



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

## **Rapport du Secrétariat**

### **TABLE DES MATIÈRES**

	<b>Pages</b>
<b>Autres</b>	
M. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12) .....	2
N. Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments (résolution WHA63.3) .....	4
O. Changement climatique et santé (résolutions EB124.R5 et WHA61.19) .....	7
P. Partenariats (résolution WHA63.10).....	8

---

<sup>1</sup> Voir le document EB130/35 pour les parties A à C et EB130/35 Add.2 pour les parties D à L.

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

1. Dans la résolution WHA57.12, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de veiller à ce que l'Organisation consacre une attention prioritaire, des ressources et un intérêt suffisants pour soutenir la promotion et l'application efficaces de la Stratégie, d'apporter un soutien aux États Membres pour qu'ils puissent assurer un approvisionnement régulier en produits liés à la santé génésique, et de présenter des rapports au moins tous les deux ans. En septembre 2010, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, attirant ainsi à nouveau l'attention sur le rôle essentiel de la santé génésique pour la santé de la femme et de l'enfant d'une manière générale, et réitérant la nécessité d'accélérer les progrès.

2. Le Secrétariat continue à collaborer avec les États Membres dans le cadre des efforts visant à parvenir à un accès universel à des soins de santé sexuelle et génésique de qualité et à l'accès universel à ces soins. Les travaux menés au niveau régional consistent notamment à soutenir l'élaboration de cadres politiques et de plans d'accélération des activités pour améliorer la santé génésique et à contribuer aux documents finaux de haut niveau, ministériels ou parlementaires, sur la santé génésique et le développement. Un soutien technique est fourni dans un certain nombre de domaines, tels que le financement des soins de santé, le dialogue politique, les ressources humaines et le renforcement des capacités pour la prestation des services nécessaires dans les domaines clés de la santé sexuelle et génésique.

3. Un questionnaire de l'OMS a été distribué en 2011 aux États Membres afin d'évaluer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé génésique. Selon les résultats, des progrès ont été accomplis. Dans les 58 États Membres qui ont répondu à l'enquête, ces progrès ont été obtenus par les moyens suivants :

- le renforcement des partenariats visant à améliorer les capacités des systèmes de santé, à former le personnel et à fidéliser les personnels de santé qualifiés, et à accroître l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ;
- la mise à jour des cadres législatifs et réglementaires et leur alignement sur les plans stratégiques nationaux ;
- l'obtention d'un engagement politique moyennant la démonstration des liens vitaux qui existent entre l'amélioration de la santé génésique et le développement ;
- le renforcement du suivi, de l'évaluation et de la responsabilisation afin d'améliorer la base de données factuelles permettant de fixer les priorités ; et
- l'affectation de ressources nationales à la santé génésique : plus de 50 % des pays où l'enquête a été menée disposaient de procédures en place pour assurer le suivi des flux financiers.

4. Les résultats de l'enquête montrent également que de plus en plus fréquemment les interventions mises au point par l'OMS pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé génésique sont mises en pratique. Plus de 85 % des pays qui ont répondu à l'enquête ont indiqué que les soins prénatals ciblés avaient été intégrés aux programmes de santé génésique/maternelle ; dans 95 % des pays, le sulfate de magnésium est utilisé pour réduire le nombre des décès dus à la prééclampsie, ce qui représente une amélioration notable par comparaison aux conclusions de

l'enquête menée en 2009 ; et, dans plus de 95 % des pays, les médicaments essentiels en matière de santé génésique figuraient sur la liste nationale des médicaments essentiels. Toutefois, la contraception d'urgence ne faisait partie des méthodes contraceptives fournies par l'intermédiaire des programmes de santé publique que dans environ deux tiers des pays ; et seuls trois quarts d'entre eux indiquaient effectuer un dépistage précoce du cancer de l'utérus. En outre, le dépistage de la syphilis congénitale au cours de la grossesse n'était toujours pas universel.

5. Dans le même temps, les États Membres ont mis en lumière des obstacles à l'amélioration des services de santé génésique. Parmi ceux-ci figurent l'instabilité politique ou les situations de crise ; la médiocre qualité des soins ; la mauvaise coordination des efforts ; l'insuffisance des ressources humaines et le manque de motivation du personnel ; la pénurie de fonds et de produits de base ; la pauvreté ; le faible niveau d'engagement des communautés ; et les facteurs socioculturels.

6. Ces obstacles contribuent aussi aux irrégularités dans les progrès et sont responsables des disparités observées dans les résultats en matière de santé génésique, y compris des variations dans les taux de réduction de la mortalité maternelle d'une Région à l'autre. À l'échelle mondiale, la réduction annuelle du taux de mortalité maternelle a été de 2,3 % entre 1990 et 2008. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans la Région du Pacifique occidental, la baisse annuelle du taux de mortalité a été estimée à 5 %. Elle a été de 1,7 % et de 1,5 % respectivement dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale. Les progrès plus lents dans la réduction de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne par comparaison à l'Asie, ainsi qu'un nombre croissant de naissances se sont traduits par un important déplacement régional de la charge de la mortalité maternelle. En 1990, environ 58 % de l'ensemble des décès maternels dans le monde se produisaient en Asie et 36 % en Afrique subsaharienne ; en 2008, cette tendance a été inversée, 39 % des décès maternels à l'échelle mondiale se produisant en Asie et 57 % en Afrique subsaharienne, selon les estimations.

7. L'accès aux soins au cours de la grossesse et de l'accouchement est indispensable pour réduire le nombre de décès maternels et améliorer la santé maternelle. La proportion d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié est passée de 61 % dans les années 1990 à 66 % dans les années 2000 à l'échelle mondiale. Malgré les progrès considérables accomplis dans de nombreuses Régions, la couverture (c'est-à-dire la proportion d'accouchements en présence de personnel qualifié) reste faible dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans la Région africaine, où se produisent la majorité des décès maternels. Il existe des inégalités en fonction du lieu de résidence : au cours des dernières années, la proportion médiane de naissances en présence de personnel de santé qualifié est de 63 % dans les zones rurales, alors qu'elle est de 89 % dans les zones urbaines.

8. La planification familiale est un élément clé de la santé sexuelle et génésique et peut permettre de prévenir jusqu'à un tiers des décès maternels.<sup>1</sup> Bien que l'utilisation de la contraception chez les femmes mariées ou chez les femmes qui vivent en couple soit de plus de 60 % à l'échelle mondiale, on constate d'importantes différences d'une Région à l'autre. Les femmes d'Afrique subsaharienne ont le plus faible niveau d'utilisation de méthodes contraceptives (22 % en 2008). Les besoins non satisfaits de planification familiale, c'est-à-dire l'écart entre les femmes qui souhaitent espacer les grossesses ou cesser de procréer et celles qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, restent inchangés en Afrique subsaharienne depuis 1990 : leur proportion était de 26 % en 1990, et de 25 % en 2008.<sup>2</sup> Au sein des

---

<sup>1</sup> Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006; 368: 1810-1827.

<sup>2</sup> Objectifs du Millénaire pour le développement – Rapport de 2011. Nations Unies, New York, 2011, p. 35, [http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report\\_2011.pdf](http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf) (consulté le 23 novembre 2011).

pays, il existe une corrélation entre les besoins non satisfaits et la richesse des foyers, ceux-ci étant plus importants chez les femmes les plus pauvres.<sup>1</sup>

9. La grossesse peut entraîner pour les adolescentes des conséquences sanitaires et sociales néfastes, en particulier du fait qu'elles sont moins susceptibles d'avoir accès aux services de santé génésique.<sup>2</sup> Les données relatives aux 22 pays de l'Afrique subsaharienne pour la période 1998-2008 montrent que, chez les femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont mariées ou vivent en couple, les niveaux d'utilisation des méthodes contraceptives sont beaucoup plus faibles que pour l'ensemble des femmes en âge de procréer qui sont mariées ou vivent en couple (10 % et 21 % respectivement), et que le niveau des besoins de contraception non satisfaits est similaire (aux alentours de 25 %). Ainsi, la proportion d'adolescentes dont la demande en matière de contraception est satisfaite est nettement inférieure à celle de leurs homologues plus âgées (29 % contre 45 %).

10. Les adolescents et les hommes ont également besoin de services de santé sexuelle et génésique et d'informations dans ce domaine. Moins de 40 % des jeunes hommes des régions en développement savent que les deux façons d'éviter les infections sexuellement transmissibles sont, d'une part, l'utilisation de préservatifs et, d'autre part, soit l'abstinence soit le fait d'avoir un seul partenaire non infecté. La proportion de jeunes hommes déclarant qu'ils ont utilisé un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque varie de 38 % en Asie du Sud à 56 % dans les Caraïbes.<sup>3</sup> Il a été démontré que les programmes d'éducation à la sexualité avaient un effet significatif en réduisant les comportements sexuels à risque.<sup>4</sup>

11. Le Secrétariat a pris note de l'appel lancé par les États Membres afin que des ressources institutionnelles appropriées soient consacrées à la santé sexuelle et génésique et il travaille avec ses partenaires afin d'assurer la disponibilité de ressources durables. L'OMS et ses partenaires continuent à renforcer les capacités en matière de recherche ainsi que les capacités techniques, et à mettre en place des interventions efficaces de manière systématique en utilisant, entre autres, le Programme de partenariat stratégique.

## **N. PROMOTION D'INITIATIVES EN FAVEUR DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS (résolution WHA63.3)**

12. Les flambées récentes de maladies d'origine alimentaire, telles que la flambée d'infection à *Escherichia coli* O104:H4 survenue en Europe occidentale en 2011 et la contamination radioactive de certains produits alimentaires suite à la situation d'urgence dans la centrale nucléaire de Fukushima au Japon, ont mis en lumière la nécessité de mesures mondiales consolidées pour veiller à la sécurité sanitaire des aliments pour tous les États Membres à tous les niveaux.

---

<sup>1</sup> Objectifs du Millénaire pour le développement – Rapport de 2011. Nations Unies, New York, 2011, p. 35, <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2011.pdf> (consulté le 23 novembre 2011).

<sup>2</sup> Voir le document EB130/12 pour des informations plus précises sur le taux de naissances chez les adolescentes, qui reste élevé en Afrique subsaharienne (122 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans). Malgré une baisse de la fécondité totale en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Asie du Sud, la fécondité chez les adolescentes est toujours élevée dans ces régions.

<sup>3</sup> The Millenium Development Goals Report 2011 – Statistical Annex. United Nations, New York, 2011, p.12, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf> (consulté le 15 novembre 2011).

<sup>4</sup> Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 2006; 368: 1706-1728.

13. La résolution WHA63.3 reconnaît l'importance d'un engagement total de la part du secteur de la santé, en collaboration avec d'autres secteurs, afin d'assurer une gestion rationnelle de la sécurité sanitaire des aliments et demande aux États Membres et au Directeur général d'entreprendre les actions clés nécessaires pour promouvoir les initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments. On trouvera ci-après des informations actualisées sur les travaux du Secrétariat dans les domaines correspondants.

14. **Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN).** Le Réseau est devenu un programme conjoint qui est cogéré par la FAO et l'OMS depuis juin 2010. Ce partenariat a permis d'accroître la disponibilité des informations pour les autorités de sécurité sanitaire et d'améliorer la gestion globale. Il a également permis d'accroître le niveau d'interaction entre les initiatives correspondantes dans les deux organisations, assurant la synergie entre celles-ci, et a fourni l'impulsion requise pour un nouvel élargissement du Réseau.

15. La première Réunion mondiale d'INFOSAN, qui s'est tenue du 14 au 16 décembre 2010 à Abu Dhabi, a donné aux points focaux et aux points de contact d'urgence la possibilité de définir des recommandations pratiques en vue d'améliorer la communication et la collaboration. Les activités du secrétariat d'INFOSAN ont été axées sur le renforcement des capacités aux niveaux national et régional afin de promouvoir la participation au Réseau INFOSAN, l'établissement de liens avec les efforts suivis visant à renforcer les capacités essentielles des pays pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) ; et la fourniture régulière d'un soutien technique.

16. Au cours d'un certain nombre d'événements de contamination alimentaire et de flambées de maladies d'origine alimentaire, le secrétariat d'INFOSAN a recueilli et vérifié des informations importantes avant de les partager avec les membres du Réseau INFOSAN.

17. Dans diverses Régions de l'OMS, la capacité des pays à la fois à collaborer avec INFOSAN et à détecter, évaluer et gérer les incidents et les urgences en matière de sécurité sanitaire des aliments au niveau national s'est améliorée grâce à des ateliers et à un soutien technique.

18. **Outils pour l'échange d'informations.** Créer des liens entre les diverses sources de données sur la sécurité sanitaire des aliments et améliorer l'accès à ces sources peut aider les États Membres à gérer la sécurité sanitaire des aliments au niveau national. C'est dans cet esprit qu'un outil en ligne, convivial et interactif a été conçu pour intégrer les données et les informations pertinentes. Cet outil, désigné sous l'acronyme FOSCOLLAB, doit permettre d'améliorer l'échange de données afin de soutenir l'évaluation des risques et la prise de décisions dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments. Un plan d'activité détaillé a été élaboré pour cet outil après des consultations avec les pays.

19. **Évaluation de la charge des maladies d'origine alimentaire.** Le groupe de référence OMS sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire poursuit son travail d'évaluation de la charge mondiale des maladies d'origine alimentaire quelle qu'en soit la cause (microbiologique, parasitaire ou chimique). Des évaluations pilotes de la charge au niveau national ont débuté dans quatre pays (Albanie, Japon, Thaïlande et Ouganda). En outre, un guide a été élaboré pour que les données scientifiques soient traduites dans la pratique et aboutissent à de nouvelles politiques.

20. **Soutien régulier aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius.** L'OMS a continué à apporter un soutien financier et technique aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et à ses organes subsidiaires. En outre, 10 réunions d'experts scientifiques ont été organisées au cours du dernier exercice biennal afin d'évaluer les risques chimiques et biologiques posés par l'alimentation, en grande partie pour servir de fondement aux avis scientifiques destinés aux comités correspondants de la Commission.

21. Le Programme et Fonds FAO/OMS visant à faciliter la participation au Codex (Fonds fiduciaire du Codex) a apporté un soutien accru aux États Membres afin de favoriser la participation des pays en développement aux activités de la Commission du Codex Alimentarius. À la fin de 2010, le soutien financier fourni par le Fonds fiduciaire du Codex avait permis à 1423 participants venant de 132 pays d'assister aux réunions du Codex et de prendre part aux groupes spéciaux et aux groupes de travail. Trois cent trente-six autres participants ont bénéficié d'une aide pour participer aux cours de formation et aux ateliers du Codex.

22. **Zoonoses dont l'origine se situe à l'interface entre l'être humain et l'animal.** La collaboration entre la FAO et l'OIE s'intensifie afin de contribuer à fournir des orientations politiques pour prendre en charge les risques sanitaires à l'interface entre les écosystèmes humain et animal. Afin de soutenir ces efforts, les trois organismes partagent conjointement responsabilités et activités de coordination, et ont publié les détails de leur collaboration dans une note conceptuelle tripartite.<sup>1</sup> Un plan d'action conjoint tripartite qui transpose les orientations politiques en actions concrètes est en cours de mise en œuvre ; il tiendra compte des activités en cours qui sont un succès. Parmi celles-ci figure la collaboration sur le système mondial d'alerte rapide et d'intervention pour les maladies animales, y compris les zoonoses, qui tire parti de la valeur ajoutée que représentent la combinaison et la coordination des capacités d'alerte rapide et de riposte des trois organismes contre les menaces que représentent les maladies animales.

23. **Renforcement des capacités.** Outre les activités menées à bien par l'intermédiaire du Fonds fiduciaire du Codex, des ateliers de formation ont eu lieu dans les domaines de l'évaluation des risques des contaminants alimentaires, de la résistance antimicrobienne due à l'usage d'antibiotiques dans l'agriculture, et des capacités de laboratoire. Ils ont généralement été organisés par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS.

24. **Accroître la sensibilisation et promouvoir les comportements sains.** De nouveaux matériels d'information et de promotion de la santé dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments ont été élaborés, traduits dans différentes langues, testés sur le terrain et diffusés. À cet égard, l'OMS a continué à soutenir les États Membres dans l'élaboration et l'application de mesures préventives durables, y compris des programmes d'éducation en matière de sécurité sanitaire des aliments reposant sur le concept des cinq clés pour des aliments plus sûrs.

25. Le Bureau régional du Pacifique occidental a élaboré un projet de stratégie pour la sécurité sanitaire des aliments (2011-2015) dans la Région du Pacifique occidental, incluant les principaux thèmes sur lesquels les États Membres doivent faire porter leur action pour garantir la sécurité sanitaire des aliments. La stratégie a été présentée pour examen à la soixante-deuxième session du Comité régional du Pacifique occidental en octobre 2011.<sup>2</sup> Le Comité a ensuite approuvé la stratégie dans la résolution WPR/RC62.R5. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est met actuellement la touche finale à une stratégie similaire.

---

<sup>1</sup> FAO, OIE, WHO. *The FAO-OIE-WHO collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Office international des Épizooties, Organisation mondiale de la Santé, 2010. (Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf>, consulté le 12 octobre 2011.)

<sup>2</sup> Voir le document WPR/RC62/7.

## O. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ (résolutions EB124.R5 et WHA61.19)

26. Le présent rapport fait suite à la résolution EB124.R5, dans laquelle le Conseil exécutif a demandé au Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA61.19 et du plan de travail sur le changement climatique et la santé. Le rapport actualise également les informations fournies à l'Assemblée de la Santé en mai 2011.<sup>1</sup>

27. **Sensibilisation et persuasion.** Le Secrétariat a travaillé avec les États Membres afin de souligner l'importance de la santé dans la politique de changement climatique, et les liens entre le changement climatique et les autres déterminants environnementaux et sociaux de la santé. Parmi ces efforts figurent les manifestations organisées lors de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011). D'autres manifestations sont prévues pour la Dix-Septième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (qui doit se tenir à Durban, Afrique du Sud, du 28 novembre au 9 décembre 2011). Le Secrétariat assure la coordination d'un groupe de contact des délégués nationaux à la Convention-cadre afin de promouvoir l'examen de la santé dans le cadre des négociations, et il a établi un groupe consultatif d'associations de professionnels de la santé et d'organisations non gouvernementales afin d'obtenir et de diffuser des informations sur la sensibilisation aux questions de santé. Le Secrétariat a également mis à jour un audit de l'empreinte carbone de plusieurs bureaux de l'OMS dans le cadre de l'initiative « du bleu au vert » des Nations Unies, et examine actuellement des propositions de politiques visant à réduire les émissions.

28. **Partenariat avec des organisations du système des Nations Unies et d'autres parties.** L'OMS a contribué à la prise en compte de l'optique de la santé dans les réponses apportées au changement climatique par différents organes des Nations Unies, notamment : le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination ; le Comité de haut niveau des Nations Unies sur les programmes, la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et les réunions techniques et politiques qui lui sont associées ; et l'Équipe spéciale des Nations Unies sur les dimensions sociales du changement climatique qui relève du Comité de haut niveau sur les programmes et dont l'OMS est coorganisatrice. L'Organisation dirige aussi des activités visant à concevoir des cadres régionaux sur le changement climatique et la santé, et réunit des comités directeurs intersectoriels afin de mettre en œuvre les projets relatifs au changement climatique et à la santé. En conséquence, la santé est désormais reconnue comme l'un des secteurs clés dans le cadre des efforts d'adaptation au niveau mondial.

29. **Promouvoir et soutenir la production de données scientifiques.** Le Secrétariat a achevé sa contribution au rapport spécial établi par le Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat concernant les phénomènes climatiques extrêmes. Il continue à travailler à l'identification des avantages potentiels des stratégies visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre dans les secteurs clés évalués par le Groupe intergouvernemental, et a publié des rapports sur les secteurs du logement<sup>2</sup> et du transport.<sup>3</sup> L'OMS travaille avec l'OMM et d'autres partenaires afin de mettre au

---

<sup>1</sup> Document A64/26.

<sup>2</sup> *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf), consulté le 21 octobre 2011).

<sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. WHO. *Urban transport and health: on behalf of Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ)*. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf), consulté le 21 octobre 2011).

point la composante santé du nouveau cadre mondial pour les services climatologiques, et elle a produit de nouveaux rapports et guides techniques sur des sujets tels que la vulnérabilité et l'évaluation des capacités d'adaptation<sup>1</sup> et les spécificités homme-femme, le changement climatique et la santé.<sup>2</sup> Un guide donnant des conseils sur les réponses sanitaires à apporter aux vagues de chaleur a également été publié.<sup>3</sup>

30. **Renforcer les systèmes de santé pour protéger les populations des conséquences négatives du changement climatique pour la santé.** L'OMS a obtenu l'approbation ministérielle pour de nouveaux cadres visant à protéger la santé des changements climatiques dans la Région africaine et dans la Région des Amériques, qui permettront d'orienter des plans d'adaptation des systèmes de santé nationaux. Le Secrétariat a désormais achevé les évaluations de la vulnérabilité dans le domaine de la santé et des besoins d'adaptation qui en découlent dans plus de 30 pays. Un projet pilote portant sur l'adaptation de la santé publique au changement climatique auquel participent sept pays (la Barbade, le Bhoutan, la Chine, les Fidji, la Jordanie, le Kenya et l'Ouzbékistan) arrive à la fin de sa première année d'existence. En outre, au Bureau régional de l'Europe, un projet d'adaptation des systèmes de santé, dont le Bureau assure la coordination en Asie centrale et en Europe orientale (en Albanie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, dans la Fédération de Russie, au Tadjikistan, en Ex-République yougoslave de Macédoine et en Ouzbékistan), a été mis en place depuis deux ans, tandis que des travaux sur les composantes santé des projets des équipes de pays des Nations Unies en Chine, en Jordanie et aux Philippines entament également leur troisième année d'existence. En dernier lieu, l'OMS a lancé un nouveau projet à grande échelle sur le changement climatique et les maladies à transmission vectorielle dans la Région du Pacifique occidental.

31. Le Secrétariat soutient ces activités par l'intermédiaire d'un programme de renforcement des capacités qui comprend des matériels de formation, une base de données de l'expertise nationale, des conseils sur l'accès aux sources de financement, un instrument destiné aux gestionnaires de programme sur l'adaptation de la santé publique, et un centre d'échange d'informations sur les programmes d'adaptation des systèmes de santé publique existants.

## **P. PARTENARIATS (résolution WHA63.10)<sup>4</sup>**

32. En 2010, l'Assemblée de la Santé a, dans la résolution WHA63.10, prié le Directeur général d'élaborer un cadre opérationnel pour l'hébergement de partenariats formels par l'OMS, et d'appliquer

---

<sup>1</sup> Protecting health from climate change. Vulnerability and adaptation assessment. Draft for discussion. World Health Organization, Pan American Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/globalchange/VA\\_Guidance\\_Discussion.pdf](http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf), consulté le 13 octobre 2011).

<sup>2</sup> *Gender, climate change and health*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>, consulté le 13 octobre 2011).

<sup>3</sup> *Public health advice on preventing health effects of heat*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/147265/Heat\\_information\\_sheet.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf), consulté le 14 octobre 2011).

<sup>4</sup> L'expression « partenariat mondial pour la santé » est définie dans le document A63/44, paragraphe 1, note de bas de page 2, comme désignant le plus souvent « une relation formelle de collaboration entre plusieurs organisations dans laquelle les risques et les avantages sont partagés en vue d'un objectif commun. Ces partenariats ont leur propre organe de gouvernance ». Au sein de l'OMS, ces partenariats n'ont pas d'identité juridique distincte. Dans la Politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement (WHA63/2010/REC/1, annexe 1), il est stipulé au paragraphe 6 qu'« on entend par « partenariats formels » les partenariats qui sont dotés ou non de la personnalité juridique mais qui ont leur propre structure de direction (par exemple un conseil ou un comité directeur) [qui prend] des décisions concernant les orientations, les plans de travail et les budgets ».



la politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement aux modalités actuelles d'hébergement, afin de garantir leur conformité avec les principes mêmes de cette politique. La résolution a en outre prié le Directeur général de soumettre au Conseil exécutif pour examen et décision toutes propositions relatives à l'hébergement de partenariats formels par l'OMS.

33. Au cours des cinq dernières années, il n'y a pas eu de nouveau partenariat formel. Au moment de la rédaction du présent rapport, l'OMS héberge 13 partenariats formels pour la santé.

34. Depuis 2009, comme il est noté dans le présent paragraphe, le statut de quatre partenariats formels a changé, reflétant la souplesse de la nature des liens de l'OMS avec tout partenariat quel qu'il soit. Au sein de chaque partenariat, l'entité chargée de la gouvernance peut réévaluer la mission, la taille, le besoin d'autonomie du partenariat, et ses liens avec l'OMS. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est ainsi séparé de l'OMS en 2009, pour devenir une fondation indépendante, régie par le droit suisse. Le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement a été transféré de l'OMS au Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets en 2009, compte tenu de la meilleure adéquation entre ce dernier et les activités du Conseil. En 2010, le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique a cessé d'exister et le secrétariat de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques a été créé (mais n'est pas hébergé par l'OMS). En 2011, le service de suivi santé et nutrition a été réintégré au sein de l'OMS, du fait de l'achèvement de sa mission initiale et de sa compatibilité avec la mise en place d'une nouvelle équipe renforcée chargée de la surveillance épidémiologique dans les situations humanitaires dans le cadre du nouveau Groupe Poliomyélite, situations d'urgence et collaboration avec les pays.

35. En 2011, l'OMS a élaboré un document général sur les modalités d'hébergement d'un partenariat formel par l'Organisation mondiale de la Santé, y compris la prestation d'un secrétariat et de services administratifs, qui résume et communique les règles et règlements de l'OMS<sup>1</sup> auxquels les partenariats hébergés sont tenus de se conformer. Ce cadre opérationnel détaille les diverses prescriptions pour l'hébergement d'un partenariat et de son secrétariat. Ces modalités s'inspirent des orientations de la nouvelle « Politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement », qui a été approuvée par la résolution WHA63.10,<sup>2</sup> des règles et règlements de l'OMS applicables, ainsi que des meilleures pratiques au sein de l'Organisation, le cas échéant.

36. Deux programmes spéciaux de l'OMS, l'un sur la recherche sur les maladies tropicales, l'autre sur la recherche en reproduction humaine, ainsi que le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ont un statut à part par rapport aux partenariats formels hébergés par l'Organisation qui ont été mentionnés plus haut. Chacun de ces dispositifs a été spécifiquement prescrit par l'Assemblée de la Santé, l'OMS étant l'organisme d'exécution. Les deux programmes spéciaux font partie du budget programme.

37. À la mi-2011, il y avait environ 470 membres du personnel, titulaires d'engagement à durée déterminée ou d'engagement à court terme, travaillant pour les partenariats hébergés par l'OMS, les

---

<sup>1</sup> Par règles et règlements, on entend la Constitution de l'OMS, le Règlement financier et les Règles de Gestion financière, le Statut et le Règlement du Personnel, ainsi que les autres règles, politiques, procédures, pratiques et lignes directrices administratives, y compris les normes techniques, lignes directrices et procédures de l'OMS, ainsi que toutes les résolutions pertinentes des organes directeurs de l'OMS.

<sup>2</sup> Voir le document WHA63/2010/REC/1, annexe 1.

programmes spéciaux et le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En 2010, les recettes enregistrées pour ces partenariats et programmes spéciaux étaient d'environ US \$550 millions, dont US \$345 millions pour UNITAID et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose. Conformément à la politique concernant la participation, l'OMS élabore actuellement un mécanisme afin de s'assurer qu'elle sera « remboursée de toutes les dépenses d'appui administratif et technique engagées dans l'exercice de ses fonctions d'hébergement et la mise en œuvre ou le soutien des activités des partenariats »,<sup>1</sup> en tenant compte des retenues existantes au titre des dépenses d'appui au programme et des prélèvements en rapport avec l'occupation des postes.

38. Étant donné que l'OMS appliquera pleinement les normes comptables internationales du secteur public à ses rapports financiers à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les partenariats formels qu'elle héberge ont fait l'objet d'un examen pour assurer leur conformité avec celles-ci. Tous les partenariats, à l'exception d'UNITAID et du Programme africain de lutte contre l'onchocercose, continueront à faire l'objet d'une consolidation dans le rapport financier de l'OMS conformément aux prescriptions des normes comptables internationales du secteur public.

39. En novembre 2010, le Bureau des services de contrôle interne a évalué la participation de l'Organisation à divers partenariats. En 2011, le Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance a commencé à examiner les modalités d'hébergement appliquées par l'OMS aux partenariats. Les deux organes ont examiné les relations d'hébergement existant entre l'OMS et les partenariats, et ont réaffirmé la nécessité pour les partenariats de se conformer aux règles et règlements de l'OMS. Certains partenariats commandent leurs propres évaluations indépendantes ; toutefois, le Secrétariat élabore actuellement une approche standard simple, permettant de suivre et d'évaluer l'efficacité des secrétariats des partenariats, leurs efforts de synergie et de concordance pour ce qui est des règles et règlements de l'OMS.

40. Outre les partenariats formels, l'OMS continue à s'engager auprès de diverses organisations des Nations Unies et parties prenantes non étatiques dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le rapport du Secrétariat sur la collaboration,<sup>2</sup> dont l'Assemblée de la Santé a pris note,<sup>3</sup> ainsi que les rapports annuels du Comité permanent des Organisations non gouvernementales au Conseil exécutif font état de certaines de ces activités. La gestion par l'OMS de plus de 60 réseaux et alliances (ceux qui ne disposent pas de leurs propres modalités de gouvernance) permet à l'Organisation de réunir les parties prenantes et de faciliter la réalisation des objectifs, moyennant notamment la promotion des résultats sanitaires, la garantie d'une coordination optimale entre les activités au niveau du terrain, et l'assurance que les services sont fournis de manière cohérente et efficace. Parmi les exemples d'alliances qui sont un succès figurent le Partenariat international pour la santé (secrétariat conjoint OMS-Banque mondiale), l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et le mécanisme « Harmonisation pour la santé en Afrique ».

= = =

---

<sup>1</sup> WHA63/2010/REC/1, annexe 1, paragraphe 23.

<sup>2</sup> Document A64/42.

<sup>3</sup> Voir le procès-verbal de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, A64/B/SR/4, section 3.