



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC68/11

**Soixante-huitième session
Brisbane (Australie)
9-13 octobre 2017**

10 août 2017

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 16 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORTS DE SITUATION SUR LES PROGRAMMES TECHNIQUES

À la suite des discussions des précédentes sessions du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, figurent dans le présent document les rapports de situation sur les programmes techniques suivants :

- 16.1 Sécurité sanitaire et Stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes et la gestion des urgences de santé publique
- 16.2 Maladies non transmissibles
- 16.3 Initiative pour un monde sans tabac
- 16.4 Santé mentale
- 16.5 Tuberculose
- 16.6 Hépatite
- 16.7 Médecine traditionnelle
- 16.8 Genre et santé

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis et des principales activités menées.

16.1 SÉCURITÉ SANITAIRE ET STRATÉGIE ASIE-PACIFIQUE POUR LA MAÎTRISE DES MALADIES ÉMERGENTES ET LA GESTION DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

1. SITUATION ET ENJEUX

La *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique* (SMEAP) a été approuvée pour la première fois en 2005 par le Comité régional du Pacifique occidental. En octobre 2016, une SMEAP actualisée a été approuvée par le Comité régional sous le nom de *Stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes et la gestion des urgences de santé publique* (SMEAP III). La SMEAP III propose également aux États Membres une approche commune et progressive dans la mise en place de leurs capacités générales, leur sert de cadre d'action régional pour le renforcement des capacités principales requises au titre du Règlement sanitaire international ou RSI (2005), et facilite la mise en place de partenariats et d'activités régionales de préparation et d'intervention dans l'optique d'une sécurité sanitaire collective.

Les menaces que les maladies infectieuses ou les urgences de santé publique font peser sur la sécurité sanitaire sont inévitables, et la communauté internationale est universellement vulnérable. Face à cette situation, et à la suite de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest, l'OMS a réformé la façon dont elle fait face aux épidémies et aux urgences sanitaires moyennant la mise en place du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans la Région du Pacifique occidental, la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence fait désormais partie intégrante de ce Programme. Pendant cette transition, l'OMS continue d'appuyer sans discontinuité la mise en place des principales capacités des États Membres, y compris le renforcement de la surveillance, de l'évaluation des risques et des interventions d'urgence.

Récemment, lors de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général de l'OMS a été prié d'élaborer, en consultation avec les États Membres, un projet de plan stratégique mondial quinquennal afin d'améliorer les activités de préparation et d'intervention en matière de santé publique, et de redoubler d'efforts pour appuyer les États Membres dans la pleine mise en œuvre du RSI (2005). La SMEAP III offre un cadre d'action stratégique pour renforcer les activités de préparation nationales et régionales au moyen de la mise en place des principales capacités de santé publique requises au titre du RSI (2005), qui permettront de relever les défis posés par l'évolution de la sécurité sanitaire mondiale.

2. MESURES PRISES

La Région du Pacifique occidental a été l'épicentre de nombreuses maladies émergentes et d'événements de santé publique qui font peser de graves menaces sur la sécurité sanitaire, aux niveaux tant national que régional. Elle continue de faire face à ce type de menaces et le système de surveillance de l'OMS fondé sur les événements a détecté et évalué plus de 300 événements de santé publique au cours de la dernière année. Pour un certain nombre d'entre eux, l'Organisation a offert un appui technique, soit l'évaluation des risques ; le déploiement rapide d'experts (épidémiologistes, cliniciens et spécialistes de la communication sur les risques) dans le cadre d'enquêtes de terrain et d'efforts de prévention et de lutte ; des tests en laboratoire ; l'échange d'information par le biais des mécanismes du RSI (2005) et des publications rapides dans le *Western Pacific Surveillance and Response Journal*. Elle a également mis en œuvre des opérations de secours pour soutenir l'intervention du Vanuatu frappé en mai 2017 par le cyclone tropical Donna et la riposte au conflit survenu aux Philippines en juin 2017.

Au titre de la SMEAP, l'OMS a aidé les États Membres à renforcer leurs capacités essentielles de santé publique. Un certain nombre de mesures prioritaires prises dans la Région dans le cadre de la SMEAP ont contribué à établir et renforcer les principales capacités de santé publique des États Membres requises au titre du RSI (2005). Il s'agit notamment de capacités essentielles intéressant la surveillance fondée sur les événements, le diagnostic en laboratoire, la formation à l'épidémiologie de terrain et le mécanisme de coordination des zoonoses.

Le suivi et l'évaluation, un des axes majeurs de la SMEAP, contribuent à promouvoir l'engagement de responsabilité et la formation dans la Région depuis 2010. Cette approche comprend un examen régulier par les parties prenantes et la présentation de rapports de situation, notamment lors de la réunion annuelle du groupe consultatif technique, qui représente un important mécanisme de mise en œuvre de la SMEAP III. Le nouveau *Cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005)* comporte quatre éléments : la présentation de rapports annuels, l'examen a posteriori, la réalisation d'exercices et l'évaluation extérieure conjointe. Ils font partie intégrante de la SMEAP III.

L'évaluation extérieure conjointe permet aux pays de définir les mesures prioritaires à prendre pour améliorer leur sécurité sanitaire, établir des partenariats avec les parties prenantes et mobiliser des ressources. À ce jour, le Bureau régional a aidé cinq États Membres à réaliser des évaluations extérieures conjointes : le Cambodge, la Mongolie, la République de Corée, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Une évaluation doit avoir lieu en Australie en novembre 2017. Pour ce qui est des autres États Membres, les évaluations extérieures conjointes en sont à différents stades de planification. Le Bureau régional fournit un appui technique aux

États Membres pour élaborer, examiner ou améliorer des plans d'action nationaux en utilisant la SMEAP III comme cadre de référence pour mettre en œuvre les priorités stratégiques recommandées à l'issue des évaluations extérieures conjointes.

Le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, nouvellement créé, contribue à la forte dynamique engagée dans la Région en faveur de la sécurité sanitaire régionale et mondiale. L'équipe régionale du Programme fait désormais partie de la structure unifiée que l'OMS a mise en place pour renforcer les capacités et les moyens opérationnels, dans l'optique d'une action plus efficace face aux épidémies et aux urgences.

Au titre du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, des responsables et des épidémiologistes du centre d'opérations d'urgence de la Région ont été déployés en Éthiopie, en Iraq, au Nigéria et en République du Congo pour soutenir la riposte aux urgences de santé publique. La mise en œuvre de la SMEAP III dans le cadre du Programme est une priorité absolue pour la Région. Les évaluations extérieures conjointes des principales capacités requises au titre du RSI (2005) ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'actions nationaux actualisés touchant la sécurité sanitaire sont autant d'activités majeures sous-tendues par la SMEAP III. Donnant suite au Cadre d'action d'urgence de l'OMS, on a recouru de manière cohérente aux centres d'opérations d'urgence et au système de gestion des incidents afin de guider et de coordonner les ripostes aux situations d'urgence causées par le cyclone tropical Donna au Vanuatu et le conflit à Marawi, aux Philippines.

En consultation avec les États Membres, notamment par l'entremise des Comités régionaux, l'OMS élabore un plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et les interventions en matière de santé publique ([WHE/CPI/IHR](#)). Ce plan sera soumis à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2018, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018. Il sera composé de principes directeurs relatifs à la mise en œuvre durable du RSI (2005), en faisant fond sur les stratégies globales existantes et en s'y conformant. Dans la Région, le plan mondial s'inscrira dans le prolongement de la SMEAP III.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional pour le Pacifique occidental est prié de prendre note des avancées réalisées dans le renforcement des principales capacités requises au titre du RSI (2005) par le biais de la SMEAP III. Il est également invité à donner son point de vue sur l'élaboration d'un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'intervention en matière de santé publique.

16.2 MALADIES NON TRANSMISSIBLES

1. SITUATION ET ENJEUX

Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a adopté en 2013 le *Plan d'action régional du Pacifique occidental pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2014-2020)*, qui est aligné sur le *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*.

Le Plan régional s'articule autour de six objectifs : élever la priorité accordée aux maladies non transmissibles (MNT) grâce à la coopération et à la sensibilisation ; renforcer les capacités nationales ; réduire les facteurs de risque grâce à des environnements favorables à la santé ; renforcer les systèmes de santé pour prévenir et maîtriser les MNT ; promouvoir la capacité de recherche et développement ; suivre les progrès sur les MNT.

2. MESURES PRISES

En vue d'accorder une priorité plus élevée à la lutte contre les MNT, il est essentiel d'élaborer et d'adopter des plans d'action nationaux multisectoriels pour faire des progrès à l'échelon national. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des MNT a envoyé des missions aux Tonga et en Mongolie en 2015 et au Viet Nam en 2016 afin d'améliorer la coordination interorganisations. Une mission a été effectuée en Mongolie en juin 2017 dans le cadre du Programme mondial conjoint des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise du cancer du col de l'utérus. Dans le souci d'assurer un soutien intégré et de tirer le meilleur parti des compétences des trois niveaux institutionnels de l'OMS, quatre pays (Mongolie, Philippines, Tonga et Viet Nam) ont été choisis pour y mettre en œuvre de manière accélérée des plans d'action multisectoriels visant à réduire les facteurs de risque et à prendre en charge les cas de MNT au niveau des soins primaires.

Le renforcement des capacités nationales a bénéficié du développement de l'encadrement : 1) l'Atelier régional sur le renforcement de l'encadrement et de la sensibilisation en faveur de la lutte contre les MNT (LeAd-NCD) (16 pays ont participé aux ateliers de 2014-2016) ; 2) l'Atelier sur l'encadrement et le renforcement des capacités de lutte contre le cancer (CanLEAD) (17 pays ont participé aux ateliers de 2015-2017) ; 3) les ateliers du Programme de formation au leadership pour la promotion de la santé (ProLEAD) en Chine, Macao (RAS de Chine) et dans le Pacifique Nord (Guam, États fédérés de Micronésie, Îles Mariannes septentrionales et Palaos).

Les mesures visant la réduction des facteurs de risque moyennant des environnements favorables à la santé demeurent une priorité pour tous les pays. Les initiatives de réduction de la consommation de sel ont été soutenues en Chine, aux États fédérés de Micronésie, en Mongolie et au Viet Nam. Le Brunéi Darussalam et la Malaisie ont mis à l'essai un programme technique élaboré à l'échelle mondiale pour développer la pratique de l'exercice physique. Les unités techniques Initiative pour un monde sans tabac et Nutrition rendront compte séparément des mesures prises pour lutter contre le tabagisme et réduire la mauvaise alimentation.

L'approche sur les environnements sains se poursuit dans le cadre des écoles-santé (Cambodge, Fidji, Tonga et Viet Nam), des villes-santé (Cambodge, Chine, Philippines et République démocratique populaire lao), des îles et villages-santé (Fidji, Îles Cook, Îles Salomon, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Samoa et Vanuatu) et des restaurants-santé (Brunéi Darussalam).

Pour ce qui est du renforcement des systèmes de santé, l'ensemble OMS d'interventions essentielles ciblant les MNT dans le cadre des soins de santé primaires en contexte de faibles ressources (PEN) continue d'être mis en œuvre dans la Région. L'Initiative mondiale HEARTS a lancé une version étendue du PEN. Le *Noncommunicable disease education manual for primary health care professionals and patients* (manuel sur les maladies non transmissibles pour les professionnels des soins de santé primaire et les patients) est une innovation régionale qui offre des orientations concises pour la prévention et la prise en charge de l'hypertension et du diabète.

Avec pour objectif de promouvoir la capacité de recherche et de développement dans la lutte contre les MNT, un ensemble d'activités a été défini en consultation avec des experts en vue de diriger, d'organiser et de promouvoir la coopération et de formuler des orientations intéressant la recherche de haute qualité.

Pour suivre les progrès, les systèmes de surveillance des MNT ont été renforcés au moyen de l'enquête sur l'approche par étapes de la surveillance (STEPS) et de l'enquête sanitaire en milieu scolaire dans 16 États et Territoires depuis 2014. Les Tonga ont été le premier pays au monde à mettre à l'essai la mesure objective de l'activité physique dans le cadre de l'enquête STEPS, avec un échantillon de 750 participants. Le Cambodge a été le premier pays de la Région à tester eSTEPS sous Android. L'OMS a réalisé l'enquête sur les capacités nationales de lutte contre les MNT dans ses six Régions en 2015 et 2017. Depuis 2014, le Brunéi Darussalam, les Fidji, les Îles Salomon, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Polynésie française et les Tonga reçoivent un appui à la formation sur les registres du cancer. En outre, des cours sont offerts en ligne sur la lutte contre le cancer, e-CanLEAD et les soins palliatifs.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité Régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis dans la lutte contre les MNT dans la Région du Pacifique occidental.

16.3 INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC

1. SITUATION ET ENJEUX

Dans la Région du Pacifique occidental, le tabagisme a reculé ces dernières années dans deux États et Territoires sur trois. Sept pays ont récemment augmenté leurs taxes sur le tabac. La hausse du prix des cigarettes s'est avérée le moyen le plus efficace de lutter contre le tabagisme. Une augmentation de 0,80 dollars des États-Unis le paquet pourrait éviter environ 7 millions de morts prématurées chez les fumeurs de la Région.

Cependant, d'importants défis persistent, notamment l'ingérence croissante de l'industrie du tabac dans la lutte contre le tabagisme. À ce jour, la Mongolie est le seul pays de la Région à avoir ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

Conformément au *Plan d'action régional relatif à l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019)*, la lutte antitabac est axée sur les trois domaines suivants : le renforcement des capacités institutionnelles durables ; la législation et la réglementation ; la collaboration avec les parties prenantes en matière d'application.

2. MESURES PRISES

2.1 Renforcement des capacités institutionnelles durables

En partenariat avec le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le Bureau régional a organisé des réunions infrarégionales préparatoires en vue de la septième session de la Conférence des Parties (COP7). Conformément à la demande du Secrétariat aux pays participants, le Viet Nam a exclu les représentants du monopole du tabac de sa délégation.

Dans le sillage d'un atelier sur le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, organisé en septembre 2016 avec le Secrétariat de la Convention-cadre, l'OMS a signé un mémorandum d'accord avec l'Organisation océanienne des douanes afin de lutter contre le commerce illicite dans le Pacifique.

Trente États et Territoires ont indiqué que les enquêtes sur le tabagisme bénéficient d'un financement public total ou partiel.

2.2 Législation et réglementation

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a annoncé une loi antitabac en 2017.

La Nouvelle-Zélande a adopté le conditionnement neutre dans la foulée de l’Australie. Le Vanuatu a adopté les plus grandes mises en garde sanitaires graphiques de la Région, qui couvrent 90 % du paquet. Hong Kong (RAS de Chine) a augmenté la taille de ses mises en garde sanitaires graphiques de 50 à 85 % du paquet et a doublé le nombre d’images utilisées (12 actuellement). Quinze États et Territoires, dont le Cambodge, les Philippines et la République de Corée, ont adopté des mises en garde sanitaires graphiques recouvrant au moins 50 % du paquet.

Kiribati, Singapour et les Tonga ont interdit les présentoirs de produits du tabac aux points de vente. Le Cambodge a proscrit la publicité directe de produits du tabac, y compris en ligne. La Chine a interdit la publicité du tabac dans les médias et les points de vente au détail, ainsi que dans les transports en commun et sur la voie publique.

Les Philippines ont promulgué un décret interdisant de fumer dans les lieux et les transports publics et bannissant la publicité dans les points de vente. Le Cambodge, Kiribati, la Malaisie, la République de Corée, la République démocratique populaire de Corée et les Tonga ont étendu la portée des lois non-fumeurs. En Chine, les villes de Beijing, Shanghai et Shenzhen, soit une population totale de 58 millions d’habitants, ont promulgué des lois non-fumeurs complètes.

Tous les Jeux olympiques sont sans tabac depuis 1988. Fidèle à cette tradition, le Japon travaille à une législation antitabac dans la perspective de la Coupe du monde de rugby de 2019 et des Jeux de Tokyo en 2020.

Treize États et Territoires, dont l’Australie, le Brunéi Darussalam, le Cambodge, les Fidji, Guam, Hong Kong (RAS de Chine), les Îles Mariannes du Nord, le Japon, la Malaisie, la Nouvelle-Zélande, les Philippines, la République de Corée et Singapour, ont adopté des mesures réglementaires sur les inhalateurs électroniques de nicotine. Ceux-ci sont strictement interdits au Brunéi Darussalam, au Cambodge et à Singapour.

Depuis 2015, l’Australie, la Chine, les Fidji, les Îles Cook, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée et le Viet Nam ont augmenté les taxes sur les cigarettes. Les Palaos, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont affecté à la santé les recettes fiscales liées au tabac. Aux Philippines, les recettes ont dépassé les attentes et ainsi accru le financement de la santé.

À Guam, l’âge légal pour fumer est passé à 21 ans. Singapour essaie de faire de même.

2.3 Collaborer avec les parties prenantes en matière d'application

La moitié des pays de la Région ont indiqué avoir pris des mesures pour s'attaquer au tabagisme au sein des groupes vulnérables et marginalisés.

Les initiatives sur les sites du patrimoine mondial non-fumeurs et le réseau de l'ASEAN pour des villes sans tabac ont été soutenues en association avec l'Alliance pour la lutte antitabac en Asie du Sud-Est.

Les capacités dont disposent les professionnels du droit et de la santé publique pour surmonter les obstacles juridiques ont été renforcées dans plusieurs pays en collaboration avec le *McCabe Centre for Law & Cancer* (Australie).

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis dans la lutte antitabac et de continuer à demander la mise en œuvre accélérée de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

16.4 SANTÉ MENTALE

1. SITUATION ET ENJEUX

En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a ensuite adopté le *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental* en 2014.

À l'exemple du Plan d'action mondial, le Programme régional définit quatre objectifs :

- 1) renforcer un leadership et une gouvernance efficaces dans le domaine de la santé mentale ;
- 2) fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire ;
- 3) mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale ;
- 4) renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Le Programme régional encourage les États Membres à envisager un ensemble de mesures essentielles, élargies et exhaustives et des capacités qui permettront d'améliorer les programmes et services de santé mentale.

2. MESURES PRISES

L'OMS a appuyé les États Membres dans les domaines de la gouvernance, de la prestation de services, de la promotion de la santé mentale et des systèmes d'information. Ces questions ont été abordées à la réunion régionale sur le renforcement des programmes de santé mentale, qui s'est tenue en janvier 2017.

Depuis 2014, des politiques et plans nationaux de santé mentale ont été adoptés au Brunéi Darussalam, au Cambodge, aux Fidji, aux Îles Cook, au Japon, à Kiribati en République de Corée, à Singapour et au Vanuatu. Des plans nationaux sont à l'étude aux Îles Marshall, dans les États fédérés de Micronésie, à Nauru, à Tokélaou et aux Tonga. La Mongolie et le Viet Nam ont renforcé leurs programmes nationaux. Les Îles Salomon ont élaboré un projet de loi sur la santé mentale. Les Philippines ont récemment approuvé un projet de loi établissant une politique nationale sur la santé mentale.

Le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, établi par l'OMS en faveur des services de santé mentale communautaires a été mis en œuvre aux Fidji, aux Îles Cook, aux Îles Salomon, à Kiribati, dans les États fédérés de Micronésie, à Nauru, à Nioué, aux Palaos, aux Philippines, à Samoa, à Tokélaou, aux Tonga, à Tuvalu et au Vanuatu.

Les services de santé mentale ont été intégrés aux services communautaires, aux établissements de santé publique ou aux soins de santé primaires au Brunéi Darussalam, au Cambodge, en Chine, au Japon, en Mongolie, aux Philippines, en République de Corée, à Singapour et dans tous les pays insulaires du Pacifique. Le Japon, la Malaisie et les Philippines ont également intégré la question de la santé mentale dans leurs plans nationaux d'intervention en cas de catastrophe. Pour aider les États Membres, l'OMS a élaboré des guides sur la démence et la santé mentale sur le lieu de travail.

Grâce aux importants efforts de mobilisation des ministères de la santé, la Journée mondiale de la Santé 2017 intitulée « Dépression, parlons-en » a remporté un énorme succès. Cette manifestation a été l'occasion de faire mieux connaître le problème, d'aborder la question de la réprobation sociale et de sensibiliser le public aux politiques et aux programmes de santé mentale. Des déclarations de soutien de ministres de la santé et de célébrités ont été reçues. Cette Journée mondiale a été largement couverte par les médias locaux, internationaux et sociaux. L'élan et l'intérêt qu'elle a suscités s'inscriront dans la durée grâce à des actions de sensibilisation et à la mobilisation sociale des réseaux nationaux, des coalitions et des communautés de pratique.

À l'heure actuelle, les 14 pays suivants disposent de programmes de promotion et de prévention en santé mentale : Australie, Chine, Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Japon, Kiribati, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Samoa, Philippines, République de Corée et Tonga. Six pays ont mis en œuvre des stratégies de prévention du suicide : Australie, Fidji, Japon, Malaisie, Nouvelle-Zélande et République de Corée. Le renforcement des capacités d'information sur la santé mentale et la recherche sur le comportement de recours aux soins ont été soutenus au Cambodge, aux Fidji et aux Philippines.

Huit États et Territoires insulaires du Pacifique ont inclus un module sur la santé mentale dans leur enquête STEPS sur les maladies non transmissibles : Îles Cook, Nioué, Palaos, Polynésie française, Samoa, Tokélaou, Tonga et Vanuatu. La Malaisie a inclus la santé mentale dans son enquête de santé nationale et la Chine a intégré des informations sur la santé mentale dans sa base de données nationale.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis pour développer plus avant le programme sur la santé mentale dans la Région du Pacifique occidental.

16.5 TUBERCULOSE

1. SITUATION ET ENJEUX

L'un des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) était la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, dont la tuberculose. En 2015, à la fin de la période couverte par les OMD, le taux de prévalence de la tuberculose avait diminué de plus de 50 % dans la Région du Pacifique occidental, et le taux de mortalité qui y était associé avait chuté de plus de 70 %. Mais la même année, en dépit de ces progrès, on estimait à 1,6 million le nombre de nouveaux cas de tuberculose et à 89 000 celui des décès imputables à la maladie dans la Région. De plus en plus, la charge est concentrée parmi les populations vulnérables, notamment les citoyens pauvres, les personnes vivant avec le VIH, les migrants, les détenus et les autres groupes particulièrement exposés. La tuberculose pharmacorésistante demeure un défi de taille et représente une menace sérieuse pour la sécurité sanitaire aux niveaux national et régional.

En mai 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la *Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*, également appelée *Stratégie Halte à la tuberculose* (WHA67.1). En vue d'adapter la Stratégie à la situation propre à chacun des pays et territoires de la Région du Pacifique occidental, le Comité régional du Pacifique occidental a approuvé, en octobre 2015, le *Cadre d'action régional sur la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020* (WPR/RC66.R3).

2. MESURES PRISES

Les États Membres se sont inspirés du *Cadre d'action régional sur la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020* pour incorporer *Halte à la tuberculose* dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre la maladie. La mise en œuvre de la Stratégie repose sur des services de qualité et privilégiant la dimension humaine, dispensés à tous les patients et aux membres de leur famille ; des interventions visant à lutter contre la charge croissante de la tuberculose pharmacorésistante ; des mesures de protection sociale et contre les risques financiers, afin de réduire l'incidence de la vulnérabilité face à la maladie ; des réglementations appliquées de manière effective ; une capacité accrue d'adoption rapide de nouveaux outils et technologies.

Les États Membres de la Région procèdent actuellement à des enquêtes visant à déterminer le coût de la tuberculose pour les patients, ce qui devrait stimuler la collecte de chiffres de référence

utiles à la réalisation de l'objectif mondial, à savoir qu'aucune famille ne soit contrainte à des dépenses colossales en raison de la tuberculose. Trois pays (Chine, Philippines et Viet Nam) ont achevé leur enquête au début de 2017 et quatre autres (Fidji, Îles Salomon, Mongolie et Papouasie-Nouvelle-Guinée) prévoient de les mener plus tard dans l'année. Les résultats sont utilisés pour étudier les moyens d'assurer une meilleure protection financière et sociale aux patients et à leur famille. L'évaluation du fardeau financier qui pèse sur les patients atteints de tuberculose et les mesures prises pour y remédier sont un excellent exemple de collaboration multisectorielle au titre de la Cible 3.3 des objectifs de développement durable, qui s'accompagne de cibles et d'indicateurs spécifiques pour la tuberculose.

Bien que certains pays aient commencé à développer des services axés sur la tuberculose pharmacorésistante, le rythme auquel les nouvelles procédures de diagnostic et les nouveaux protocoles thérapeutiques sont adoptés et généralisés demeure lent. Sur un total estimé à 83 000 patients atteints de tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine dans la Région du Pacifique occidental en 2015, seuls 18 022 (22 %) ont fait l'objet d'un diagnostic et 13 722 (17 %) ont reçu un traitement. En outre, le taux de réussite des traitements demeure faible, soit 57 % pour la cohorte de 2013. Les lacunes relatives à la détection ou au démarrage et au succès des traitements, font peser une grave menace sur la santé publique dans la Région. Le succès limité des mesures prises pour combler ces lacunes montre clairement qu'il faut accélérer l'adoption de protocoles de diagnostic et de soins innovants, avec le soutien déterminé des pouvoirs publics et grâce à des investissements accrus dans le secteur.

Afin de mobiliser un appui de haut niveau à l'échelle mondiale et d'obtenir des engagements nationaux, l'OMS s'apprête à organiser la première Conférence ministérielle mondiale pour mettre fin à la tuberculose dans l'optique du développement durable : une démarche multisectorielle. Elle aura lieu en novembre 2017, en Fédération de Russie. Les documents issus de cette conférence seront présentés à l'occasion d'une réunion de haut niveau sur la tuberculose qui se tiendra en 2018 à la demande de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'OMS et les États Membres se préparent à participer à ces événements de premier plan, en vue d'intensifier l'action menée pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose aux niveaux mondial et régional.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose grâce à la mise en œuvre de la *Stratégie Halte à la tuberculose*.

16.6 HÉPATITE

1. SITUATION ET ENJEUX

Selon les estimations, 325 millions de personnes souffrent d'hépatite chronique à l'échelle mondiale. Parmi celles-ci, 40 % (soit 129 millions), vivent dans la Région du Pacifique occidental : environ 115 millions sont infectées par l'hépatite B et 14 millions par l'hépatite C.

Pour lutter contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental, le Comité régional a adopté, en octobre 2015, le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020* (WPR/RC66.R1), qui prie instamment les États Membres d'élaborer des plans d'action nationaux et des systèmes de surveillance. Ce plan d'action prévoit la réduction de la prévalence de l'hépatite B chronique à moins de 1 % chez les enfants de 5 ans d'ici à 2017, l'élaboration de politiques nationales de vaccination du personnel soignant, la vaccination de rattrapage des populations à haut risque, et l'élargissement de la couverture du diagnostic et du traitement des hépatites B et C chroniques.

2. MESURES PRISES

L'OMS a centré son appui sur la sensibilisation de haut niveau et la participation des parties prenantes, contribuant à l'élaboration de vastes plans d'action nationaux dans sept pays : Australie, Japon, Kiribati, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Singapour et Viet Nam. La Mongolie a en outre élaboré une politique nationale sur l'élimination de l'hépatite C.

L'Organisation a procédé à des analyses de la charge de morbidité de l'infection chronique par l'hépatite B et/ou C dans six pays : Chine, Fidji, Kiribati, Mongolie, Philippines et Viet Nam. Trois pays (Cambodge, Papouasie-Nouvelle-Guinée et République démocratique populaire lao) effectuent actuellement ce type d'analyses. Des études épidémiologiques et des évaluations d'intervention ont été réalisées dans quatre pays pour établir des niveaux de référence : Fidji, Kiribati, Mongolie et Viet Nam. Des plans opérationnels en matière de surveillance nationale, de suivi des patients et de renforcement des laboratoires sont en cours de mise en place dans trois pays : Mongolie, Philippines et Viet Nam. Des protocoles d'enquête sur les marqueurs biologiques ont été élaborés dans quatre pays : Cambodge, Îles Salomon, Philippines et Viet Nam.

D'importants succès ont été enregistrés dans la lutte contre l'hépatite B. Les programmes de vaccination ont ramené la prévalence régionale de cette maladie à 0,9 % chez les enfants nés

en 2012, et ainsi permis d'atteindre l'objectif régional fixé pour 2017 d'une prévalence de l'hépatite B inférieure à 1 % chez les enfants de 5 ans. Selon le formulaire conjoint de déclaration de 2016, 13 États et Territoires sur les 27 l'ayant rempli (soit 48 %) ont indiqué avoir mis en place des politiques de vaccination du personnel soignant contre l'hépatite B. Un cadre régional faisant fond sur les programmes de dépistage universel du VIH et de la syphilis et sur une plateforme commune pour la santé maternelle et infantile est en cours d'élaboration pour intégrer la vaccination contre l'hépatite B et ainsi permettre la triple élimination de la transmission périnatale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.

Le traitement des hépatites B et C ne cesse de s'améliorer. Dans la Région du Pacifique occidental, il est estimé que 1,38 million de personnes atteintes d'hépatite B chronique ont été traitées en 2015, alors que 1,17 million de patients ont entamé un traitement contre l'hépatite C entre 2004 et 2015, bien qu'une faible proportion seulement ait reçu un traitement à base d'antiviraux à action directe. Des directives thérapeutiques pour les hépatites B et C sont disponibles dans 11 pays. Des négociations sur l'homologation et les prix des médicaments ont été entamées dans la majorité des États Membres. Une forme de remboursement par les programmes nationaux d'assurance-maladie du traitement contre l'hépatite B et/ou C a été introduite en Australie, en Chine, au Japon, en Mongolie, aux Philippines, en République de Corée et au Viet Nam.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis dans la lutte contre l'hépatite virale.

16.7 MÉDECINE TRADITIONNELLE

1. SITUATION ET ENJEUX

La *Stratégie régionale pour la médecine traditionnelle dans le Pacifique occidental (2011-2020)*, approuvée en 2011, fournit des orientations stratégiques aux États Membres pour qu'ils tirent tout le parti possible de la médecine traditionnelle, utilisée à grande échelle dans la Région. La Stratégie s'articule sur cinq objectifs : 1) intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux ; 2) promouvoir le recours à une médecine traditionnelle sûre et efficace ; 3) développer l'accès à des pratiques sûres et efficaces ; 4) promouvoir la protection et l'utilisation durable des ressources de la médecine traditionnelle ; 5) renforcer la coopération en vue de la production et de la mise en commun des connaissances et des compétences dans ce domaine.

Ultimeurement, la *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, de portée mondiale, a été élaborée en réponse à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle, adoptée en 2009 (WHA62.13). Quant au cadre d'action régional intitulé « La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé », approuvé par le Comité régional du Pacifique occidental en 2015, il contient des directives d'ensemble pour le développement de la médecine traditionnelle dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU).

2. MESURES PRISES

L'OMS a apporté son appui à plusieurs États Membres, dont le Cambodge, les Fidji et les États fédérés de Micronésie, pour l'élaboration, l'examen et la mise en œuvre de politiques nationales visant à intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux. La *Stratégie régionale pour la médecine traditionnelle dans le Pacifique occidental (2011-2020)* a été traduite en plusieurs langues et des lignes directrices pour son application ont été présentées lors d'un atelier organisé en 2012 par l'OMS à Hong Kong (RAS de Chine).

En 2014, l'Organisation a analysé les modèles d'intégration de la médecine traditionnelle dans la Région, puis, en 2015, en a débattu avec des experts réunis à Jeju (République de Corée). Toujours en 2015, elle a organisé une consultation d'experts à Manille, dont l'objet était l'élaboration de plans d'action axés sur la couverture sanitaire universelle. En 2017, la Réunion sur la contribution de la médecine traditionnelle au renforcement des soins de santé primaires a facilité l'échange de données et d'enseignements tirés de l'expérience. Sur la base de consultations d'experts tenues

en 2013 et 2014, l'OMS a élaboré un ensemble d'indicateurs relatifs à la médecine traditionnelle. En 2018-2019, ils seront révisés et alignés sur le cadre de suivi régional des objectifs de développement durable et de la CSU.

En 2017, à l'occasion d'une réunion tenue à Nadi (Fidji) aux fins du renforcement des systèmes de réglementation de la médecine traditionnelle, l'OMS a appuyé l'élaboration de cadres juridiques aux Fidji et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, ainsi que le recensement des principales questions liées à la sûreté et à la qualité de la médecine traditionnelle dans 13 pays insulaires du Pacifique.

Mais c'est dès 2013 que l'OMS s'est attelée au renforcement de la réglementation nationale au Cambodge, en Mongolie, aux Philippines, en République populaire démocratique lao et au Viet Nam, au moyen de programmes de formation pour les laboratoires et de réunions organisées en République de Corée. En outre, elle travaille avec les centres collaborateurs à l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de notification des événements indésirables. Elle aide les États Membres à améliorer les systèmes de réglementation et d'enseignement mis en place à l'intention des praticiens de la médecine traditionnelle. Elle a ainsi apporté un appui spécifique au Cambodge, ainsi qu'à l'organisation de la Réunion sur l'éducation des praticiens de la médecine traditionnelle dans la Région du Pacifique occidental, tenue en 2013 en Australie. Les enjeux liés à la réglementation de la médecine traditionnelle ont été pris en compte dans le projet de *Programme d'action régional du Pacifique occidental pour le renforcement de la réglementation, la convergence et la coopération en matière de médicaments et de personnel de santé*, que le Comité régional du Pacifique occidental devrait approuver en octobre 2017.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis au titre de la médecine traditionnelle, étant entendu qu'un projet de plan d'action aligné sur la stratégie mondiale et le cadre d'action régional en matière de couverture sanitaire universelle sera élaboré, pour examen en 2020.

16.8 GENRE ET SANTÉ

1. SITUATION ET ENJEUX

La santé est influencée par les différences entre les hommes et les femmes en matière de moyens d'action et de ressources, qui sont liées à l'inégalité des sexes. La violence sexiste demeure par ailleurs une importante préoccupation de santé publique. En dépit des progrès enregistrés dans la Région en matière de genre et de santé, il reste beaucoup à faire.

Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental s'intéresse à la problématique hommes-femmes depuis plus de 30 ans, et a approuvé des résolutions sur *Les femmes dans le contexte de la santé et du développement / Les Femmes, la Santé et le Développement* (1984 et 1997) et la *Pleine participation des femmes à tous les aspects des activités de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental* (1996). La question est abordée dans de nombreuses stratégies régionales, dont celles sur le vieillissement et la santé (2013), la tuberculose (TB) (2015) et les maladies émergentes (2016). Sa prise en compte est essentielle pour progresser vers les objectifs de développement durable (ODD), comme l'illustrent les cadres régionaux sur la couverture sanitaire universelle (CSU) (2015) et les ODD (2016). L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une *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* en 2007. L'ODD 5 porte sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, et la problématique hommes-femmes est intégrée dans d'autres objectifs. Afin que celle-ci soit systématiquement prise en compte dans les politiques et programmes de santé, l'approche stratégique de l'OMS englobe la concertation sur les mesures à prendre, le renforcement des capacités et le soutien technique.

2. MESURES PRISES

L'approche de l'OMS s'est élargie avec le temps. À l'origine axée sur les femmes, la santé et le développement, elle s'est ensuite penchée sur l'institutionnalisation de la problématique hommes-femmes, puis a reconnu les liens existant entre l'équité, les déterminants sociaux de la santé et les droits de l'homme. Le Bureau régional du Pacifique occidental a créé en 2011 un groupe de travail technique sur le genre et la santé, dont les orientations ont été révisées en 2015 pour accorder une plus large place à la question du genre et aux déterminants sociaux de la santé.

Tous les programmes sont encouragés à définir les liens avec ces questions et les possibilités d'intégrer des mesures sur le genre et l'égalité des sexes. En 2016-2017, des pratiques prometteuses ont été réunies dans un rapport sur l'amélioration de la santé grâce à une attention accrue au genre, à l'équité et aux droits de l'homme. Ce rapport illustre la valeur que ces trois questions peuvent ajouter à l'analyse, à la conception et à la mise en œuvre de programmes, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des domaines d'activité suivants : la surveillance des maladies émergentes et la riposte associée ; la politique et les systèmes de santé ; les maladies transmissibles ; la lutte antitabac ; l'eau et l'assainissement. Ce travail a bénéficié de la collaboration avec les États Membres en ce qui concerne la concertation sur les mesures à prendre, le développement des capacités, la sensibilisation et le renforcement des bases factuelles sur le genre et la santé.

L'OMS a accru son soutien technique pour répondre aux préoccupations des États Membres concernant la violence sexiste. Une campagne régionale intitulée « Human Together » (Soyons humains tous ensemble) a été lancée en marge de la session d'octobre 2016 du Comité régional du Pacifique occidental. Puis appliquée à l'échelle des pays, elle s'est appuyée sur les initiatives nationales ayant bénéficié de l'appui de l'OMS, notamment l'adaptation de la méthode OMS de mesure de la violence sexiste, et l'élaboration ou la révision de politiques et de lignes directrices visant à renforcer les interventions du secteur de la santé. Des représentants de 10 pays ont participé, en Thaïlande, en novembre 2016, à une réunion de trois jours qui a rassemblé les pouvoirs publics, la société civile et les organismes des Nations Unies, et dont l'objet était de renforcer les interventions multisectorielles face à la violence à l'encontre des femmes et des filles en Asie et dans le Pacifique.

Les enseignements retenus contribueront à l'amélioration de la santé grâce à la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans la Région. Les priorités futures comprennent le suivi-évaluation et les modèles de prestation axés sur le genre et l'équité, ainsi que la mobilisation sociale et politique sur le genre et la violence sexiste, y compris la masculinité et l'intersectionnalité (soit les liens entre le genre et les autres formes de préjudice social). Les partenariats entre secteurs, parties prenantes et communautés resteront nécessaires pour aider les États Membres à atteindre l'ODD 5 sur l'égalité des sexes et l'ODD 3 sur la bonne santé et le bien-être.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié de prendre note des progrès accomplis dans les domaines du genre et de la santé.