



Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1)	2
B. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1)	4
C. Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (résolution WHA60.18)	8
D. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)	9
E. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA59.19)	11
F. Renforcement des systèmes d'information sanitaire (résolution WHA60.27)	13
G. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31)	14
H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25)	18
I. Usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16).....	19
J. Amélioration des médicaments destinés aux enfants (résolution WHA60.20).....	20
K. Technologies sanitaires (résolution WHA60.29).....	22
L. Multilinguisme (résolution WHA61.12).....	23
Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé.....	24

A. POLIOMYELITE : DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES SUSCEPTIBLES DE COMPROMETTRE L'ERADICATION (résolution WHA61.1)

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

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

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

4. Au Pakistan, et dans une moindre mesure en Afghanistan, le nombre de cas de poliomyélite a fortement augmenté au cours du second semestre 2008, la dégradation des conditions de sécurité ayant entraîné des mouvements de population à grande échelle et des flambées dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite, notamment dans la province pakistanaise du Punjab. A la fin de 2008 et au début de 2009, le Pakistan a augmenté le nombre des activités de vaccination supplémentaires nationales pour compléter les activités de ratissage dans les zones réservoirs connues comme la province du Sindh où la couverture pendant les activités de vaccination supplémentaires était sous-optimale. Au début de 2009, la poliomyélite se limitait en grande partie aux zones où l'insécurité

entrave les activités de vaccination supplémentaires, à savoir surtout la province de la frontière du nord-ouest au Pakistan et trois des 34 provinces afghanes (toutes trois dans la région sud du pays). Cette situation a été tragiquement illustrée par la mort en 2008 de deux médecins et de leur chauffeur affectés par l'OMS à l'effort d'éradication de la poliomyélite dans la province de Kandahar en Afghanistan.

5. La riposte aux flambées se poursuit dans les 16 pays ayant enregistré des cas associés à l'importation du poliovirus en 2008 et au début de 2009. Il est préoccupant de constater que 12 de ces pays ont été réinfectés depuis le milieu de 2008, ce qui démontre que le poliovirus continue de se propager au niveau international. Trois des flambées se sont poursuivies pendant plus de 12 mois en raison d'activités de riposte sous-optimales¹ – en Angola, en Ethiopie ainsi qu'au Tchad et dans des zones frontalières au sud du Soudan. Alors que le risque d'importation du poliovirus reste élevé au niveau mondial, 90 Etats Membres n'ont pas maintenu la surveillance au niveau de la certification de la paralysie flasque aiguë, comme demandé pour la certification mondiale, et 39 n'ont pas maintenu la couverture vaccinale systématique par le vaccin antipoliomyélitique oral au-dessus de 80 % comme recommandé dans la résolution WHA61.1.

6. Afin de réduire le risque de propagation internationale du virus, le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite a instamment prié l'OMS, en novembre 2008, de modifier ses recommandations sur la vaccination contre la poliomyélite dans *Voyages internationaux et santé*² pour que tous les voyageurs en provenance et à destination de pays touchés par la poliomyélite soient entièrement vaccinés. Il est recommandé aux voyageurs qui résident dans une zone touchée par la maladie de recevoir une dose supplémentaire de vaccin antipoliomyélitique oral entre un et 12 mois avant chaque voyage international.

7. Les activités de mobilisation des ressources ont été renforcées afin de maintenir l'intensification de l'effort d'éradication en 2009-2010. En 2008, les pays d'endémie et un certain nombre de donateurs anciens et nouveaux ont apporté des ressources supplémentaires pour les activités d'éradication, d'importantes contributions portant sur plusieurs années ayant été annoncées par Rotary international, la Fondation Bill & Melinda Gates et plusieurs pays du G8, lesquels ont renouvelé leur engagement en faveur de l'éradication lors de leur Sommet de 2008 (Hokkaido, Toyako, Japon, 7-9 juillet 2008). D'importantes activités de mobilisation des ressources se poursuivront afin d'assurer le financement complet de l'intensification de l'effort d'éradication. Au 27 février 2009, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite présente un déficit de financement mondial pour la période 2009-2010 de US \$340 millions pour un budget de US \$1340 millions.

8. Les nouvelles recherches sur la gestion des risques à long terme de réintroduction du poliovirus et de réémergence de la maladie portent notamment sur les points suivants : mise au point, mise à l'épreuve sur le terrain et introduction de l'amplification génique (PCR) en temps réel pour la détection plus rapide des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales ; huit études destinées à mieux caractériser les risques d'excrétion de poliovirus dérivés de souches vaccinales associée à une immunodéficience chronique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; recherche sur l'utilisation d'adjuvants et stratégies visant à réduire les doses et à raccourcir le calendrier vaccinal de manière à diminuer les coûts associés à l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques inactivés

¹ En ce qui concerne les activités que les Etats Membres étaient instamment invités à prendre dans la résolution WHA59.1.

² Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite, novembre 2008. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, **84**(3):17-28.

existants ; et projet de développement clinique relatif à la production d'un vaccin antipoliomyélitique inactivé préparé à partir de poliovirus de la souche Sabin.

9. Comme base d'un nouvel effort d'éradication de la poliomyélite, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré un nouveau plan stratégique pour 2009-2013. Le plan regroupe les stratégies d'éradication qui ont fait leurs preuves et les instruments et solutions pratiques récemment mis au point (c'est-à-dire les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents et leur utilisation) avec des initiatives nouvelles et spécifiques aux différents pays pour répondre aux défis principaux dans chaque zone encore touchée par la poliomyélite.¹ Ces nouvelles initiatives sont notamment les suivantes : mise au point de nouveaux vaccins (par exemple vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents) ; nouvelle forme d'utilisation de vaccins existants dans les zones où l'efficacité des vaccins antipoliomyélitiques oraux est compromise (c'est-à-dire vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1 à titre plus élevé et vaccins antipoliomyélitiques inactivés) ; utilisation ciblée d'enquêtes de séroprévalence pour déterminer avec plus de précision l'efficacité des vaccins et des programmes ; stratégies fondées sur l'administration d'une dose supplémentaire après un intervalle plus court pour administrer des doses supplémentaires aux communautés vivant dans des zones confrontées à des problèmes de sécurité ; poursuite des campagnes annuelles d'administration du vaccin antipoliomyélitique oral dans les zones confrontées à des cas importés récurrents ; et pleine application des engagements des gouverneurs des Etats du nord du Nigéria, contenus dans le communiqué du 2 février 2009, intitulé « Engagements d'Abuja pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria ».²

10. En octobre 2008, le Directeur général a annoncé avoir demandé une évaluation indépendante de l'effort d'éradication intensifié après 24 mois en mars 2009. Après consultation des parties prenantes de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'évaluation mettra l'accent sur les principales zones touchées en vouant une attention particulière aux défis prioritaires dans chacune d'elles¹ et établira un plan commun concernant les mesures nécessaires pour atteindre les étapes 2009 et 2010 du Plan stratégique 2009-2013 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

B. ERADICATION DE LA VARIOLE : DESTRUCTION DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE (résolution WHA60.1)

11. Le présent document rend compte de la dixième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique (Genève, 19 et 20 novembre 2008) et des travaux du Secrétariat. Dans la résolution WHA60.1, l'Assemblée de la Santé priait le Directeur général de procéder en 2010 à un examen majeur des résultats des recherches entreprises conformément aux termes de la résolution WHA55.15, afin que la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé puisse parvenir à un consensus mondial sur la date de destruction des stocks existants de virus variolique.

12. **Le point sur les propositions de recherche soumises à l'OMS.** Le Comité consultatif a reçu une liste des propositions de recherche actuellement approuvées par son sous-comité scientifique. Dans l'ensemble, 18 programmes de travail ont été approuvés. Concernant l'examen majeur des résultats des recherches sur le virus variolique de 2010, les projets de recherche en cours doivent être menés à leur terme, leur prolongation éventuelle ne pouvant être envisagée qu'une fois l'examen

¹ Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite, novembre 2008. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, **84**(3):17-28.

² Accessible en ligne sur www.polioeradication.org.

finalisé ; cela n'empêche pas de soumettre des propositions de recherche mais signifie qu'il est essentiel d'avoir des objectifs de recherche clairs pour faciliter leur évaluation.

13. **Souches virales détenues dans les deux conservatoires.**¹ Le Comité a examiné les données relatives aux souches de virus variolique et isolements primaires des deux collections. La création d'un nouveau laboratoire de sécurité biologique niveau 4 dans les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique prévue en 2009 accroîtra la capacité de recherche. Depuis le rapport précédent au Comité,² il n'y a eu aucune adjonction ni retrait des conservatoires de longue durée, mais du matériel a été retiré des stocks de laboratoire pour des travaux effectués selon des protocoles de recherche approuvés. Au centre VECTOR de la Fédération de Russie, un nouveau conservatoire disposant d'une sécurité renforcée a été créé. Au cours de l'année écoulée, 200 unités de matériel de travail non viable ou dupliqué ont été détruites, ramenant le nombre total de flacons du conservatoire russe à 691.

14. **Le point sur la prophylaxie et le traitement.** Le Comité a été informé des progrès de la recherche sur les anticorps monoclonaux chimériques chimpanzé/homme. Des associations d'anticorps ont permis de protéger complètement des souris soumises à une inoculation d'épreuve par le virus de la vaccine et ont également eu une action thérapeutique. Les avancées récentes enregistrées dans le développement d'antiviraux contre les orthopoxvirus comprennent la synthèse et la mise à l'épreuve d'une série de composés à la recherche d'une activité antivirale en culture cellulaire contre divers orthopoxvirus ; 74 composés appartenant à trois groupes se sont avérés avoir une activité et il est prévu d'étendre cette recherche au virus de la vaccine et au virus de l'ectromélie chez la souris. Le précurseur du cidofovir administré par voie orale, à savoir le CMX001, et une série d'autres composés sont actuellement à l'étude. Des études pharmacocinétiques complémentaires relatives à l'administration orale du ST-246 ont été menées de façon à établir les doses appropriées, qui se sont avérées efficaces chez le modèle primate de l'orthopoxvirose simienne. Le ST-246 a été fourni en urgence (à titre compassionnel) en 2007 pour le traitement d'un cas clinique de pustulose varioliforme aiguë, et le fabricant étudiera les demandes qui lui seront faites directement si un tel usage devait à nouveau être nécessaire.

15. **Le point sur les épreuves diagnostiques.** Le Comité a été informé des développements récents survenus au niveau des épreuves diagnostiques. Deux d'entre elles, basées sur la PCR en temps réel, ont été conçues pour le terrain ; l'une a permis de différencier le virus variolique d'autres orthopoxvirus et l'autre de distinguer une variole majeure d'une variole mineure. Les informations relatives à ces deux épreuves sont dans le domaine public. Une autre voie de recherche a été le développement d'épreuves diagnostiques applicables « au chevet du malade », faisant appel à des protéines pour la recherche d'anticorps et d'antigènes. Des études pilotes sur une épreuve sérologique appliquée dans les conditions du terrain en République démocratique du Congo ont confirmé la robustesse de l'épreuve. Le Comité a pris note de l'application potentielle de ces systèmes diagnostiques sur le terrain, pour autant qu'ils soient d'un prix abordable et disponibles.

16. **Le point sur les modèles animaux.** Le Comité a été informé des résultats de cinq années de mise au point de modèles de primates autorisés par l'OMS afin de faciliter l'évaluation et l'homologation des antiviraux et des vaccins en appliquant la règle d'efficacité chez l'animal de la Food and Drug Administration des Etats-Unis d'Amérique. Ces modèles ont simulé la variole humaine

¹ Centre de Recherche de l'Etat sur la Virologie et la Biotechnologie (VECTOR), Koltsovo, région de Novossibirsk, Fédération de Russie, et Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique.

² Document EB122/29 Add.1, section E.

mais auraient pu être améliorés en imitant des modes d'exposition plus naturels. Des améliorations supplémentaires ont été décrites mais, bien qu'il existe des parallèles entre l'orthopoxvirose simienne et la variole, le Comité a entendu des points de vue contradictoires concernant l'utilité de l'orthopoxvirose simienne comme succédané approprié de la variole. Des progrès importants ont été accomplis, mais il est souhaitable d'affiner encore les modèles animaux.

17. **Le point sur les vaccins et la vaccination.** Le Comité a été informé des résultats d'expériences utilisant du virus variolique vivant comme cible d'épreuves de neutralisation par réduction des plages de lyse lors de l'évaluation des différents schémas de vaccination. Les données laissent à penser que ces épreuves peuvent être importantes pour l'évaluation des vaccins antivarioliques. Le Comité a également été informé des derniers développements concernant le vaccin LC16m8, préparé à partir d'un virus de la vaccine atténué, actuellement stocké au Japon et qui pourrait conférer une immunité protectrice de longue durée chez l'homme. Le Comité a pris note de plusieurs avantages présentés par le LC16m8 et a fait valoir que le LC16m8 n'avait pas reçu une attention suffisante en tant que vaccin antivariolique moins réactogène.

18. **Questions réglementaires.** Un aperçu a été donné des stratégies actuelles visant à améliorer la sécurité du vaccin antivariolique tout en maintenant son efficacité. Aux Etats-Unis d'Amérique, le Center for Biologics and Research de la Food and Drug Administration demande que tout nouveau vaccin candidat fasse la preuve de son efficacité dans plusieurs modèles animaux de la variole, mais pas nécessairement dans un modèle d'infection par le virus variolique. L'utilisation de virus varioliques vivants serait toutefois souhaitable, car elle permettrait d'accélérer le processus d'examen et serait nécessaire pour l'évaluation des nouveaux antiviraux. Il a été avancé que l'utilité des modèles animaux d'infection par des virus autres que celui de la variole ne doit pas être sous-estimée et qu'ils doivent être pleinement exploités. D'autres membres ont souligné qu'une meilleure connaissance des indicateurs de l'immunité ou de la pathogenèse pourrait être nécessaire pour l'évaluation des nouveaux vaccins et médicaments candidats.

19. **Est-il nécessaire de constituer des stocks de ST-246 ?** Le Secrétariat a informé le Comité que son précédent rapport avait suscité l'intérêt des Etats Membres, en particulier concernant l'accès aux antiviraux. Le Comité a estimé qu'il serait prématuré de constituer un stock OMS de l'un quelconque des médicaments ayant jusqu'ici montré une activité prometteuse chez les modèles animaux de la variole, mais dont l'utilisation n'avait pas encore été approuvée par les autorités de réglementation pharmaceutique. Une évaluation approfondie des scénarios épidémiologiques potentiels serait nécessaire pour procéder à une estimation des besoins en médicaments une fois qu'ils seront approuvés. Le Secrétariat agira en tant que modérateur entre les utilisateurs potentiels et la firme pharmaceutique au cas où du ST-246 serait nécessaire en urgence pour être utilisé à titre compassionnel.

20. **Synthèse du virus variolique.** Le Comité a reçu un bref examen de la littérature qui laisse à penser que la technologie actuellement disponible pourrait permettre de recréer l'ensemble du génome du virus variolique grâce à la seule synthèse chimique, comme cela a été fait pour d'autres micro-organismes plus grands. Le Secrétariat a rappelé au Comité que l'OMS avait publié des lignes directrices¹ relatives à l'utilisation de fragments d'ADN du virus variolique qui interdisaient strictement toute synthèse du virus. Les membres du Comité ont été vivement encouragés à diffuser largement ces lignes directrices, pas uniquement dans la communauté de la recherche sur les

¹ *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008, **83**(44):393.

orthopoxvirus, mais également auprès des responsables de l'élaboration des politiques et autres chercheurs.

21. **Examen des propositions de recherche.** Le Comité a accepté la proposition selon laquelle le sous-comité scientifique devrait être élargi à sept membres et a approuvé sa nouvelle composition et les mécanismes visant à accroître son efficacité.

22. **Examen de 2010 et son déroulement.** Le Comité a examiné le calendrier nécessaire pour entreprendre l'examen majeur de 2010 et décidé d'envisager les étapes suivantes : 1) une analyse complète de la littérature et des données non publiées concernant la recherche sur le virus variolique vivant que devra entreprendre un groupe de scientifiques, approuvée par le Comité et représentant tous les domaines de la recherche-développement sur les orthopoxvirus ; 2) l'étude par le Comité consultatif de l'examen susmentionné ; 3) une étude externe de l'examen susmentionné par des experts indépendants n'appartenant pas au domaine de la recherche sur le virus variolique ; et 4) la préparation d'un rapport sur l'examen majeur pour analyse finale par le Comité consultatif. Un rapport du Secrétariat sera soumis au Conseil exécutif pour examen lors de sa session de janvier 2011, et ce rapport ainsi que les observations du Conseil seront ultérieurement examinés par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité a convenu que l'examen de l'état de la question devrait cibler un large éventail de lecteurs et couvrir les sujets suivants : l'état actuel des stocks et des conservatoires du virus variolique, des méthodes diagnostiques, de la génomique, des vaccins, des agents thérapeutiques, des modèles animaux et de la pathogenèse et des avantages qu'ils présentent. L'examen final par le Comité consultatif doit également faire apparaître les questions de politique, par exemple la façon de faire face aux flambées et de les gérer, et la réglementation applicable aux produits biologiques et médicaments pertinents, ainsi que les conclusions finales et les recommandations concernant la voie à suivre.

23. **Réseau diagnostique pour le virus de la variole.** Le Comité a évoqué l'éventuelle nécessité d'un « réseau OMS informel de laboratoires de confirmation du diagnostic de variole » et a estimé qu'un tel réseau serait important ; des renseignements supplémentaires sont nécessaires concernant les critères d'inclusion dans ce réseau, la gestion de la qualité et les tests diagnostiques. Le fait de limiter la culture de matériel potentiellement infectieux constitue un sujet de préoccupation particulier. Le Comité a également étudié la manière dont on pourrait officialiser un tel réseau, en particulier s'agissant de la vérification des capacités de diagnostic de la variole grâce à la participation des deux centres collaborateurs OMS pour la variole, mais aucun critère n'a été défini.

24. A sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, le Conseil exécutif a pris note du rapport de situation.¹

25. En mars 2009, une équipe de l'OMS chargée de la sécurité biologique a inspecté le conservatoire autorisé dans les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Etats-Unis d'Amérique). L'équipe a été impressionnée par les dispositions prises en matière de sécurité et de sûreté et a formulé certaines recommandations à considérer comme devant contribuer à une constante amélioration des conditions. Le rapport de la mission est en train d'être finalisé et sera mis à la disposition du public pour information, comme demandé par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA60.1.

¹ Voir le document EB124/2009/REC/2, summary record of the twelfth meeting, section 4.

C. PALUDISME, Y COMPRIS PROPOSITION D'INSTAURER UNE JOURNÉE MONDIALE DU PALUDISME (résolution WHA60.18)

26. En janvier 2008, l'OMS a réuni un groupe d'étude chargé d'examiner les questions techniques constituant le fondement de la lutte contre le paludisme et d'étudier quelles étaient les possibilités d'éradiquer la maladie. Les réalisations de ces dernières années montrent que, si l'on développe rapidement des interventions efficaces contre le paludisme, il est possible de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité dues à cette maladie, dans des délais relativement courts, dans toutes les situations épidémiologiques. Toutefois, le paludisme ne peut être éradiqué avec les outils existants. Le Secrétariat propose de convoquer en 2010 une réunion du Comité d'experts du Paludisme afin de formuler des recommandations techniques sur la lutte antipaludique et l'élimination de la maladie.

27. L'OMS travaille à tous les niveaux avec des partenaires comme l'UNICEF, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, l'Initiative du Président des Etats-Unis d'Amérique contre le paludisme et le groupe de travail sur l'harmonisation dans le cadre de l'Initiative Faire reculer le paludisme, en vue d'aider les pays à préparer des demandes pour les séries d'appels 7 et 8 dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce soutien a eu des résultats inédits : 70 % environ des demandes de financement présentées au niveau des pays pour la lutte contre le paludisme et son élimination ont abouti.

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

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

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

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

¹ *World malaria report 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

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

33. Des problèmes majeurs en matière de ressources et de moyens continuent de se poser :

- L'insuffisance du financement des mesures de lutte contre le paludisme demeure une question importante dans certains pays qui ne disposent pas de crédits suffisants ou ne gèrent pas les fonds disponibles de manière appropriée.
- Dans les pays où le paludisme est endémique, il faudra davantage de ressources humaines, au niveau de la gestion et des moyens techniques, pour mener les interventions dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.
- Alors que les demandes de soutien technique augmentent, les financements ne sont pas suffisants. L'OMS et ses partenaires sont donc confrontés au défi majeur que constitue le maintien de ressources humaines adéquates pour répondre aux besoins des pays.
- Au lieu de se limiter aux services de santé, un effort important nécessaire pour accroître la capacité des systèmes de santé devrait donner aux communautés les moyens d'atteindre les objectifs en matière de traitement et de prévention.
- L'incidence du paludisme et le nombre de décès dus à cette maladie diminuant en de nombreux endroits, les systèmes de surveillance sont davantage sollicités pour le suivi des progrès réalisés.
- Des ressources sont nécessaires pour soutenir la recherche sur de meilleures formes d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, notamment à usage pédiatrique, ainsi que la recherche sur de nouvelles associations médicamenteuses.

34. A sa cent vingt-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport de situation.

D. MISE EN OEUVRE PAR L'OMS DES RECOMMANDATIONS DE LA CELLULE MONDIALE DE REFLEXION POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES ORGANISMES MULTILATERAUX ET LES DONATEURS INTERNATIONAUX DANS LA RIPOSTE AU SIDA (résolution WHA59.12)

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

36. Le Secrétariat a continué à travailler avec les pays pour améliorer la planification des ripostes nationales dans le domaine du VIH/sida, y compris l'élaboration de plans nationaux dans le secteur de la santé, qui soient conformes à la Stratégie et au Plan d'action de lutte contre le sida et au Partenariat international pour la santé, et aux actions s'y rattachant, notamment le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+). Un appui a ainsi été apporté à plus de 40 pays pour la mise au point de plans nationaux plurisectoriels concernant le VIH, en indiquant les coûts.

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

38. L'OMS a réexaminé ses activités relatives à l'infection à VIH, de façon à ce qu'elles correspondent à la répartition des tâches dans le cadre de l'ONUSIDA. Pour mieux définir son champ d'action, l'OMS a établi un guide sur les interventions du secteur de la santé revêtant un caractère prioritaire pour la prévention, le traitement et les soins concernant le VIH/sida. Le guide résume les recommandations de l'OMS sur le plan pratique et technique pour chacune des interventions et fait état des ressources de l'Organisation et autres informations de manière à faciliter la prise de décision et la mise en oeuvre.

39. L'OMS a collaboré avec l'UNICEF et l'ONUSIDA pour harmoniser les indicateurs et suivre et évaluer les systèmes afin de mesurer les progrès du renforcement des interventions du secteur de la santé dans les pays, et elle établit un rapport annuel sur la situation mondiale. Les Etats Membres ont bénéficié d'un appui à l'application de leur cadre de suivi national et l'OMS a participé à l'évaluation commune des ripostes et des programmes concernant le VIH dans une série de pays.

40. La répartition des tâches à l'ONUSIDA a été revue pour préciser le rôle des différents organismes coparrainants dans les domaines ci-après : questions sexospécifiques, minorités sexuelles, et notamment les hommes homosexuels ; et le VIH dans les situations d'urgence humanitaire et en cas de problèmes de sécurité. L'OMS, en collaboration avec le PNUD et l'ONUSIDA, a intensifié ses efforts concernant la question des hommes homosexuels. En septembre 2008, le Secrétariat de l'OMS a organisé une consultation à Genève sur la prévention, le traitement et les soins concernant le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles chez les hommes homosexuels.

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

42. L'équipe mondiale mixte chargée de résoudre les problèmes et de soutenir la mise en oeuvre a redéfini son mandat en 2007 de façon à se concentrer sur les questions mondiales qui ont une incidence sur la mise en oeuvre des programmes au niveau des pays. Elle a arrêté un ensemble de principes applicables au soutien technique. Une base de données mondiale utilisable par l'intermédiaire du Web, dénommée Coordination de l'appui technique à la lutte contre le sida, a été mise en place ; elle vise à améliorer la planification et la coordination de l'appui technique aux pays, notamment la mise en oeuvre des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

43. Le Secrétariat de l'OMS a renforcé son assistance technique aux pays de façon que les fonds soient bien utilisés. Un groupe de travail a été créé pour coordonner l'appui technique fourni par l'Organisation afin de permettre aux pays d'avoir accès aux subventions du Fonds mondial et de les utiliser. Par exemple, les bureaux de pays ont apporté un appui à l'ensemble des 72 pays ayant présenté des propositions au Fonds mondial dans le cadre de la série d'appels 8. En outre, l'OMS a

participé à des missions d'appui technique concernant 52 pays pour l'élaboration de propositions, parmi lesquelles des missions conjointes avec l'OIT, l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA.

44. L'OMS met actuellement en place des réseaux de partenaires techniques, dont les centres collaborateurs et les centres de connaissances de l'Organisation et autres, qui permettront de fournir une assistance technique coordonnée pour les interventions prioritaires dans le secteur de la santé. Dans un premier temps, le Bureau régional du Pacifique occidental a accueilli une réunion régionale des centres collaborateurs et des partenaires techniques en décembre 2008 afin de planifier la mise en place d'un réseau technique de l'OMS sur le VIH et la santé pour la Région du Pacifique occidental. Une réunion mondiale des centres collaborateurs, des centres de connaissances et des autres partenaires techniques est prévue pour la première moitié de 2009.

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

46. Le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport à sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009.

E. STRATEGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (résolution WHA59.19)

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

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

49. Le dépistage de la syphilis pendant la grossesse a été intensifié au Brésil, en Chine, à Haïti, en Indonésie, à Madagascar, au Myanmar, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Pérou et à Sri Lanka. L'initiative pour l'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis dans les Caraïbes a été approuvée et sera lancée en 2009. Certains pays d'Amérique latine ont institué une journée nationale pour l'élimination de la syphilis congénitale. Pour appuyer ces deux initiatives, l'OMS a diffusé les principes et la stratégie relatifs à l'élimination de la syphilis congénitale.

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

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

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

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

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

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

56. Au niveau régional, la Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (2007-2015) dans la Région de l'Asie du Sud-Est et le Plan stratégique régional de lutte contre ces infections pour la période 2008 à 2012 dans la Région du Pacifique occidental ont été publiés. Le Cadre opérationnel Asie-Pacifique visant à relier les services de soins liés aux VIH/IST et les services de santé génésique, de santé des adolescents, de santé maternelle et de santé du nouveau-né et de l'enfant a été publié en 2008. Ces publications peuvent être consultées sur les sites Web régionaux respectifs de l'OMS. La Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour la période 2009 à 2015 a été approuvée par le Comité régional de la Méditerranée orientale en octobre 2008. La Stratégie et le Plan d'action régionaux de lutte contre le cancer du col utérin de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont été soumis au Comité régional des Amériques en septembre 2008. Les plans d'action régionaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour la Région européenne et la Région africaine sont en cours d'élaboration.

¹ <http://hvp-vaccines.net>.

57. A sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, le Conseil exécutif a examiné le rapport du Secrétariat sur le sujet dont il a pris note ; il a évoqué l'importance que revêt la lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour l'amélioration de la santé sexuelle et génésique et pour la prévention de l'infection par le VIH.

F. RENFORCEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE (résolution WHA60.27)

58. L'OMS et le Réseau de métrologie sanitaire ont continué d'appuyer le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans le cadre d'un éventail d'activités, d'examens et de consultations associant tous les niveaux de l'Organisation. L'OMS est un partenaire majeur du système statistique international et s'attache à promouvoir constamment dans son action le respect des principes régissant les activités statistiques internationales.¹ Elle a continué de contribuer au renforcement des systèmes d'information sanitaire par les moyens suivants : mise au point d'un système intégré de flux d'informations fondé sur des normes communes pour les données et les indicateurs ; sensibilisation aux principes de l'échange de données de statistiques et de l'accès aux données et statistiques et engagement en faveur de ces principes ; collaboration avec les partenaires nationaux et mondiaux pour accroître l'efficacité et l'efficacités des investissements internationaux ; et fourniture d'un appui technique pour de meilleures pratiques en matière de suivi et d'évaluation des résultats, et conformément aux principes pour un cadre d'évaluation commun du Partenariat sanitaire international et initiatives apparentées (IHP+).²

59. A l'appui du Partenariat IHP+, l'OMS a mis au point un cadre d'évaluation qui contribue à améliorer le suivi et l'évaluation dans les différentes activités afin de faire face à des maladies déterminées et de renforcer les systèmes de santé, et aussi pour fournir une base pour l'établissement de rapports internationaux. Le cadre vise à garantir que les exigences en matière de responsabilités et de résultats concernant les initiatives relevant d'un seul donateur ou d'initiatives communes se traduisent par des efforts de suivi et d'évaluation bien coordonnés. Le cadre souligne aussi l'importance à donner aux méthodes de travail propres à contribuer au renforcement de la capacité institutionnelle et des systèmes d'information sanitaire dans les pays, favorisant ainsi la prise de décision sur la base d'éléments scientifiques et de meilleurs résultats au niveau des pays.

60. A l'appui du renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux, les priorités du Secrétariat sont notamment les suivantes : renforcement des enquêtes sanitaires (plus particulièrement en ce qui concerne la santé de l'adulte) ; amélioration des données d'état civil concernant les naissances et les décès par une sensibilisation politique de haut niveau ; élaboration d'instruments et de méthodes pour améliorer l'enregistrement des décès et des causes de décès ; amélioration des statistiques sur la surveillance et les services ; mise au point et application de normes et de principes directeurs pour la surveillance des maladies (correspondant aux obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)) ; suivi du renforcement des systèmes de santé, et renforcement de la capacité nationale d'analyse et d'utilisation de l'information.

61. L'OMS et le Réseau de métrologie sanitaire ont continué d'appuyer la mise à jour du document intitulé « *Framework and standards for country health information systems* ». Le cadre continue

¹ Les principes sont accessibles en ligne sur http://unstats.un.org/unsd/methods/statorg/Principles_stat_activities/principles_stat_activities.pdf.

² *Framework and standards for country health information systems*, 2^e éd., Organisation mondiale de la Santé, 2008.

d'évoluer à la lumière des données d'expérience des pays et des partenaires, et notamment des travaux du Réseau de métrologie sanitaire sur la mise en oeuvre dans les six pays dits « de la première vague » (Belize, Cambodge, Ethiopie, République arabe syrienne, Sierra Leone et Zambie).¹

62. Le Réseau de métrologie sanitaire a apporté un appui à 64 pays pour les évaluations visant à cerner les lacunes dans les systèmes d'information sanitaire, 37 pays étant désormais parvenus à un stade avancé de l'établissement de plans à long terme pour combler les lacunes avec indication des coûts. En outre, plus de US \$158 millions sous forme de fonds nouveaux ont été mobilisés pour renforcer les systèmes d'information sanitaire.

63. Un examen portant sur 65 pays en juillet 2008 a constaté une amélioration de la coordination des systèmes d'information sanitaire dans les pays. En particulier, les pays ont signalé une amélioration de la collaboration entre les bureaux statistiques nationaux et le ministère de la santé. Une meilleure coordination réduira la fragmentation et contribuera à favoriser l'instauration d'un système d'information sanitaire véritablement national. Les pays signalent aussi une augmentation des ressources intérieures allouées au renforcement des systèmes d'information sanitaire entre 2006 et 2008.

64. Les bureaux régionaux et de pays de l'OMS et le Réseau de métrologie sanitaire ont conjointement aidé 12 pays à établir des demandes à l'intention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en vue du financement d'interventions relatives aux systèmes d'information sanitaire dans le cadre de la série 8. Il est prévu d'apporter un soutien analogue aux pays dans le cadre de l'appel à propositions de la série 9 du Fonds mondial.

65. A sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.

G. VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE DES SOINS AUX MERES, AUX NOUVEAU-NES ET AUX ENFANTS (résolution WHA58.31)

66. Les interventions réalisées dans le domaine de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né et de l'enfant ont permis de faire diminuer le nombre de décès des enfants de moins de cinq ans, qui est passé de 10,3 millions en 2004 à 9,5 millions en 2006. Pour la seule rougeole, le nombre de décès est passé de 757 000 en 2000 à 242 000 en 2006. La mortalité maternelle est demeurée stable entre 1990 et 2005 ; toutefois, aucune Région n'a enregistré la baisse annuelle de 5,5 % qui serait nécessaire pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement des Nations Unies. En Afrique subsaharienne, le taux annuel de baisse de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est particulièrement faible, se situant à 0,1 % et 1 %, respectivement.

Niveaux actuels de couverture

67. Les interventions efficaces en matière de soins demeurent limitées et l'on observe de grandes inégalités d'accès à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre. Selon les données notifiées en 2007, la proportion de femmes souhaitant différer les grossesses ou ne plus avoir d'enfants, mais n'ayant pas accès à la contraception, variait entre 10 et 24 % selon les Régions. En raison de cette

¹ Les pays dits « de la première vague » sont des pays prioritaires pour le financement et l'assistance technique fournis par le Réseau de métrologie sanitaire.

situation, les taux de fécondité ont été élevés, les adolescentes étant particulièrement exposées à des grossesses non désirées. Si 75 % des femmes enceintes dans les pays à faible revenu ont eu une consultation prénatale, seules 50 % environ ont bénéficié d'au moins quatre consultations. Dans ces pays, la proportion des naissances assistées par du personnel de santé qualifié a augmenté de 8 % entre 2006 et 2008. Les plus grands progrès constatés en matière de soins aux enfants à partir de l'an 2000 et sur une période de trois ans (lorsque deux relevés de données ont été effectués) concernaient la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans certains pays (7 %) et la protection contre le tétanos néonatal (5 %). Les interventions nécessitant un service 24 heures sur 24, comme la prise en charge des maladies de l'enfant, ont progressé de 1 % entre 2006 et 2008. La couverture vaccinale, par trois doses de vaccin antidiphtérique/antitétanique/anticoquelucheux, est passée de 73 % en 2000 à 81 % en 2007 ; la couverture pour la rougeole est passée de 72 % à 82 %. Le Tableau 1 montre les niveaux de couverture dans 68 pays fortement touchés entre 2000 et 2006.

68. Une faible couverture des interventions est naturellement associée à des insuffisances du système de santé. Dans 54 des 68 pays, les effectifs des personnels de santé sont passés au-dessous du seuil nécessaire pour assurer les soins de santé primaires ; dans 60 pays, la proportion des paiements effectués aux services de santé par les ménages eux-mêmes, sur le lieu d'utilisation, dépassait 15 %, c'est-à-dire un niveau pouvant engendrer des difficultés et un appauvrissement.

Mesures visant à améliorer la couverture

69. L'OMS surveille les progrès accomplis dans le domaine de la nutrition et en matière de santé génésique, de santé maternelle et de santé du nouveau-né et de l'enfant avec ses partenaires – notamment dans le cadre de l'initiative relative au suivi des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies (Compte à rebours 2015). Quatre-vingt-quinze pour cent des pays notifient chaque année la couverture vaccinale. L'OMS a également établi des profils de pays pour la santé maternelle et a fourni un appui aux pays en vue de l'adoption d'indicateurs permettant d'évaluer la santé génésique. Une évaluation des principales politiques nationales en matière de santé maternelle et de santé du nouveau-né et de l'enfant, achevée en 2008, montre qu'il s'agit d'un secteur à renforcer.

70. En juillet 2008, la Banque mondiale, le FNUAP, l'OMS et l'UNICEF ont approuvé un cadre pour la coordination des mesures prises au niveau des pays en vue de réduire le nombre de décès chez la mère et le nouveau-né. L'OMS a également travaillé dans le cadre du Partenariat international pour la santé, de la Campagne mondiale en faveur de la santé et du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'améliorer la normalisation. Enfin, elle a joué le rôle de chef de file pour l'organisation de l'initiative et de la conférence qui s'est tenue sur le thème « Les femmes donnent la vie » pour assurer une sensibilisation à l'échelle mondiale (Londres, 18-20 octobre 2007).

71. Le Secrétariat a collaboré avec les Etats Membres en vue de définir des stratégies et des plans d'action dans le domaine de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et de mettre au point des lignes directrices actualisées. Il a également encouragé les politiques visant à améliorer la couverture et la qualité des soins, y compris pour autoriser les sages-femmes à accomplir des tâches qui peuvent sauver des vies et les agents de santé communautaires à prendre en charge les maladies courantes de l'enfant.

72. Sur le plan de l'organisation, le Secrétariat travaille à l'élaboration de lignes directrices sur des services intégrés, notamment dans le domaine de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et de la prise en charge intégrée de la grossesse et l'accouchement. Par exemple, les agents qui procèdent aux vaccinations sont également chargés de distribuer des capsules de vitamine A, des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des médicaments destinés au déparasitage. La prévention de

la transmission mère-enfant du VIH fait partie des soins prénatals et postnatals. Les liens entre les services de santé sexuelle et génésique et les services chargés du VIH/sida sont encouragés. En 2004, l'OMS a créé trois réseaux régionaux de spécialistes du paludisme pendant la grossesse. Un quatrième réseau est en cours de création en Asie.

73. L'OMS évalue actuellement l'efficacité de divers moyens visant à améliorer l'accès aux services, comme la suppression de la participation financière pour les usagers des services de santé maternelle et de santé de l'enfant, l'externalisation des services de santé génésique et la mise en place de systèmes de paiement fondés sur les résultats, notamment dans le cadre d'une collaboration avec le secteur privé et la société civile.

74. Le Cadre du Toyako pour l'action en matière de santé mondiale, élaboré lors du Sommet du G8 en 2008 (Toyako (Japon), 7-9 juillet 2008), souligne la nécessité d'accroître les investissements dans le domaine de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né et de l'enfant ; cette nécessité a également été mise en évidence dans des cadres multiples, comme la conférence sur le suivi des progrès dans le domaine de la survie de l'enfant (Compte à rebours 2015) et la conférence sur le thème « Les femmes donnent la vie » et la table ronde entre le Directeur général et des femmes exerçant des fonctions de responsabilité lors de la Réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, organisée pendant l'Assemblée générale des Nations Unies (le 25 septembre 2008). L'OMS appuie l'affectation de fonds, par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, à l'amélioration des systèmes de santé, et elle s'emploie à renforcer la capacité des pays à tirer le meilleur parti possible du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et consolider les services de santé génésique, de santé maternelle et de santé de l'enfant.

Tableau 1. Principaux indicateurs de la couverture des interventions dans le domaine de la santé génésique, de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né et de l'enfant¹

Nombre de pays		Portée		
		Valeur médiane %	Valeur inférieure %	Valeur supérieure %
Couverture des interventions concernant la nutrition				
63	Proportion de nourrissons de moins de six mois exclusivement nourris au sein	28	1	88
63	Proportion de nourrissons de six à neuf mois ayant bénéficié d'aliments complémentaires tout en continuant à être nourris au sein	62	10	91
55	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une supplémentation en vitamine A (deux doses) au cours des 12 derniers mois	78	0	99

¹ Les données ont été recueillies pour 68 pays, qui représentent 97 % des décès chez la mère et l'enfant. La colonne « Nombre de pays » donne le nombre de pays pour lesquels l'on disposait de données comparables au cours de la période 2000-2006. Les données les plus récentes ont été incluses dans l'analyse. La colonne « Valeur médiane » donne le niveau moyen de couverture dans les pays pour lesquels l'on disposait de données pertinentes, mais ne montre pas les inégalités d'un pays à l'autre ou à l'intérieur d'un même pays. Sous le titre « Portée » figurent les niveaux de couverture les plus faibles et les plus élevés. Les indicateurs suivis d'un astérisque (*) signalent les interventions s'appliquant aux 45 pays (sur 68) dans lesquels le paludisme est endémique. Sources des données : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes sur la démographie et la santé, surveillance mondiale interorganisations de la couverture vaccinale et de la couverture en vitamine A. On trouvera des précisions supplémentaires dans le rapport de 2008 publié sur le site suivant : www.countdown2015mnch.org.

Nombre de pays		Portée		
		Valeur médiane %	Valeur inférieure %	Valeur supérieure %
Couverture des interventions concernant la santé de l'enfant				
68	Proportion de nourrissons vaccinés contre la rougeole	80	23	99
68	Proportion de nourrissons de moins d'un an ayant reçu la troisième dose de vaccin antidiphthérique/antitétanique/anticoquelucheux	81	20	99
57	Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée, qui ont été traités par réhydratation orale ou pour lesquels on a augmenté la quantité de liquides tout en poursuivant l'alimentation	38	7	76
35	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide au cours des dernières 24 heures*	7	0	49
34	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté de la fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié d'un traitement antipaludique*	40	0	63
60	Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant une pneumonie présumée ayant vu un agent de santé qualifié	48	12	93
19	Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie ayant bénéficié d'un traitement par un antibiotique	32	3	82
Couverture des interventions concernant la santé génésique, santé maternelle et santé du nouveau-né				
64	Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné	29	3	87
40	Besoins en matière de planification familiale non pris en charge	23	9	41
39	Proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations anténatales durant leur dernière grossesse au cours des cinq années qui ont précédé l'étude la plus récente	49	12	87
64	Proportion de femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique	81	31	94
22	Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une dose de traitement préventif intermittent contre le paludisme*	7	0	61
66	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	53	6	100
47	Proportion de nourrissons ayant commencé à être allaités dans l'heure suivant l'accouchement	43	23	78

75. Le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session a pris note du rapport de situation.

H. STRATEGIE POUR L'INTEGRATION DE L'ANALYSE DES SPECIFICITES DE CHAQUE SEXE ET D'UNE DEMARCHE SOUCIEUSE D'EQUITE ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LES ACTIVITES DE L'OMS (résolution WHA60.25)

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

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

78. Certaines avancées ont été obtenues pour la troisième orientation stratégique – Encourager l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités hommes-femmes –, parmi lesquelles figurent les premiers travaux d'analyse des spécificités hommes-femmes dans le cadre de l'enquête sur la santé dans le monde, de l'approche STEPS¹ de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, de l'enquête sanitaire mondiale menée dans les écoles, et de l'accès aux services sanitaires et de leur utilisation. Certaines Régions ont inclus la ventilation des données par sexe dans leur examen des statistiques sanitaires ; d'autres renforcent les capacités des pays à collecter et à analyser des données sanitaires qui soient ventilées par sexe, âge et en fonction d'autres variables pertinentes, telles que l'appartenance ethnique.

79. La mise en oeuvre de la dernière orientation stratégique – La responsabilisation – a débuté par l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation et d'un mécanisme d'évaluation de référence auxquels ont participé plus de 2000 membres du personnel de l'OMS dans toutes les Régions et au

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

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

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

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

82. A sa cent vingt-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport de situation.¹

I. USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS (résolution WHA60.16)

83. Dans la résolution WHA60.16, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de renforcer le rôle de direction de l'OMS en ce qui concerne la promotion de l'usage rationnel des médicaments en engageant une action de sensibilisation factuelle, en fournissant un appui aux pays pour la mise en oeuvre des programmes nationaux, en renforçant la coordination du soutien international, en encourageant la recherche internationale dans le domaine des interventions durables et, enfin, en suscitant la discussion entre les autorités sanitaires, les professionnels de la santé et les patients.

84. Le Secrétariat a mis au point, pour appuyer la mise en oeuvre des programmes nationaux, une stratégie qui facilite la coordination des politiques nationales grâce à un processus associant une pluralité d'acteurs dans des pays pilotes. Un cycle d'amélioration de la qualité sera créé pour définir,

¹ Voir le document EB124/2009/REC/2, summary record of the twelfth meeting.

mettre au point et appliquer des priorités concernant les problèmes liés à l'usage des médicaments et pour traiter ces problèmes. Il sera aussi procédé à une évaluation. Un comité d'orientation mondial sera chargé de guider le processus. La stratégie a été acceptée par les six Régions de l'OMS lors de réunions avec le personnel chargé des médicaments et des systèmes de santé, mais la mise en oeuvre n'a pas encore commencé et l'on s'emploie actuellement à trouver des ressources.

85. Le Secrétariat publie un document technique concernant les informations scientifiques sur les modes d'usage des médicaments et sur l'effet des interventions sur l'usage des médicaments dans les pays en développement et à économie en transition.¹

86. Le soutien technique dont bénéficient les pays qui en font la demande sur divers aspects de la promotion de l'usage rationnel des médicaments a été poursuivi. Il porte notamment sur les domaines suivants :

- examen des listes de médicaments essentiels, élaboration et mise en oeuvre de lignes directrices cliniques, surveillance des pratiques en matière d'usage des médicaments, interventions visant à résoudre les problèmes liés à l'usage des médicaments, et formation des professionnels de la santé et des consommateurs ;
- publication des nouvelles recommandations de l'OMS sur la prise en charge des maladies infectieuses de l'enfant – utilisation de solutions de réhydratation orale et supplémentation en zinc pour la diarrhée, et traitement par antibiotiques de trois jours au lieu de cinq jours pour la pneumonie, ces deux mesures s'appuyant sur les résultats de la recherche et pouvant réduire l'usage irrationnel des antibiotiques ;
- mise au point d'un document technique qui contient des informations scientifiquement fondées sur l'utilisation des médicaments psychotropes pour les troubles mentaux courants et les troubles associés à une toxicomanie dans le cadre des soins de santé primaires, notamment dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ;²
- poursuite de la stratégie de lutte contre la tuberculose (traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS)) actuellement mise en oeuvre dans 183 pays ; en 2006, cette stratégie avait permis de traiter 31,8 millions de patients. En outre, 46 000 patients atteints de tuberculose multirésistante, dans 56 pays différents, ont été traités au moyen de médicaments de deuxième intention de qualité garantie, après approbation du Comité Feu Vert. Toutefois, la possibilité d'obtenir des médicaments sans ordonnance et le mauvais usage des antituberculeux demeurent des problèmes importants que les autorités et les professionnels de la santé doivent s'employer à résoudre avec les consommateurs.

J. AMELIORATION DES MEDICAMENTS DESTINES AUX ENFANTS (résolution WHA60.20)

87. Dans la résolution EB121.R2, le Conseil exécutif a décidé de créer un sous-comité temporaire du Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des médicaments essentiels, chargé d'établir

¹ *Medicines use in primary care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

² *Pharmacological treatment of mental disorders in primary care.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

une liste des médicaments destinés aux enfants. Ce Sous-Comité s'est réuni en juillet 2007 et en septembre 2008 ; en octobre 2007, le Comité d'experts a approuvé le rapport de la réunion de juillet 2007,¹ qui contenait la première liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés aux enfants. Pour l'établissement de cette liste, le Comité d'experts a pris en considération les maladies prioritaires identifiées dans la résolution WHA60.20 et les lignes directrices OMS relatives aux traitements. Bien souvent, des lacunes dans le domaine de la recherche et l'absence de produits ont été mises en évidence. A sa réunion de septembre 2008, le Sous-Comité a recommandé la réalisation de travaux supplémentaires destinés à tenir la liste à jour et à l'élargir ; il a toutefois souligné qu'au lieu de le maintenir lui-même en activité, cette tâche pourrait être menée à bien par un comité d'experts dont les membres auraient les compétences techniques voulues. Le rapport du Sous-Comité a été examiné par le Comité d'experts en mars 2009.

88. Le Sous-Comité avait notamment pour mandat d'examiner les formes galéniques optimales des médicaments destinés aux enfants et la faisabilité de leur fabrication. Un rapport établi à l'issue d'une consultation technique sur le sujet devait être examiné par le Comité d'experts en mars 2009. Le Comité sera prié de recommander que les formes solides par voie orale soient considérées comme la forme galénique préférée pour les médicaments destinés aux enfants et comme la plus facile à réaliser par les fabricants.

89. Pour encourager l'utilisation de la liste modèle et des lignes directrices relatives aux traitements, l'OMS bénéficie du soutien de donateurs pour un programme de travail dans les domaines suivants : promotion de normes nationales pour les médicaments destinés aux enfants, possibilités d'obtenir des médicaments pédiatriques, et élaboration de stratégies avec les Etats Membres en vue d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants et d'assurer une meilleure utilisation de ces médicaments.

90. Plusieurs départements ont participé à la mise au point de la liste ; celle-ci contient le nom des associations de médicaments en doses fixes « idéales » pour le traitement du VIH/sida ; des spécifications analogues pour les médicaments contre la tuberculose sont en train d'être mises au point ; le Sous-Comité a en outre établi une liste des médicaments pouvant être utilisés chez les nouveau-nés, qui sera examinée par le Comité d'experts. Dans les Régions de l'OMS, des travaux ont été entrepris pour encourager l'adoption de la liste au niveau national ; ils incluent notamment une étude de la disponibilité des médicaments à usage pédiatrique dans différents pays d'Afrique et l'organisation d'ateliers régionaux dans la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental.

91. Une réunion préparatoire de deux jours a eu lieu avant la Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique de 2008 afin d'examiner la réglementation des médicaments destinés aux enfants. Suite à cette réunion, un groupe de travail international sur la réglementation sera créé pour examiner les normes de réglementation existantes pour ces médicaments et améliorer les possibilités d'accès à des médicaments à usage pédiatrique de qualité.

92. Des ressources financières ont été reçues pour l'établissement d'un formulaire fondé sur la liste modèle, qui constituera une source d'information indépendante sur les médicaments essentiels destinés aux enfants. Mis au point en consultation avec les Etats Membres, il pourra être adapté aux besoins nationaux. Des travaux sont désormais engagés en vue d'actualiser les principales lignes directrices

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 950, 2007.

relatives aux traitements pédiatriques, et notamment celles qui concernent la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

93. La campagne de sensibilisation lancée par l'OMS en décembre 2007, dénommée « Des médicaments sur mesure pour les enfants », a été approuvée par l'industrie pharmaceutique, par l'intermédiaire de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament, des organismes de la société civile, parmi lesquels Médecins sans Frontières et Caritas Internationalis, des associations professionnelles, des organisations comme l'UNICEF, l'Agence européenne du Médicament et les National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique. L'OMS a collaboré de manière étroite avec l'UNICEF pour l'élaboration de la liste et les deux organisations ont publié ensemble le premier rapport sur les lieux d'achat de médicaments destinés aux enfants et le prix de ces médicaments.¹

K. TECHNOLOGIES SANITAIRES (résolution WHA60.29)

94. Dans sa résolution WHA60.29, l'Assemblée de la Santé a notamment prié le Directeur général d'apporter un soutien technique aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques concernant les technologies sanitaires ainsi qu'un appui aussi bien à l'évaluation des besoins nationaux de technologies sanitaires qu'à leur classement par ordre d'importance, leur sélection et leur utilisation. Elle a également prié le Directeur général de créer une centrale d'information sur les technologies sanitaires accessible sur le Web afin de donner des orientations sur les dispositifs médicaux adaptés aux différents échelons de soins et d'interventions sanitaires prévues. Elle a en outre prié le Directeur général de fournir un appui aux Etats Membres pour déterminer les dispositifs médicaux appropriés facilitant des services de bonne qualité en soins de santé primaires. Le présent rapport récapitule les travaux effectués pour mettre en oeuvre la résolution, fait le point de la collaboration entre l'OMS, les centres collaborateurs et les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, et présente les progrès accomplis.

95. Les délibérations approfondies du Conseil exécutif à ses cent dix-huitième, cent vingtième et cent vingt et unième sessions ont permis de mettre en place un processus de consultation avec les organismes des Nations Unies et l'industrie, et une mobilisation des ressources, en leur insufflant une forte dynamique. Un financement a été obtenu en avril 2008 de la Fondation Bill & Melinda Gates pour une période de trois ans, ce qui a permis au Secrétariat d'entreprendre une mise en oeuvre plus large de la résolution WHA60.29.

96. Le Secrétariat est actuellement en train d'élaborer des mécanismes d'évaluation des besoins nationaux de technologies sanitaires, en particulier de dispositifs médicaux, afin de définir les lacunes par niveau de soins et maladies prioritaires. Une fois qu'ils auront été élaborés, les mécanismes seront validés par des experts des Etats Membres et des épreuves pilotes commenceront dans les six Régions.

97. Le Secrétariat collabore avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des établissements universitaires et des associations professionnelles afin de fournir aux Etats Membres des recommandations ainsi que des outils, des règles et des normes pour le classement par ordre d'importance, le choix et l'utilisation des technologies sanitaires, en particulier les dispositifs médicaux.

¹ « Sources and prices of selected medicines for children, including therapeutic food, dietary vitamin and mineral supplementation ». Accessible en ligne sur http://www.unicef.org/supply/index_47129.html.

98. Le Secrétariat examine aussi et met à jour les recommandations de l'OMS concernant les dons de matériels destinés aux soins de santé et l'établissement de lignes directrices pour les achats de dispositifs médicaux.

99. Les différentes lignes directrices à l'appui de l'application des politiques sur les technologies sanitaires, particulièrement en ce qui concerne les dispositifs médicaux, sont en train d'être mises à jour et adaptées aux besoins des Etats Membres.

100. Une consultation informelle d'experts, organisée avec l'OPS (Washington, juin 2008) a jeté les bases de la création d'une centrale d'information accessible sur le Web, en définissant quels seraient les utilisateurs visés, le type d'informations à inclure et les règles générales de fonctionnement. La centrale est en train d'être mise sur pied et devrait formuler des recommandations sur les dispositifs médicaux selon les échelons de soins et les interventions sanitaires prévues.

101. Un projet portant sur les dispositifs médicaux prioritaires a été élaboré en 2007 en collaboration avec le Gouvernement néerlandais. Une méthodologie générale a été arrêtée en vue de déterminer dans quels endroits du monde les dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des 15 maladies dont la charge de morbidité est la plus élevée font défaut. Le rapport final sera publié en 2009.

102. Le Conseil exécutif, à sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

L. MULTILINGUISME (résolution WHA61.12)

103. En janvier 2009, le Conseil exécutif a pris note de l'échéancier de mise en oeuvre du plan d'action² et d'un tableau indiquant les incidences financières des ressources nécessaires pour mettre en oeuvre le plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le présent rapport rend compte des éléments nouveaux.

104. **Priorités en matière de traduction.** Le groupe de coordination de la politique d'édition créé pour conseiller le Directeur général sur les questions d'édition a proposé une stratégie pour fixer les priorités en matière de traduction.

105. Cette stratégie consistera en partie à consulter les Etats Membres de façon informelle sur les priorités de l'OMS concernant la traduction de ses publications prévues et existantes, en leur soumettant deux listes. Tout d'abord, une liste globale des produits informationnels de l'ensemble du Secrétariat dont la publication a été approuvée. La liste indique les langues prévues pour chaque produit. Elle peut être consultée sur une plate-forme électronique qui permet de faire des recherches par thème de santé ou par mot clé. L'ensemble du Secrétariat y a accès et l'on est en train de la mettre à la disposition des Etats Membres.

106. La deuxième liste est un inventaire des documents et des produits informationnels existants de l'OMS, qui indique dans quelles langues officielles ils sont publiés. Les membres du personnel peuvent la consulter sur l'Intranet du Secrétariat et l'on est en train de la mettre à la disposition des Etats Membres. Ceux-ci peuvent s'aider de ces deux listes pour décider quelles sont les publications à

¹ Voir le document EB124/2009/REC/2, summary record of the twelfth meeting, section 4.

² Document EB124/2009/REC/2, summary record of the eleventh meeting, section 3.

traduire en priorité dans les langues qui les concernent. Des réunions initiales ont eu lieu en 2008 pour discuter des priorités concernant les langues russe et chinoise.

107. **Equipe multilingue de rédacteurs Web.** Le nombre de pages multilingues publiées sur le site Web de l'OMS dans les langues officielles a dépassé les objectifs fixés pour 2008. Le nombre de nouvelles pages publiées en 2008 se répartit comme suit : anglais, 5749 ; arabe, 582 ; chinois, 549 ; espagnol, 1365 ; français, 1874 ; russe, 518.

108. **Archives institutionnelles.** Un groupe de travail mondial – composé de bibliothécaires, de spécialistes du Web et d'autres experts de toute l'Organisation – a été chargé de créer un système institutionnel d'archivage des produits d'information dans les langues officielles et non officielles. Le groupe de travail a adopté des normes communes pour les métadonnées, les caractéristiques des systèmes et la documentation. Un projet de système d'archivage a été définitivement mis au point et un logiciel est à l'essai. On est en train de dresser la liste des documents déjà disponibles sous forme électronique. Ils seront parmi les premiers à figurer dans les archives institutionnelles mondiales de l'OMS.

109. **Style et terminologie.** Des guides de style pour le Web ont été établis en arabe, chinois, français et russe par des rédacteurs Web avec le concours des services de traduction d'après le guide de style publié en anglais. Ils sont actuellement utilisés pour rendre la documentation du site Web de l'OMS plus cohérente dans ces langues. Les versions anglaise et espagnole seront définitivement mises au point pendant le premier semestre de 2009. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a également établi un nouveau guide de style pour les produits d'information en arabe.

110. **Publications.** L'OMS publie ses propres publications multilingues, y compris, chaque année, plus d'une centaine de documents dans toutes les langues officielles pour les réunions des organes directeurs. De plus, elle développe sa collaboration avec des partenaires extérieurs pour publier davantage de produits informationnels multilingues : à la fin de 2008, 237 documents multilingues avaient été publiés dans 44 langues, contre 153 en 2007. L'OMS distribue par ailleurs un nombre croissant de bibliothèques bleues en anglais, arabe, français et portugais. Le but est d'en distribuer 200 au minimum dans toutes les langues pendant l'exercice en cours.

111. **Développement du personnel.** Le personnel a continué à développer ses compétences linguistiques : 1382 membres du personnel du Siège et des bureaux régionaux se sont inscrits à des cours de langues pendant l'exercice 2006-2007. Au Siège, le nombre d'élèves en langues est passé de 493 à 653 entre 2007 et 2009.

112. A sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

113. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note des rapports de situation ci-dessus.

= = =

¹ Voir le document EB124/2009/REC/2, summary record of the eleventh meeting, section 3.