



Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17)	2
B. Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe	3
C. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine	5
D. Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille	6
E. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux	8
F. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale	10
G. Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé	11
H. Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux	12
Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé.....	14

A. STRATEGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION, L'EXERCICE PHYSIQUE ET LA SANTE (RESOLUTION WHA57.17)

1. La mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé entraînera une importante réduction de la prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque qui leur sont associés, en premier lieu une alimentation non équilibrée et le manque d'exercice. Il importe à cet égard que l'ensemble des acteurs concernés prennent des mesures aux plans mondial, régional et local.

Activités menées dans les pays et les Régions

2. L'enquête mondiale OMS sur l'évaluation des progrès en matière de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles indique que les progrès de la mise en oeuvre de la stratégie varient fortement d'une Région à l'autre. Celle-ci a effectivement été mise en oeuvre par 25 des 85 Etats Membres qui ont répondu à l'enquête ; sur les 60 pays restants, 17 prévoient cependant de la mettre en oeuvre. L'enquête ne couvre pas les Régions de l'Asie du Sud-Est ni du Pacifique occidental, où des progrès satisfaisants ont été enregistrés.

Activités menées au plan mondial

3. Le Secrétariat met au point et diffuse divers outils pour aider les Etats Membres et les parties prenantes à mettre en oeuvre la stratégie : indications concernant les relations avec le secteur privé, la commercialisation de produits alimentaires et de boissons non alcoolisées destinées aux enfants, et la promotion de l'exercice physique dans les pays en développement, ainsi qu'un cadre et des indicateurs permettant de suivre les progrès de la mise en oeuvre de la stratégie. La publication *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital* est un précieux outil de sensibilisation qui intègre de nombreux objectifs de la stratégie.¹

4. **Le secteur privé.** Certains fabricants de produits alimentaires et de boissons non alcoolisées, sociétés de services de restauration et détaillants sont en train de modifier leurs produits et leurs services pour se conformer aux recommandations de la stratégie. Si ces initiatives sont louables, elles sont encore trop rares et leur impact sur la santé reste par conséquent limité. D'une manière générale, les petites et moyennes entreprises restent en marge des initiatives prises au niveau mondial. C'est pourquoi il convient de déployer encore beaucoup d'efforts pour que l'ensemble du secteur de l'alimentation prenne des mesures pour améliorer la qualité des aliments et des boissons, la qualité de l'information fournie au consommateur et les modes de commercialisation des produits.

5. **La société civile et les organisations non gouvernementales mondiales.** Des accords informels ont été conclus avec un nombre limité d'organisations non gouvernementales ayant un mandat mondial et suffisamment d'influence pour apporter une contribution efficace à la mise en oeuvre de la stratégie. L'OMS coopère par exemple avec le Comité international olympique pour promouvoir l'exercice physique dans le cadre du Congrès mondial du Sport pour Tous (manifestation biennale). L'Alliance mondiale pour la prévention récemment créée offre des perspectives prometteuses aux organisations non gouvernementales, qui pourront s'appuyer sur ses réseaux pour coordonner leur action.

¹ *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

6. **Les partenaires internationaux.** L'OMS collabore avec d'autres organisations des Nations Unies pour promouvoir les objectifs de la stratégie. L'OMS et la FAO ont ainsi élaboré conjointement un cadre visant à promouvoir la consommation de fruits et légumes. L'OMS a également promu les principes de la stratégie en participant activement à plusieurs manifestations organisées dans le cadre de l'Année internationale du sport et de l'éducation physique (2005), ainsi qu'aux initiatives visant à mettre le sport au service du développement et de la paix.

7. **La Commission du Codex Alimentarius.** L'OMS travaille en étroite collaboration avec la FAO et la Commission du Codex Alimentarius pour examiner de quelle manière la Commission peut contribuer à la mise en oeuvre de la stratégie, qui pose de nouveaux défis pour le Codex.

Conclusions

8. Si des progrès ont été faits dans la mise en oeuvre des recommandations de la stratégie, force est de constater que les résultats restent mitigés. Certains Etats Membres ont réagi de manière positive, mais il importe que davantage de pays leur emboîtent le pas. Par ailleurs, même si d'autres parties prenantes ont déjà pris un certain nombre de mesures, il faut aller encore plus loin et très vite.

9. La pénurie de ressources, tant humaines que financières, freine la mise en oeuvre de la stratégie. Cette situation résulte de l'insuffisance des investissements consacrés à la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles aux niveaux local et mondial.

10. Comme prévu dans la résolution WHA57.17, le travail de suivi comportera une analyse de l'impact sanitaire, socio-économique et sexospécifique de la mise en oeuvre de la stratégie.

11. Un rapport plus détaillé a été établi.¹

B. INTERVENTIONS SANITAIRES EN CAS DE CRISE ET DE CATASTROPHE

12. Dans sa résolution WHA58.1, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'entreprendre plusieurs activités visant à renforcer l'action de l'Organisation en matière d'interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe et d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis.

Séismes et tsunamis du 26 décembre 2004 : secours et relèvement

13. Le Secrétariat a mis au point et appliqué une stratégie de secours et de relèvement reposant sur les quatre fonctions prioritaires de l'Organisation en cas de crise, à savoir évaluer la situation sanitaire, appuyer la coordination de l'action sanitaire, combler ou veiller à ce que d'autres combler les lacunes les plus importantes, et mettre en place une capacité d'action au niveau des autorités nationales et de la société civile. L'accent est mis désormais sur le renforcement des capacités des communautés dans les domaines prioritaires suivants : évaluation des besoins de santé ; promotion de la santé et prévention des maladies ; élaboration et coordination des politiques de santé ; gestion de l'information sanitaire ; et prestation de services de santé.

¹ Document NMH/CHP/SPP/2006.1.

14. L'OMS continue de suivre les activités en matière de secours et de relèvement en Inde, en Indonésie, aux Maldives, à Sri Lanka et en Thaïlande. La phase de collecte d'information est désormais achevée et les données ainsi obtenues sont actuellement analysées par l'Institut Karolinska (Suède) et par l'Université de Genève (Suisse). Les résultats seront présentés lors d'une réunion organisée à Bangkok, en collaboration avec le Bureau de l'envoyé spécial de l'ONU pour les pays touchés par le tsunami et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui doit se tenir du 3 au 5 mai 2006. A la même réunion, les participants devraient convenir d'indicateurs communs de surveillance des effets du tsunami et d'un système de suivi des progrès en matière de secours et de relèvement.

Renforcement de la coopération avec d'autres organisations internationales

15. Dans le cadre du système des Nations Unies, l'OMS a été désignée comme organisme chef de file du groupe pour la santé dans l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations, qui s'efforce d'améliorer la capacité, la prévisibilité, l'efficacité et la responsabilité dans le secteur de la santé. L'OMS et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont signé une lettre commune sur le renforcement de la coopération et de la collaboration qui met particulièrement l'accent sur les situations d'urgence. L'OMS et InterAction, une alliance d'organisations non gouvernementales, coprésident le groupe spécial sur la santé mentale et l'appui psychosocial dans les situations d'urgence créé récemment par le Comité permanent. Dernièrement, l'OMS et le PAM ont entamé des discussions sur la possibilité de créer des partenariats dans les domaines d'intérêt mutuel comme l'appui logistique dans les situations d'urgence, l'analyse et la cartographie de la vulnérabilité dans les pays sujets aux crises, des programmes communs de formation et de renforcement des capacités, et la nutrition dans les situations d'urgence. Ces discussions devraient aboutir à la signature d'un accord conjoint au cours des prochains mois.

Dispositifs renforcés pour la logistique et l'action en situation de crise

16. Un groupe de travail sur l'action en situation d'urgence a été chargé de passer en revue les politiques administratives et les méthodes de l'Organisation et de faire des recommandations quant à leur adaptation aux situations d'urgence. Ces travaux devraient déboucher sur un ensemble de modes opératoires simples pour les situations d'urgence pouvant être utilisés à tous les niveaux de l'Organisation.

17. Les négociations conjointes avec des organismes et programmes partenaires, en particulier le PAM, concernant l'utilisation éventuelle de biens communs pour l'appui logistique en cas de situation d'urgence et de crise progressent de façon satisfaisante.

Mobilisation de compétences en matière de santé

18. L'OMS a été priée de mettre sur pied un réseau d'experts de la santé en situation d'urgence dans le cadre d'une initiative conjointe visant à améliorer les résultats sur le plan sanitaire. En novembre 2005, l'OMS a organisé un cours de formation pilote pour le personnel de secours d'urgence qui a été suivi par 32 professionnels de la santé publique et autres. La présence de l'OMS dans les pays est actuellement renforcée avec le recrutement d'une soixantaine de personnels de terrain supplémentaires pour les interventions d'urgence, grâce à des fonds provenant de donateurs, dans le cadre du programme triennal de l'OMS visant à améliorer la performance de l'Organisation dans les situations de crises. Le projet de formation sera encore adapté aux besoins des pays sujets aux crises pour leur permettre de mettre sur pied leur propre réseau d'experts à qui ils pourront faire appel immédiatement après une catastrophe.

Surveillance des risques et évaluation de la situation sanitaire

19. Le Secrétariat s'efforce avec les Etats Membres et d'autres partenaires de l'action sanitaire d'utiliser des informations fiables concernant les menaces pour la santé, les facteurs de vulnérabilité et la performance des systèmes de santé locaux pour l'atténuation des effets, la préparation, l'intervention et la remise en état. Une vue d'ensemble des risques pour la santé, des besoins humanitaires et des interventions partout dans le monde est tenue à jour. Des mises à jour hebdomadaires sur les zones sujettes aux crises, directement touchées ou en relèvement sont communiquées directement au système d'alerte humanitaire avancée des Nations Unies.

20. La cartographie des risques, lorsqu'elle est effectuée correctement, permet de faire en sorte que les plans nationaux de préparation aux situations d'urgence tiennent dûment compte de la santé publique. En 2005, des personnels ont procédé à des évaluations des risques au Népal, à des évaluations rapides des besoins au Niger, à des analyses du secteur de la santé au Burundi et en République démocratique du Congo, et à des enquêtes sur la mortalité brute et la mortalité des moins de cinq ans dans la région du Darfour au Soudan ainsi que dans le nord de l'Ouganda. L'OMS participe à l'évaluation conjointe des besoins en matière de relèvement en Somalie. L'Organisation a également suivi les aspects sanitaires de la détérioration de la situation alimentaire dans la Corne de l'Afrique et entrepris une évaluation approfondie des risques en Erythrée. L'OMS entreprend actuellement une évaluation des besoins interpays en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies.

21. Afin de s'appuyer sur les projets mis en oeuvre avec succès par d'autres organismes des Nations Unies, l'OMS a entamé des discussions en vue d'un partenariat avec le PAM dans le cadre du projet de celui-ci sur l'analyse et la cartographie de la vulnérabilité. L'idée est d'adapter le projet existant en lui ajoutant des déterminants et des indicateurs sanitaires à utiliser en cas de situation d'urgence dans les pays sujets aux crises.

Séisme en Asie du Sud-Est¹

22. Tirant les enseignements de la crise qui a fait suite au tremblement de terre, le Gouvernement pakistanais a sollicité l'appui technique de l'OMS pour mettre en place un centre régional de préparation aux situations d'urgence et de gestion des catastrophes. Une mission de l'OMS s'est donc rendue au Pakistan en mars 2006 afin d'aider les autorités nationales à élaborer une proposition en vue de la création d'une institution qui s'occuperait essentiellement de recherche appliquée, de planification, de développement des capacités et de la mise au point d'instruments de coordination d'urgence en situation de crise.

C. LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

23. La dernière réunion du Comité OMS d'experts de la Trypanosomiase africaine – Surveillance et Lutte (novembre 1995) a souligné non seulement la recrudescence de la maladie, des flambées importantes survenant dans de nombreux pays d'endémie, mais aussi la dramatique absence de sensibilisation à ce sujet. Le manque de surveillance s'est par conséquent traduit par quelque 25 000 nouveaux cas signalés chaque année et des estimations du taux d'infection pouvant aller jusqu'à quelque 300 000 nouveaux cas.

¹ On trouvera des précisions sur l'action de l'OMS dans le document EB117/30.

24. Depuis cette réunion, toutefois, plusieurs faits nouveaux ont eu des répercussions sur la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. Par exemple, l'interruption des troubles civils et sociaux dans la plupart des zones d'endémie a permis un meilleur accès aux populations exposées, permettant ainsi de développer les activités de lutte. Le manque de soutien financier en faveur des activités de lutte, l'absence de coordination et de normalisation des méthodes de lutte et la menace d'interruption de la production des médicaments spécifiques contre la maladie ont été en partie résolus grâce à un important programme financé par un partenariat entre l'OMS et le secteur privé. Sanofi-aventis a ainsi fourni un approvisionnement à long terme en pentamidine, mélarsoprol et éflornithine, un système efficace de distribution des médicaments et un appui financier afin de développer les capacités des programmes nationaux et d'utiliser des outils diagnostiques appropriés pour le dépistage actif des cas. Bayer AG a fait un don de suramine. L'OMS a investi dans la lutte contre la maladie dans le cadre de projets de coopération bilatérale avec les Gouvernements belge, espagnol et français. Plusieurs organisations non gouvernementales se sont engagées à lutter contre la maladie dans le cadre de grands projets consacrés à celle-ci. Une forte action de plaidoyer en faveur de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine a permis une prise de conscience accrue du problème au sein de la communauté internationale et parmi les décideurs de nombreux pays d'endémie. L'Organisation a joué un rôle important dans la lutte contre la maladie en dirigeant un réseau renforcé. C'est ainsi que les activités de surveillance ont été développées ces dernières années, portant le nombre total de cas dépistés grâce à un dépistage actif à quelque 3 300 000, ce qui a par la suite entraîné une baisse régulière et substantielle du nombre de nouveaux cas, tombé à moins de 17 000 par an.¹

25. Compte tenu des progrès accomplis dans la lutte contre la maladie, en particulier depuis deux ans, qui ont entraîné une baisse substantielle du nombre de nouveaux cas signalés chaque année et un nouveau taux cumulatif estimé à quelque 50 000 à 70 000 cas, l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique pourrait être envisagée. Les principaux défis que doit actuellement relever l'OMS consistent à maintenir le degré de sensibilisation, à renforcer la surveillance et à poursuivre les efforts en vue de l'élimination. Les initiatives de l'OMS tendant à mettre au point des outils de diagnostic plus spécifiques et plus sensibles – telles que celles menées en collaboration avec la Fondation pour des Outils diagnostiques nouveaux et novateurs –, de nouveaux médicaments par voie orale sûrs et simples à administrer aux différents stades de la maladie – telles que celles financées par la Fondation Bill et Melinda Gates – seront déterminantes en vue de l'élimination.

26. Conformément à la résolution WHA56.7, une collaboration étroite sera poursuivie avec la Campagne africaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase et le Programme conjoint OMS/FAO/AIEA/Union africaine contre la trypanosomiase africaine.

D. FAMILLE ET SANTE DANS LE CONTEXTE DU DIXIEME ANNIVERSAIRE DE L'ANNEE INTERNATIONALE DE LA FAMILLE

27. L'OMS s'étant engagée à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement – réduire la mortalité de l'enfant et améliorer la santé maternelle – a consacré cette année le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*² et la Journée mondiale de la Santé à la santé des mères, des nouveau-nés et

¹ Pour des informations plus complètes, et notamment un examen pays par pays, consulter le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, N° 8, 2006, 81: 71-80.

² *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

des enfants. Selon le rapport, l'un des principaux traits de l'inégalité est l'exclusion, qui freine considérablement le progrès vers l'accès universel des femmes et des enfants aux soins. Il présente de nouvelles données sur les causes de mortalité néonatale, plaide avec vigueur en faveur d'une prestation de soins continue tant pendant toute la durée de la vie, de la mère au nouveau-né et à l'enfant, qu'à tous les niveaux du système de prestations sanitaires, de la communauté à l'établissement spécialisé, et montre que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est l'une des stratégies les plus efficaces et les plus rentables pour la santé du nouveau-né et de l'enfant.

28. Pour accompagner ce rapport, un ensemble de notes d'orientation politique a été publié sur ses aspects les plus pertinents et les plus délicats potentiellement.¹ Ces notes, qui ont été parachevées et très appréciées lors d'une réunion de haut niveau de représentants des Etats Membres et de partenaires (Genève, 7-8 mars 2005), servent de base aux débats sur les mesures à prendre au niveau national.

29. Le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, lancé en septembre 2005, rassemble des alliances existantes, unissant ainsi des pays en développement et des pays développés, des organismes des Nations Unies, des associations professionnelles, des établissements universitaires et de recherche, des fondations et des organisations non gouvernementales. Les acteurs de cette collaboration sans précédent s'efforceront de promouvoir la couverture universelle par des interventions qui permettent aux mères et aux enfants de survivre. Des partenaires d'envergure mondiale travaillent avec des Etats Membres pour établir des partenariats au niveau national afin d'actualiser les politiques et stratégies des pays, d'assurer la complémentarité et la cohérence des approches, et de garantir l'utilisation la plus efficace des ressources.

30. Le Secrétariat continue à fournir des indications sur l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant en tant que cadre légal et normatif propre à réduire les inégalités dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Des indications sont également données concernant l'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et sur des approches fondées sur les droits humains pour répondre aux préoccupations relatives à la santé des femmes, y compris la mortalité maternelle. Le personnel de l'OMS participe aux principaux ateliers et conférences sur la santé et les droits de l'homme, et les pays reçoivent un soutien pour la préparation et l'exécution des évaluations fondées sur les droits et des analyses de la santé de l'enfant (en particulier au niveau du district) et de la santé de la femme.

31. Des indicateurs de l'autorité parentale sur le comportement de l'adolescent et de la force de la relation parent-adolescent (liens affectifs entre l'adolescent et un responsable clé de son bien-être) sont en cours de définition pour les programmes sur les responsabilités parentales. Des indicateurs concernant spécifiquement l'adolescent ont aussi été formulés pour les programmes de prévention du VIH, et leur utilisation a bénéficié d'un soutien, la réduction de l'incidence de l'infection à VIH chez les jeunes constituant un point d'accès au domaine plus vaste que représentent la santé et le développement de l'adolescent.

32. L'étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et les violences familiales contre les femmes est la première recherche visant à recueillir des données internationalement comparables sur la prévalence de ce type de violence et ses effets sur la santé des femmes. L'étude fournit également des informations sur les enfants témoins de ce type de violence et sur l'impact de cette violence sur les

¹ *Notes d'orientation politique. 1. Intégrer les programmes de santé maternelle, néonatale et de l'enfant. 2. Améliorer le sort du personnel : l'élément clé pour développer les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. 3. L'accès aux soins et à une protection financière pour tous. 4. Collaborer avec la société civile.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

comportements et les résultats scolaires. Ses résultats serviront à concevoir des politiques et des stratégies à la mesure de ce problème mondial. L'OMS travaille aussi avec ses partenaires pour évaluer les conséquences de l'inégalité entre les sexes (y compris la violence) sur l'épidémie de VIH, et pour améliorer la réaction du secteur de la santé face à la violence sexuelle, y compris dans un contexte de crise.

33. La vaccination a un rôle important à jouer pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant et à améliorer la santé maternelle. Entre 1999 et 2004, les décès par rougeole ont diminué de près de 50 % dans le monde. Des progrès importants ont également été faits en ce qui concerne l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Des partenariats tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et le partenariat contre la rougeole ont permis de fournir des services de vaccination aux communautés les plus difficiles à atteindre. La vaccination est de plus en plus rattachée à d'autres interventions sanitaires, telles que la distribution, au point de vaccination, de suppléments de vitamine A ou de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme. La stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », adoptée par la résolution WHA58.15, offre un cadre aux activités de l'OMS et de l'UNICEF dans le domaine de la vaccination pour les dix prochaines années.

34. Etant donné que, chaque année, des causes et des situations liées à l'environnement provoquent la mort de quatre millions d'enfants, l'une des plus importantes contributions aux objectifs pertinents du Millénaire pour le développement consiste à réduire les risques environnementaux pour la santé de l'enfant. Complétant ses programmes sur l'eau et l'assainissement, les maladies vectorielles, la pollution à l'intérieur des habitations, la sécurité des produits chimiques, les rayonnements, la médecine du travail, la sécurité sanitaire des aliments et la prévention des accidents, l'OMS joue un rôle de guide pour des partenariats novateurs impliquant plusieurs parties prenantes, comme l'Alliance en faveur d'un environnement sain pour les enfants, l'initiative mondiale pour des indicateurs de salubrité de l'environnement de l'enfant et le Réseau international de Promotion du Traitement et du Stockage de l'Eau à des Fins domestiques dans de bonnes Conditions.

35. A sa cent dix-septième session, le Conseil exécutif a examiné la question « Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille ».¹

E. SANTE GENESIQUE : STRATEGIE POUR ACCELERER LES PROGRES EN VUE DE LA REALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAUX²

36. A la suite de son approbation par la résolution WHA57.12, la stratégie de l'OMS destinée à accélérer les progrès en santé génésique a été largement diffusée, et aussi bien les Etats Membres que le Secrétariat ont mis en oeuvre un large éventail d'activités.

¹ Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 8.

² Document WHA57/2004/REC/1, annexe 2 ; la stratégie reconnaît le rôle crucial de la santé génésique et sexuelle pour le développement social et économique et fixe cinq domaines prioritaires : améliorer les soins prénatals, périnatals, du post-partum et du nouveau-né ; fournir des services de planification familiale de haute qualité, notamment en cas de stérilité ; éliminer l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ; combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col de l'utérus et d'autres affections gynécologiques ; et améliorer la santé sexuelle.

37. Pour surveiller l'application de la stratégie, le Secrétariat a envoyé un instrument d'évaluation à tous les Etats Membres. Les réponses reçues jusqu'ici montrent que la stratégie est utilisée comme cadre général par de nombreux Etats Membres afin de mieux intégrer la santé génésique et sexuelle dans les politiques nationales de développement en renforçant les politiques et stratégies existantes ou en élaborant de nouvelles. Les Etats Membres utilisent également la stratégie pour définir les problèmes, fixer les priorités, suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les buts de la santé génésique et améliorer les instruments d'enquête pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux. La qualité des soins dispensés par les services a été évaluée et la stratégie a été utilisée pour introduire de nouvelles normes de pratique clinique. Certains Etats Membres se sont appuyés sur la stratégie pour prendre des mesures visant à apporter des fournitures gratuites pour les soins de santé génésique et sexuelle et assurer la sécurité de l'approvisionnement des produits nécessaires dans ce domaine.¹ Certains ont également appliqué la stratégie pour mieux sensibiliser des groupes et communautés déterminés, en utilisant les médias à des fins de sensibilisation et d'information pour la santé. Enfin, la stratégie a facilité une collaboration accrue entre les partenaires chargés de dispenser les services.

38. Les premières conclusions de l'évaluation font ressortir trois domaines de préoccupation : l'accès limité des pauvres aux services ; les mesures insuffisantes prises pour répondre aux besoins des adolescents ; et les conditions de travail insatisfaisantes des dispensateurs de soins.

39. Afin de répondre à ces préoccupations, quatre documents d'orientation sont en train d'être finalisés sur : le financement des services, plus particulièrement du point de vue de la couverture universelle ; la satisfaction des besoins particuliers des adolescents ; les mesures législatives allant dans le sens souhaité et la suppression des obstacles réglementaires ; et l'intégration des cinq aspects essentiels de la santé génésique et sexuelle dans les services de santé.

40. Concernant la sécurité en matière de produits pour la santé génésique des progrès ont été accomplis grâce à la coalition pour la fourniture de matériels de santé génésique, dont l'OMS fait partie. Un projet de liste complète de produits essentiels pour la santé génésique comprenant des médicaments et des dispositifs a été établi en collaboration avec le FNUAP. Des mesures ont également été prises pour que des médicaments de santé génésique soient ajoutés à la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Une procédure de précertification des produits de santé génésique est en cours d'élaboration.

41. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*² consacré, comme la Journée mondiale de la Santé 2005, à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, contenait les dernières estimations de la mortalité et de la morbidité, une analyse spécialisée des obstacles aux progrès et des recommandations complètes sur les moyens de les surmonter. Le rapport a apporté une contribution substantielle au Sommet mondial 2005 de l'Organisation des Nations Unies.³ Cinq documents d'orientation ont également été établis. L'objectif de l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015, tel qu'il a été annoncé à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), a été

¹ Les produits nécessaires à la santé génésique s'entendent de tous les médicaments et dispositifs essentiels pour assurer des services de santé génésique de haute qualité.

² *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

³ Réunion plénière de haut niveau de la soixantième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 14-16 septembre 2005.

inclus dans le document issu du Sommet.¹ En outre, un ambassadeur itinérant de l'OMS, chargé de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, a été nommé. Enfin, le Siège de l'OMS accueille le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, lancé en septembre 2005.

42. Il est encore trop tôt pour évaluer les avantages de la stratégie du point de vue du développement économique national. Sur la base de l'expérience passée, on peut toutefois s'attendre, par exemple, à ce que l'utilisation accrue de la planification familiale donne des résultats positifs : amélioration de la santé maternelle et élargissement des perspectives d'emploi pour les femmes, avec contribution possible des deux parents au revenu familial et national.

43. La poursuite des progrès en vue de l'application de la stratégie supposera des efforts durables dans des domaines prioritaires comme la prévention et les soins concernant le VIH/SIDA en tant que question de santé génésique et sexuelle, et nécessitera l'évaluation des effets économiques de la stratégie.

44. A sa cent dix-septième session, le Conseil exécutif a examiné les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux relatifs à la santé génésique.² Depuis, un cadre destiné à aider les Etats Membres à mettre en oeuvre la stratégie a été mis au point en consultation avec les bureaux régionaux.³

F. FINANCEMENT DURABLE DE LA SANTE, COUVERTURE UNIVERSELLE ET SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE

45. Dans sa résolution WHA58.33, l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats Membres à élaborer des systèmes de financement de la santé propres à garantir à tous l'accès aux services dont ils ont besoin sans risque de désastre financier. Elle a reconnu qu'il leur fallait concevoir les moyens de parvenir à la couverture universelle en tenant compte de leur contexte macroéconomique, socioculturel et politique et qu'ils avaient le choix entre plusieurs options.

46. Donnant suite à cette résolution, le Secrétariat a renforcé et réorienté ses activités touchant le financement du système de santé, en le recentrant sur trois questions clés : comment collecter des fonds supplémentaires à affecter là où ils sont nécessaires ; comment les utiliser avec efficacité, efficience et équité ; et comment garantir que les groupes défavorisés aient accès aux services dont ils ont besoin sans risque de désastre financier ou d'appauvrissement. Il a diffusé des informations sur la politique de financement de la santé, conçu des outils d'aide à l'élaboration des mesures et offert un appui technique aux pays.⁴

47. Le Secrétariat s'efforcera dorénavant de renforcer l'appui technique aux pays, de développer les capacités, et de rassembler et diffuser des informations et outils pour la formulation des politiques. Ces activités consisteront notamment à localiser les montants consacrés à la santé, par qui, et pour quels services ; à déterminer le coût de l'amélioration des interventions et des programmes et ses répercussions sur l'état sanitaire ; à coordonner les mécanismes de financement (y compris les flux

¹ Document A/60/L.1.

² Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 8.

³ Document WHO/RHR/06.3.

⁴ Voir document EIP/HSF/HFP/2005.1 pour de plus amples informations.

émanant des donateurs) destinés à des maladies ou des interventions spécifiques avec l'ensemble du système de financement de la santé ; à déterminer les conséquences économiques de la maladie, et l'étendue ainsi que la nature des frais catastrophiques occasionnés par des services de santé ; enfin, à élaborer des politiques et des stratégies pour la passation de contrats dans le secteur de la santé et pour la conception appropriée de systèmes de financement de la santé permettant de parvenir à la couverture universelle. Des discussions sont en cours avec des partenaires extérieurs sur le meilleur moyen de faire face à la demande croissante d'appui technique au niveau national.

48. Plusieurs questions pendantes examinées à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé seront aussi traitées pendant l'année 2006. Il s'agit notamment de recueillir et de diffuser des données factuelles sur le rôle des filets de sécurité pour les pauvres (comme les mécanismes d'exonération des frais ou d'abandon des droits) et analyser les moyens de mettre en place un plan stratégique global de financement de la santé en coordonnant les diverses méthodes de perception des recettes, la mise en commun des ressources et les achats de services (par exemple charges sociales réservées à l'assurance-maladie, recettes fiscales générales, gestion mixte publique/privée des assurances et des prestations).

49. A sa cent dix-septième session, en janvier 2006, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.¹

G. LE ROLE DE LA CONTRACTUALISATION DANS L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE

50. Dans sa résolution WHA56.25, l'Assemblée mondiale de la Santé invitait instamment les Etats Membres à s'assurer que la contractualisation dans le secteur de la santé suivait des règles et des principes en harmonie avec la politique nationale de santé, et à élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de toutes les parties concernées. Depuis son adoption, le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé a nettement augmenté dans les pays développés comme dans les pays en développement. La contractualisation prend différentes formes selon le contexte national, passant de la délégation de responsabilités (concession, contrat de location, meilleure association entre secteurs privé et public, contrat-programme entre différents niveaux du système), à l'achat de services de santé ou à des relations contractuelles fondées sur la coopération (franchisage, maillage, partenariats). Les contrats peuvent impliquer le secteur public et des organismes à but tant lucratif que non lucratif, ou différents acteurs du secteur public. Des arrangements très complexes ont peu à peu tissé les relations entre de multiples intervenants du secteur de la santé, en particulier dans les pays développés.

51. Le Secrétariat a continué à s'efforcer de définir et d'analyser diverses approches de la contractualisation, en tenant compte des besoins pratiques des Etats Membres. Il a établi plusieurs documents, en particulier sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé.² De leur côté, les Bureaux régionaux de l'Europe et du Pacifique occidental ont produit des documents sur la contractualisation, en particulier s'agissant de l'achat des services de santé. Ces documents ont été présentés lors de plusieurs ateliers et séminaires internationaux, puis largement diffusés.

¹ Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 8.

² Document EIP/FER/DP.E.04.1.

52. Plusieurs pays ont bénéficié d'un appui pour leurs ateliers nationaux, où les différentes formes de contractualisation ont été présentées à diverses parties prenantes (gouvernements, organisations non gouvernementales, secteur privé, etc.), et ont continué à en bénéficier, en cas de besoin, à mesure qu'ils mettaient en place leurs propres stratégies pour incorporer la contractualisation dans leurs systèmes de santé. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a entrepris des études sur cette question dans dix pays, et organisé un atelier en avril 2005 pour établir un inventaire des progrès accomplis et une stratégie régionale sur le recours à la contractualisation. Une attention particulière a été accordée à l'appui à offrir aux pays qui ont décidé de concevoir des politiques nationales dans ce domaine, notamment le Burkina Faso, Madagascar, le Mali, le Maroc, le Sénégal et le Tchad.

53. En collaboration avec l'Institut de la Banque mondiale et l'OIT, l'OMS a organisé plusieurs ateliers interpays dans la Région africaine, auxquels des établissements de formation africains ont apporté leurs compétences en matière d'enseignement. Il s'agissait de renforcer les capacités techniques des utilisateurs d'instruments de contractualisation, en l'occurrence des cadres travaillant pour la plupart dans un ministère de la santé, une organisation non gouvernementale ou un système de microassurance. L'un de ces ateliers visait en particulier à transférer des connaissances et à mettre en commun les données d'expérience sur la conception de politiques nationales de contractualisation.

54. Un site Internet consacré à la contractualisation dans les systèmes de santé est actuellement en place ; il permet aux utilisateurs d'avoir accès à divers documents sur la question, de se renseigner sur les activités et les ateliers de formation prévus et, surtout, de mettre en commun leurs expériences pratiques.¹

55. Afin de poursuivre l'échange d'informations sur les expériences en matière de contractualisation, un numéro spécial du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* leur sera consacré vers la fin de 2006.

56. Pendant la période 2006-2007, on s'attachera plus particulièrement à l'évaluation des expériences novatrices en matière d'accès, d'efficacité, de qualité et d'équité. De plus, un laps de temps suffisamment long s'est écoulé depuis l'application des premières mesures pour justifier l'évaluation de certaines d'entre elles, afin de déterminer si les stratégies adoptées ont amélioré l'efficacité des systèmes de santé et permis qu'ils se développent de façon plus équilibrée.

57. A sa cent dix-septième session, en janvier 2006, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.²

H. RENFORCEMENT DES SOINS INFIRMIERS ET OBSTETRICAUX

58. Les personnels de santé ont été le thème à la fois de la Journée mondiale de la Santé 2006 et du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*.³ Toutes les activités futures de renforcement des soins infirmiers et obstétricaux seront mises en oeuvre dans le contexte plus large des stratégies de l'OMS

¹ www.who.int/contracting (en anglais et en français).

² Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 8.

³ *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

en faveur des personnels de santé. Le présent rapport récapitule certaines des réalisations faisant suite à la résolution WHA54.12.¹

La pénurie mondiale de personnels infirmiers et obstétricaux

59. Les Bureaux régionaux de l’Afrique, des Amériques, de l’Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont soutenu des réunions pluridisciplinaires chargées d’examiner le problème de la pénurie mondiale des personnels de santé et de recommander des stratégies régionales pour l’atténuer. Des études ont été effectuées dans les Régions africaine, des Amériques et du Pacifique occidental afin de rechercher les moyens de réduire les flux migratoires de personnel de santé.

Contribution des infirmières et des sages-femmes à l’amélioration des services de santé

60. Dans la Région africaine, les représentants de 11 pays anglophones à fort taux de mortalité maternelle ont élaboré des stratégies visant à renforcer l’enseignement, la réglementation et la pratique des soins obstétricaux. Le Bureau régional de l’Europe a élaboré un programme d’études pour l’enseignement continu dans neuf domaines d’activité.² Le Bureau régional de la Méditerranée orientale s’attache à renforcer les établissements de soins infirmiers ou obstétricaux et autres établissements de santé connexes afin d’améliorer la réaction en cas de situations d’urgence complexes ou dans les situations consécutives à un conflit.

61. La création dans la Région européenne des infirmières de santé de la famille au niveau du district s’est traduite par une amélioration de la prestation de services de santé,³ tandis que des approches mises en place à l’initiative des infirmières pour les soins aux personnes vivant avec le VIH dans la Région africaine ont permis de développer l’accès aux antirétroviraux.

62. L’OMS a continué d’apporter un soutien au réseau de 40 centres collaborateurs pour le développement des soins infirmiers et obstétricaux. Trente-trois établissements supplémentaires, situés principalement dans des pays en développement, ont été sélectionnés pour être désignés.

Programmation intégrée et appui aux accoucheurs qualifiés

63. En 2004, l’OMS a organisé une réunion des fonctionnaires responsables des soins infirmiers et obstétricaux, à laquelle ont assisté des représentants de 40 pays, qui ont proposé des mécanismes visant à renforcer l’application des priorités nationales et régionales en matière de santé en faisant appel aux compétences directionnelles.

64. Les consultations régionales sur les ressources humaines pour la santé ont bénéficié d’un appui et d’une importante participation de responsables des soins infirmiers et obstétricaux aussi bien dans le Pacifique occidental (2004) qu’en Asie du Sud-Est (2005). Les consultations organisées dans les Régions africaine et des Amériques (2005) n’ont pas bénéficié d’une représentation suffisante de

¹ Pour des informations plus détaillées, voir le document WHO/EIP/HRH/2006.

² *Nurses and midwives: a force for health. WHO European strategy for continuing education for nurses and midwives, 2003.* Copenhague, Bureau régional OMS de l’Europe, 2003.

³ *Fourth Workshop on WHO Family Health Nurse Multinational Study: Inter-country Evaluation. Report on a WHO workshop. Glasgow, Scotland, 20-21 January 2005.* Copenhague, Bureau régional OMS de l’Europe, 2005.

responsables des soins infirmiers et obstétricaux, ce qui a incité certains Etats Membres à demander l'organisation d'une consultation mondiale sur ce thème.

65. Au niveau mondial, 45 pays ont bénéficié de projets de développement des compétences directionnelles mis en oeuvre par le Conseil international des Infirmières avec le soutien technique de l'OMS. Un projet du même type visant les jeunes sages-femmes est actuellement mis en oeuvre par la Confédération internationale des Sages-Femmes.

66. La Déclaration conjointe intitulée *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié*, promulguée par l'OMS, la Confédération internationale des Sages-Femmes et la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, souligne l'importance de l'accoucheur qualifié pour réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.¹

Plan d'action et de coordination entre tous les organismes et organisations

67. Le document de l'OMS intitulé *Orientations stratégiques pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux* constitue une base pour la mise en oeuvre d'activités en matière de renforcement des services des soins infirmiers et obstétricaux dans les pays.² Le Bureau régional de l'Afrique a établi des lignes directrices pour aider les pays à mettre en oeuvre les orientations stratégiques.

Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux

68. L'OMS a continué à soutenir le groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux en organisant régulièrement des réunions et des téléconférences. Le groupe a fourni des avis et un appui pour la création d'une équipe spéciale chargée de collaborer plus étroitement avec le Secrétariat afin d'intégrer les soins infirmiers et obstétricaux dans les politiques et services de santé.

Systèmes d'indicateurs de performance uniformes

69. Une enquête mondiale est actuellement conduite afin de fournir des informations de base dans les principaux domaines où sont attendus des résultats en application des orientations stratégiques élaborées par l'OMS et ses partenaires. Une étude de suivi sera organisée en 2008. Une cartographie mondiale des services de santé mentale et des services obstétricaux est par ailleurs en cours pour aider les Etats Membres à planifier et mettre en oeuvre des programmes ciblés.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

70. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

¹ *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Déclaration conjointe OMS, ICM et FIGO.* Genève, 2004.

² *Orientations stratégiques pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux 2002-2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.