 30 Etats Membres. Dans la Région du Pacifique occidental, une initiative a été lancée avec le concours du Centre OMS pour le développement sanitaire, situé à Kobe, Hyogo (Japon), pour recruter et former des responsables de la promotion de la santé. Il est prévu d'étendre cette initiative à la Région africaine et aux Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Un coordonnateur de la promotion de la santé sera nommé dans la Région des Amériques et dans la Région européenne, ainsi qu'un groupe spécial interprogrammes chargé de la promotion de la santé.

¹ Organisation internationale pour les Migrations, DOCUMENT DE SEANCE/14, quatre-vingt-huitième session du Conseil, Genève, 30 novembre-3 décembre 2004. Séminaire « Santé et migration ». Rapport de la réunion. Accessible sur le site <http://www.iom.int/DOCUMENTS/GOVERNING/FR/CRP14.pdf>.

² Voir les documents A57/11 et WHA57/2004/REC/3, procès-verbal de la sixième séance de la Commission A.

³ Voir le document EB115/37 pour un exposé détaillé de l'action qui sera menée contre l'usage nocif de l'alcool.

50. Les préparatifs de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, intitulée « Politique et partenariat pour l'action : s'attaquer aux déterminants de la santé », sont en cours. Organisée conjointement par le Ministère thaïlandais de la Santé publique et l'OMS, la Conférence se tiendra à Bangkok du 7 au 11 août 2005. L'un de ses résultats les plus importants sera la charte de Bangkok pour la promotion de la santé, qui guidera et orientera la promotion de la santé dans un monde qui évolue rapidement sous l'effet de la mondialisation. Elle débouchera également sur une série d'objectifs, de calendriers et de mécanismes pour mesurer les progrès accomplis.

51. Les conseillers régionaux pour les questions de promotion de la santé se sont réunis au Centre OMS pour le développement sanitaire et ont dressé des plans de collaboration rapprochée qui portent sur les points suivants : exécution du budget programme 2004-2005, organisation de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, avec notamment un atlas du potentiel de promotion de la santé dans tous les Etats Membres, et acquisition de données supplémentaires grâce aux travaux sur l'efficacité de la promotion de la santé.

52. Des progrès ont également été réalisés dans les domaines du vieillissement en bonne santé,¹ de la santé à l'école, de l'exercice physique et de la promotion de la santé bucco-dentaire. Des données supplémentaires ont été recueillies, de nouveaux moyens de financement viennent diversifier les sources de fonds et l'intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé progresse.

Mesures prévues

53. Les cartes de la promotion de la santé dans les Etats Membres seront établies avec le concours des bureaux régionaux de l'OMS et aideront à recenser les lacunes et à suivre le développement du potentiel de promotion de la santé aux niveaux national et local.

54. Il est prévu de créer un groupe mondial d'organisations et parties intéressées, au nombre desquelles le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, l'Union européenne, la Banque mondiale et l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. Le groupe étudiera les questions liées à l'organisation des prochaines conférences mondiales sur la promotion de la santé, et notamment la possibilité d'organiser la prochaine dans la Région africaine.

55. Des ateliers régionaux et des activités telles que le projet de collecte de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé et l'initiative pour un financement durable continueront d'être organisés pour promouvoir le développement du potentiel de promotion de la santé aux niveaux national et local. D'autres progrès seront faits en développant le potentiel des instituts de recherche et instituts universitaires spécialistes de la santé publique dans les pays à faible et moyen revenus, et en encourageant les initiatives conjointes avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la promotion de la santé.

56. Des cadres et stratégies d'intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé seront mis au point, et l'on continuera de promouvoir et de renforcer l'approche fondée sur les cadres de vie.

57. En ce qui concerne les questions du vieillissement en bonne santé, de l'exercice physique et de la santé bucco-dentaire, on s'attachera en priorité à développer le potentiel des pays et à maintenir la

¹ Voir le document EB115/29.

coopération avec les organes et organisations du système des Nations Unies et d'autres acteurs intéressés.

58. Un cadre général sera défini pour la stratégie de promotion de la santé pendant l'exercice 2006-2007.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

59. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport de situation ci-dessus.

= = =