



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**SOIXANTE-SEPTIÈME
ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ**

GENÈVE, 19-24 MAI 2014

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2014**

ABRÉVIATIONS

Les abréviations suivantes sont employées dans la documentation de l'OMS :

ACDI	– Agence canadienne de développement international
AGFUND	– Programme arabe du Golfe pour les organismes de développement des Nations Unies
AID	– Agency for International Development des États-Unis d'Amérique
AIEA	– Agence internationale de l'énergie atomique
ANASE	– Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BIRD	– Banque internationale pour la reconstruction et le développement (Banque mondiale)
BIT	– Bureau international du travail
BSP	– Bureau sanitaire panaméricain
CCQAB	– Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires
CCRS	– Comité consultatif de la recherche en santé
CCS	– Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
CIOMS	– Conseil des organisations internationales des sciences médicales
CIRC	– Centre international de recherche sur le cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	– Fonds international de développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
HCR	– Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OACI	– Organisation de l'aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de coopération et de développement économiques
OIE	– Office international des épizooties
OIT	– Organisation internationale du travail
OMC	– Organisation mondiale du commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
OMS	– Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUCID	– Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l'environnement
UIT	– Union internationale des télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	– Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRWA	– Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l'appellation « pays ou zone » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

AVANT-PROPOS

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 19 au 24 mai 2014, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent trente-troisième session.¹

¹ Décision EB133(10).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	iii
Ordre du jour.....	ix
Liste des documents.....	xv
Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions.....	xxi

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA67.1	Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015.....	3
WHA67.2	Amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs.....	6
WHA67.3	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013.....	7
WHA67.4	Financement supplémentaire pour l'immobilier et les passifs futurs relatifs au personnel.....	7
WHA67.5	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	8
WHA67.6	Hépatite virale.....	9
WHA67.7	Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées.....	15
WHA67.8	Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique.....	15
WHA67.9	Psoriasis.....	19
WHA67.10	Plan d'action pour la santé du nouveau-né.....	20

	Pages
WHA67.11	Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata..... 22
WHA67.12	Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé..... 25
WHA67.13	Application du Règlement sanitaire international (2005)..... 28
WHA67.14	La santé dans le programme de développement pour l'après-2015..... 29
WHA67.15	Renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants 32
WHA67.16	Rapport du Commissaire aux comptes 37
WHA67.17	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général 38
WHA67.18	Médecine traditionnelle 38
WHA67.19	Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie..... 40
WHA67.20	Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux 45
WHA67.21	Accès aux produits biothérapeutiques, y compris aux produits biothérapeutiques similaires, et garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité 50
WHA67.22	Accès aux médicaments essentiels 52
WHA67.23	Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle 56
WHA67.24	Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle..... 59
WHA67.25	Résistance aux antimicrobiens..... 60
Décisions	
WHA67(1)	Composition de la Commission de vérification des pouvoirs..... 64
WHA67(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé 64
WHA67(3)	Constitution du Bureau de l'Assemblée 64
WHA67(4)	Adoption de l'ordre du jour 64
WHA67(5)	Élection du bureau des commissions principales..... 65

	Pages
WHA67(6) Vérification des pouvoirs	65
WHA67(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif.....	66
WHA67(8) Examen des incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l’Assemblée de la Santé	66
WHA67(9) La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.....	67
WHA67(10) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	68
WHA67(11) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l’OMS	69
WHA67(12) Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève.....	69
WHA67(13) Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie	70
WHA67(14) Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.....	70
WHA67(15) Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d’experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement	71
WHA67(16) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé	72

ANNEXES

1. Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015	75
2. Texte du Règlement intérieur amendé de l’Assemblée mondiale de la Santé	97
3. Plan d’action mondial de l’OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées.....	98
4. Plan d’action pour la santé du nouveau-né. Chaque nouveau-né : Plan d’action pour mettre fin aux décès évitables	120
5. Texte de l’annexe 7 actualisée du Règlement sanitaire international (2005).....	163
6. Incidences financières et administrative qu’auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l’Assemblée de la Santé	165

ORDRE DU JOUR¹

SÉANCES PLÉNIÈRES

Numéro du point

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé
 - 1.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
 - 1.2 Élection du président
 - 1.3 Élection des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau
 - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente-troisième et cent trente-quatrième sessions
3. Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général
4. Intervenant invité
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹
11. Réforme de l’OMS
 - 11.1 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la réforme
 - 11.2 Amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs
 - 11.3 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
 - 11.4 Suivi du dialogue sur le financement
 - 11.5 Allocation stratégique des ressources
 - 11.6 Financement des coûts de l’administration et de la gestion
12. Maladies transmissibles
 - 12.1 Projet de stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015
 - 12.2 Plan d’action mondial pour les vaccins
 - 12.3 Hépatite
13. Maladies non transmissibles
 - 13.1 Lutte contre les maladies non transmissibles
 - Rapport :
 - sur le Plan d’action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles 2008-2013
 - sur le rôle de l’OMS dans la préparation, la réalisation et le suivi de l’examen et de l’évaluation d’ensemble, en 2014 par l’Assemblée générale des Nations Unies, des progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles
 - Examen :
 - du mandat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles

¹ Y compris l’élection des vice-présidents et du rapporteur.

ORDRE DU JOUR

- du mandat de l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
 - d'un ensemble limité d'indicateurs relatifs au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020
- 13.2 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
- 13.3 Handicap
- 13.4 Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique
- 13.5 Psoriasis
14. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie
- 14.1 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
- La santé dans le programme de développement pour l'après-2015
- 14.2 Santé du nouveau-né : projet de plan d'action
- 14.3 Traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles
- 14.4 Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie
- 14.5 Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata
- 14.6 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé
15. Systèmes de santé
- 15.1 Médecine traditionnelle
- 15.2 Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
- 15.3 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
- 15.4 Accès aux médicaments essentiels
- 15.5 Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie

- 15.6 Renforcement du système de réglementation
- 15.7 Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle
- 15.8 Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle
- 16. Préparation, surveillance et intervention
 - 16.1 Application du Règlement sanitaire international (2005)
 - 16.2 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
 - 16.3 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
 - 16.4 Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
 - 16.5 Résistance aux antimicrobiens
- 17. Rapports de situation
 - Maladies transmissibles**
 - A. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 (résolution WHA64.14)
 - B. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16)
 - Maladies non transmissibles**
 - C. Prévention des traumatismes chez l'enfant (résolution WHA64.27)
 - Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie**
 - D. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)
 - E. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16)
 - F. Risques pour la santé des jeunes (résolution WHA64.28)
 - G. Mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (résolution WHA66.7)
 - H. Changement climatique et santé (résolution EB124.R5)

Systèmes de santé

- I. Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (résolution WHA61.21)
- J. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (résolution WHA63.12)
- K. Transplantation d'organes et de tissus humains (résolution WHA63.22)
- L. Stratégie OMS de recherche pour la santé

Préparation, surveillance et intervention

- M. Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires (résolution WHA65.20)

Services institutionnels/fonctions d'appui

- N. Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action (résolution WHA61.12)

COMMISSION B

- 18. Ouverture des travaux de la Commission¹
- 19. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
- 20. Questions relatives au budget programme et questions financières
 - 20.1 Budget programme 2012-2013 : appréciation de l'exécution
 - 20.2 Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013
 - 20.3 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
 - 20.4 [supprimé]
 - 20.5 [supprimé]
 - 20.6 [supprimé]

¹ Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

- 21. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance
 - 21.1 Rapport du Commissaire aux comptes
 - 21.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
- 22. Questions relatives au personnel
 - 22.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 22.2 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
 - 22.3 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
 - 22.4 Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l’OMS
- 23. Questions administratives et juridiques
 - 23.1 Suivi du rapport du groupe de travail sur l’élection du Directeur général de l’Organisation mondiale de la Santé
 - 23.2 Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
- 24. Collaboration à l’intérieur du système des Nations Unies et avec d’autres organisations intergouvernementales

LISTE DES DOCUMENTS

A67/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A67/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses trente-troisième et cent trente-quatrième sessions
A67/3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A67/4	Rapport de situation sur la mise en œuvre de la réforme
A67/5	Amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs ²
A67/5 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
A67/6	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
A67/7	Suivi du dialogue sur le financement
A67/8	Dialogue sur le financement Évaluation indépendante
A67/9	Allocation stratégique des ressources Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A67/10	Financement des coûts de l'administration et de la gestion
A67/11	Projet de stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 ⁴
A67/12	Plan d'action mondial pour les vaccins
A67/13	Améliorer la santé des personnes atteintes d'hépatite virale
A67/13 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³

¹ Voir page ix.

² Voir l'annexe 2.

³ Voir l'annexe 6.

⁴ Voir l'annexe 1.

A67/14	Lutte contre les maladies non transmissibles
A67/14 Add.1	Mandat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles
A67/14 Add.2	Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies
A67/14 Add.3 Rev.1	Proposition de plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, couvrant la période 2014-2015
A67/15 et Add.1	La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
A67/16	Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ¹
A67/17	Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique
A67/17 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A67/18	Psoriasis
A67/18 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A67/19	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
A67/20	La santé dans le programme de développement pour l'après-2015
A67/21 et Corr.1	Santé du nouveau-né : projet de plan d'action ³
A67/22	Traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles, et à l'égard des enfants
A67/23	Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie
A67/24	Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata

¹ Voir l'annexe 3.

² Voir l'annexe 6.

³ Voir l'annexe 4.

LISTE DES DOCUMENTS

A67/25	Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé
A67/26	Médecine traditionnelle
A67/27	Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
A67/28	Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement Projets de démonstration de recherche-développement en santé
A67/28 Add.1	Réunions des parties prenantes sur les projets de démonstration de recherche-développement en santé sélectionnés, 7-10 mai 2014
A67/29	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
A67/30	Accès aux médicaments essentiels
A67/31	Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie
A67/32	Renforcement du système de réglementation
A67/33	Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle
A67/34	Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle
A67/35 et Add.1	Application du Règlement sanitaire international (2005) ¹
A67/36	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
A67/36 Add.1	Rapport de la réunion du Groupe consultatif sur le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique
A67/37	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A67/38	Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
A67/39	Résistance aux antimicrobiens
A67/39 Add.1	Projet de plan d'action mondial contre la résistance aux antimicrobiens

¹ Voir l'annexe 5.

A67/40	Rapports de situation
A67/41	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A67/42	Budget programme 2012-2013 : appréciation de l'exécution
A67/43	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013
A67/43 Add.1	Proposition relative à un financement supplémentaire pour l'immobilier et les passifs futurs relatifs au personnel
A67/44	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A67/45	Rapport du Commissaire aux comptes
A67/46	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A67/47	Ressources humaines : rapport annuel
A67/48	Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
A67/49	Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
A67/50	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
A67/51	Suivi du rapport du groupe de travail sur l'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
A67/52	Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
A67/53	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A67/54	Réforme de l'OMS Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A67/55	Budget programme 2012-2013 : appréciation de l'exécution Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A67/56	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

LISTE DES DOCUMENTS

- A67/57 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/58 Rapport du Commissaire aux comptes
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/59 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration au Conseil exécutif à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/60 Ressources humaines : rapport annuel
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/61 Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/62 Premier rapport de la Commission A
- A67/63 Commission de vérification des pouvoirs
- A67/64 Deuxième rapport de la Commission A
- A67/65 Troisième rapport de la Commission A
- A67/66 Premier rapport de la Commission B
- A67/67 Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
- A67/68 Quatrième rapport de la Commission A
- A67/69 Deuxième rapport de la Commission B
- A67/70 Cinquième rapport de la Commission A
- A67/71 Troisième rapport de la Commission B
- A67/72 Sixième rapport de la Commission A
- A67/73 Quatrième rapport de la Commission B

Documents d'information

- A67/INF./1 Plan de mise en œuvre de la réforme
- A67/INF./2 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
Déclaration du Gouvernement d'Israël
- A67/INF./3 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
Rapport du Ministère de la santé de la République arabe syrienne
- A67/INF./4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
Rapport du Directeur de la santé de l'UNRWA
- A67/INF./5 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
Rapport établi à la demande de l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève

Documents divers

- A67/DIV./1 Rev.1 Liste des délégués et autres participants
- A67/DIV./2 Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
- A67/DIV./3 Décisions et liste des résolutions
- A67/DIV./4 Liste des documents
- A67/DIV./5 Allocution de Son Excellence, le Dr Christine Kaseba-Sata, Première Dame de la République de Zambie, à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A67/DIV./6 Allocution de Melinda Gates, Fondation Bill & Melinda Gates, à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

PRÉSIDENTICE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président

Dr Roberto MORALES OJEDA (Cuba)

Vice-Présidents

Dr Neil SHARMA (Fidji)

M. François IBOVI (Congo)

M. Maithripala Yapa SIRISENA
(Sri Lanka)

Dr Vytenis Povilas ANDRIUKAITIS
(Lituanie)

M. Sadiq bin Abdul Karim AL-SHEHABI
(Bahreïn)

Secrétaire

Dr Margaret CHAN, Directeur général

Commission de vérification des pouvoirs

La Commission de vérification des pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Chili, Éthiopie, Iraq, Islande, Japon, Malaisie, Monaco, Mozambique, Portugal, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée et Zambie.

Président : Dr Feisul Idzwan MUSTAPHA
(Malaisie)

Vice-Président : Dr Guy FONES (Chili)

Secrétaire : M. Xavier DANNEY (juriste principal)

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du président et des vice-présidents de l'Assemblée de la Santé, des présidents des commissions principales et de délégués des États Membres suivants : Afghanistan, Angola, Bénin, Cabo Verde, Chine, Costa Rica, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Grèce, Guinée équatoriale, Guyana,

République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Timor-Leste, Tunisie et Uruguay.

Président : Dr Roberto MORALES OJEDA
(Cuba)

Secrétaire : Dr Margaret CHAN, Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 35 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président : Dr Pamela RENDI-WAGNER
(Autriche)

Vice-Présidents : Professeur PE THET KHIN
(Myanmar) et Dr Jorge VILLAVICENCIO
(Guatemala)

Rapporteur : Dr Helen MBUGUA (Kenya)

Secrétaire : Dr Timothy ARMSTRONG,
Coordonnateur, Surveillance et prévention
dans la population

Commission B

Président : Dr Ruhakana RUGUNDA
(Ouganda)

Vice-Présidents : Dr Mohsen ASADI-LARI
(Iran, République islamique d') et Dr Siale
AKAUOLA (Tonga)

Rapporteur : Dr Dipendra Raman SINGH
(Népal)

Secrétaire : Dr Clive ONDARI, Coordonnateur,
Sécurité et vigilance

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL EXÉCUTIF

Professeur Jane HALTON (Australie)

Professeur Ogtay SHIRALIYEV (Azerbaïdjan)

Dr Mohsen ASADI-LARI (République islamique d'Iran)

Professeur PE THET KHIN (Myanmar)

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

RÉSOLUTIONS

WHA67.1 Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,¹

Ayant examiné le rapport sur le projet de stratégie mondiale et de cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 ;²

Reconnaissant les progrès accomplis dans la réalisation, à l'horizon 2015, de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) découlant de la Déclaration du Millénaire pour le développement, et des cibles connexes en matière de lutte antituberculeuse, progrès permis par l'adoption de la stratégie du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), de la Stratégie et du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, ainsi que par le financement de plans nationaux fondés sur ces cadres, comme cela était demandé, entre autres, dans la résolution WHA60.19 sur la lutte contre la tuberculose ;

Préoccupée par les lacunes persistantes et les progrès inégaux dans la réalisation des cibles actuelles et, en outre, par le fait que certaines Régions, certains États Membres, communautés et groupes vulnérables ont besoin de stratégies spécifiques et d'un soutien pour progresser plus vite dans la prévention de la maladie et des décès, et pour étendre l'accès aux interventions nécessaires et aux nouveaux outils ;

Préoccupée également par le fait que, même si des progrès significatifs ont été accomplis, on estime que, chaque année, 3 millions de cas de tuberculose ne sont pas diagnostiqués ou ne sont pas soignés et traités de manière appropriée ;

Consciente des graves conséquences économiques et sociales de la tuberculose et de la charge que supportent de nombreuses personnes touchées quand elles cherchent à se faire soigner et observent le traitement ;

Considérant la résolution WHA62.15 intitulée « Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte », et son appel à agir ; consciente que les mesures prises à ce jour pour répondre à la crise ont été insuffisantes malgré l'introduction de nouveaux tests diagnostiques rapides et les efforts engagés pour intensifier la prise en charge de la maladie ; consciente également que la vaste majorité de ceux qui en ont besoin n'ont pas encore accès à des services de prévention, de traitement et de soins de grande qualité ; et alarmée par les risques graves que la tuberculose multirésistante présente pour la santé individuelle et la santé publique ;

Consciente que la co-infection avec le VIH est la principale raison expliquant que les cibles de la lutte contre la tuberculose n'ont pas été atteintes là où la prévalence du VIH est élevée et que la tuberculose est une cause majeure de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, et reconnaissant

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/11.

qu'il faut sensiblement renforcer les mesures conjointes prises face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/sida en intégrant mieux les services de soins primaires en vue d'améliorer l'accès aux soins ;

Reconnaissant que, dans les décennies qui suivront 2015, de nouveaux progrès devront être accomplis en matière de lutte antituberculeuse et pour les autres priorités sanitaires fixées par la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, et que les avancées pour toutes ces priorités nécessitent un engagement global en faveur du renforcement des systèmes de santé et des progrès vers la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que les progrès de la lutte contre la tuberculose dépendent des mesures prises dans le secteur de la santé et au-delà pour agir sur les déterminants sociaux et économiques de la maladie, y compris l'élargissement de la protection sociale et la réduction globale de la pauvreté ;

Guidée par la résolution WHA61.17 sur la santé des migrants et son appel à agir, et reconnaissant qu'il faut accroître la collaboration entre les pays et Régions à forte et à faible incidence en vue de renforcer les mécanismes de surveillance de la tuberculose et de lutte, compte tenu notamment de la mobilité croissante de la main-d'œuvre ;

Notant qu'il faut investir davantage pour accélérer la mise en œuvre des innovations au niveau des pays et dans la recherche-développement de nouveaux outils de soins et de prévention essentiels à l'élimination de la tuberculose,

1. ADOPTE la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015,¹ y compris :

- 1) sa vision audacieuse d'un monde sans tuberculose et ses cibles consistant à mettre un terme à l'épidémie mondiale d'ici 2035 en réduisant les décès de 95 % et l'incidence de 90 % (ou en la ramenant à moins de 10 cas pour 100 000 personnes) et en faisant en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose ;
- 2) les jalons qu'elle pose pour 2020, 2025 et 2030 ;
- 3) ses principes relatifs à la tutelle des pouvoirs publics et à l'obligation de rendre compte ; à la mise en place d'une coalition avec les communautés touchées et la société civile ; à l'équité, aux droits de l'homme et à l'éthique ; et à l'adaptation aux besoins dans chaque contexte épidémiologique, socio-économique et sanitaire ;
- 4) ses trois piliers : soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et intensification de la recherche et de l'innovation ;

2. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :²

- 1) à adapter la Stratégie conformément aux priorités et spécificités nationales ;
- 2) à mettre en œuvre, suivre et évaluer les mesures que la Stratégie prévoit spécifiquement contre la tuberculose, qu'elles intéressent le secteur de la santé ou soient de nature multisectorielle, avec un engagement de haut niveau et un financement adéquat, en tenant compte des contextes locaux ;

¹ Voir l'annexe 1.

² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

-
- 3) à s'efforcer, avec la pleine participation d'un large éventail de parties prenantes, d'empêcher que les taux d'incidence de la tuberculose demeurent élevés dans certaines communautés ou zones géographiques ;
3. INVITE les partenaires internationaux, régionaux, nationaux et locaux, dans le secteur de la santé et au-delà, à participer et concourir à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir des orientations aux États Membres sur la manière d'adapter et de concrétiser la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, y compris par la promotion de la collaboration transfrontières en vue de répondre aux besoins des communautés vulnérables, y compris des populations migrantes, et de parer à la menace que représente la résistance aux médicaments ;
 - 2) de coordonner la mise en œuvre de la Stratégie et d'y contribuer, en œuvrant avec les États Membres, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et d'autres institutions de financement mondiales et régionales, ainsi qu'avec tous les membres du Partenariat Halte à la tuberculose et les autres partenaires multisectoriels dont la participation est indispensable pour parvenir au but et aux objectifs de la Stratégie ;
 - 3) de continuer à élaborer des recommandations mondiales de caractère normatif et de politique générale, et à les actualiser, sur la prévention, les soins et la lutte, à mesure que de nouvelles données seront collectées et que des innovations seront mises au point en plus des outils et des approches stratégiques disponibles pour mettre un terme à l'épidémie mondiale et avancer beaucoup plus rapidement vers l'élimination de la tuberculose ;
 - 4) d'apporter un soutien aux États Membres qui en font la demande pour l'adaptation et la mise en œuvre de la Stratégie ainsi que pour élaborer des indicateurs, des jalons et des cibles adaptés à la situation nationale en vue de contribuer à la réalisation des cibles pour 2035 aux niveaux local et mondial ;
 - 5) de suivre la mise en œuvre de la Stratégie et d'en évaluer l'impact du point de vue des progrès accomplis par rapport aux jalons et aux cibles ;
 - 6) de promouvoir la recherche et l'acquisition de connaissances nécessaires pour mettre un terme à l'épidémie mondiale et éliminer la tuberculose, y compris en accélérant la découverte et la mise au point d'outils nouveaux ou améliorés pour le diagnostic, le traitement et la prévention, en particulier des vaccins efficaces, et en incitant à utiliser les innovations qui en résultent ;
 - 7) de promouvoir un accès équitable aux nouveaux outils et produits médicaux pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante, à mesure qu'ils deviennent disponibles ;
 - 8) de collaborer avec le Partenariat Halte à la tuberculose, y compris en soutenant activement l'élaboration du plan d'investissement mondial, et, selon qu'il conviendra, en cherchant de nouveaux partenaires capables de mobiliser un engagement et d'encourager une innovation réels, dans le secteur de la santé et au-delà, en vue de mettre efficacement en œuvre la Stratégie ;

9) de faire rapport aux Soixante-Dixième et Soixante-Treizième Assemblées mondiales de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis, et à intervalles réguliers par la suite.

(Sixième séance plénière, 21 mai 2014 –
Commission A, premier rapport)

WHA67.2 Amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs,²

1. DÉCIDE de mettre en place la diffusion en direct sur le Web des prochaines séances publiques des Commissions A et B et des séances plénières de l'Assemblée de la Santé, qui seront accessibles à tous les utilisateurs d'Internet par un lien sur le site Web de l'OMS, sous réserve de la résolution des éventuels problèmes techniques et de la disponibilité de ressources financières ;

2. APPROUVE la recommandation du Conseil exécutif, qui figure dans la décision EB134(3), consistant à louer un système de vote électronique sécurisé et économiquement avantageux pour le processus de désignation et de nomination du Directeur général, et à tester ce système à l'avance en procédant à des votes fictifs des organes directeurs avant l'élection du prochain Directeur général ;

3. SUPPRIME l'article 49 et REMPLACE l'article 48 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, avec effet dès la clôture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, par le texte qui suit :

« Des propositions formelles relatives à des points de l'ordre du jour peuvent être présentées jusqu'au premier jour d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et au plus tard deux jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire. Toutes ces propositions sont renvoyées à la commission à laquelle le point en question de l'ordre du jour a été déféré, sauf si le point est examiné directement en séance plénière. »³

4. DÉCIDE EN OUTRE que les rapports de situation seront dorénavant examinés uniquement par l'Assemblée de la Santé et non plus par le Conseil exécutif.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014 –
Commission A, deuxième rapport)

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/5.

³ Voir l'annexe 2.

WHA67.3 Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013 ;¹

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,²

ACCEPTTE le rapport financier du Directeur général et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014 –
Commission B, premier rapport)

WHA67.4 Financement supplémentaire pour l'immobilier et les passifs futurs relatifs au personnel

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013 ;³

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,²

1. APPROUVE l'utilisation de US \$40 millions prélevés sur le solde du fonds des contributions fixées des États Membres au 31 décembre 2013, comme suit :

a) US \$25 millions alloués au fonds immobilier pour constituer la réserve nécessaire au financement des dépenses d'équipement ;

b) US \$15 millions pour couvrir les passifs futurs relatifs au personnel (coûts liés à la cessation de service) ;

2. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes sur l'utilisation de ces fonds, dans le cadre des rapports financiers et des états financiers vérifiés, à commencer par le rapport pour l'année qui s'achèvera le 31 décembre 2014.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014 –
Commission B, premier rapport)

¹ Document A67/43.

² Document A67/56.

³ Documents A67/43 et A67/43 Add.1.

WHA67.5 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;¹

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote des Comores, de la Grenade, de la Guinée-Bissau, de la République centrafricaine et de la Somalie était suspendu et que cette suspension devait se prolonger jusqu'à ce que les arriérés des Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant que le droit de vote d'Antigua-et-Barbuda a été suspendu au cours de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, avec effet à l'ouverture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, et que cette suspension se prolongera jusqu'à ce que les arriérés du Membre concerné aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le Lesotho, la Mauritanie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, le Soudan du Sud, le Suriname et l'Ukraine étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays, à l'ouverture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé pour l'Ukraine, et à l'ouverture de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé pour les cinq États Membres restants,

DÉCIDE :

1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, le Lesotho, la Mauritanie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, le Soudan du Sud et le Suriname sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ; et que, conformément à la résolution WHA64.20, si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, l'Ukraine est encore redevable d'arriérés de contributions, son droit de vote sera automatiquement suspendu ;

2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) ci-dessus se prolongera jusqu'à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés du Lesotho, de la Mauritanie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, du Soudan du Sud, du Suriname et de l'Ukraine aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

¹ Document A67/44.

² Document A67/57.

3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014 –
Commission B, premier rapport)

WHA67.6 Hépatite virale¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'hépatite,²

Réaffirmant la résolution WHA63.18, adoptée en 2010 par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, dans laquelle elle prenait acte de la gravité de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique mondial et de la nécessité pour les gouvernements et les populations d'instaurer des mesures de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et priait le Directeur général, entre autres dispositions, d'établir les stratégies nécessaires à l'appui de ces efforts, et notant avec inquiétude la lenteur de la mise en œuvre ;

Rappelant également la résolution WHA45.17 sur la vaccination et la qualité des vaccins, dans laquelle les États Membres étaient vivement engagés à inclure le vaccin anti-hépatite B dans les programmes nationaux de vaccination, et préoccupée par le fait que la couverture mondiale actuelle des nourrissons par le vaccin anti-hépatite B est estimée à 79 % et qu'elle est donc inférieure à la cible mondiale de 90 % ;

Rappelant en outre la résolution WHA61.21, par laquelle ont été adoptés la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

Notant avec une vive inquiétude que l'hépatite virale est désormais à l'origine de 1,4 million de décès par an (à comparer aux 1,6 million de décès dus au VIH/sida, aux 1,3 million de décès dus à la tuberculose et aux 600 000 décès imputables au paludisme), qu'environ 500 millions de personnes souffrent actuellement d'hépatite virale et que quelque 2 milliards ont été infectées par le virus de l'hépatite B, et considérant que la plupart des personnes souffrant d'une hépatite B ou C chronique ignorent qu'elles sont infectées et courent un risque grave de faire une cirrhose ou un cancer du foie, ce qui contribue à la recrudescence de ces deux affections chroniques dans le monde ;

Notant également que des millions d'infections aiguës par les virus de l'hépatite A et de l'hépatite E surviennent chaque année et entraînent des dizaines de milliers de décès presque exclusivement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Considérant que, si l'hépatite C ne peut être évitée par la vaccination, les schémas thérapeutiques actuels offrent des taux de guérison élevés qui devraient encore s'améliorer grâce à de nouveaux traitements, que, bien qu'il existe un vaccin sûr et efficace pour prévenir l'hépatite B, 240 millions de personnes sont porteuses du virus de l'hépatite B, et que les traitements efficaces disponibles pourraient éviter la cirrhose et le cancer du foie chez de nombreux sujets infectés ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/13.

Notant avec inquiétude que les mesures de prévention ne sont pas universellement appliquées et que les tests diagnostiques et les schémas thérapeutiques sûrs, efficaces, de bonne qualité et financièrement abordables pour l'hépatite B et C ne sont pas disponibles dans des conditions équitables dans de nombreuses régions du monde, notamment dans les pays en développement ;

Reconnaissant le rôle de la promotion de la santé et de la prévention dans la lutte contre l'hépatite virale et soulignant qu'il importe de renforcer les stratégies de vaccination, qui sont des mesures à fort impact et financièrement avantageuses en santé publique ;

Constatant avec inquiétude qu'au niveau mondial, la couverture par la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B demeure par trop faible ;

Reconnaissant aussi qu'en Asie et en Afrique, l'hépatite A et l'hépatite E continuent d'être à l'origine de flambées épidémiques majeures alors qu'il existe un vaccin sûr et efficace contre l'hépatite A depuis près de deux décennies, que des vaccins candidats contre l'hépatite E ont été mis au point mais n'ont pas encore été certifiés par l'OMS, que le manque d'hygiène et d'assainissement de base augmente les risques de transmission du virus de l'hépatite A et du virus de l'hépatite E et que les populations les plus vulnérables n'ont pas accès à ces vaccins ;

Tenant compte du fait que le recours excessif aux injections et les injections à risque sont à l'origine d'une part importante de la mortalité et des incapacités dans le monde avec, selon les estimations, 1,7 million de cas d'hépatite B et 320 000 cas d'hépatite C en 2010 ;

Reconnaissant la nécessité de mettre du sang sûr à la disposition des receveurs, comme l'ont établi la résolution WHA28.72 sur l'utilisation et l'obtention du sang humain et de ses dérivés, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a recommandé de favoriser la mise en place de services nationaux de transfusion sanguine, et la résolution WHA58.13, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a souscrit à l'idée d'instituer une Journée mondiale du don de sang, et considérant que l'une des principales voies de transmission des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C est la voie parentérale ;

Reconnaissant en outre la nécessité de renforcer les systèmes de santé et d'intégrer les approches de collaboration et les synergies entre les mesures de lutte contre l'hépatite virale et celles contre l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, transmises par le sang ou transmises de la mère à l'enfant, et les programmes de lutte contre le cancer et les maladies non transmissibles ;

Notant que le virus de l'hépatite B et plus particulièrement le virus de l'hépatite C touchent de manière disproportionnée les personnes qui s'injectent des drogues et que, sur les 16 millions d'utilisateurs de drogues injectables dans le monde, on estime que 10 millions sont infectés par le virus de l'hépatite C et 1,2 million par le virus de l'hépatite B.

Rappelant le paragraphe 59.h) de la résolution 65/277 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui recommande d'« envisager, selon qu'il conviendra, de mettre en œuvre et d'élargir des programmes de réduction des risques et des effets indésirables, en tenant compte du document intitulé « OMS, ONUDC, ONUSIDA – Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les utilisateurs de drogues intraveineuses,¹ conformément à la législation nationale »,²

¹ Disponible à l'adresse www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide-fr.pdf.

² OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

en tant que composantes importantes de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite B et de l'hépatite C, et que l'accès à ces interventions reste limité ou inexistant dans de nombreux pays ayant une lourde charge d'infection par le virus de l'hépatite B et par le virus de l'hépatite C ;

Sachant que 4 à 5 millions de personnes vivant avec le VIH sont co-infectées par le virus de l'hépatite C et plus de 3 millions sont co-infectées par le virus de l'hépatite B, co-infections qui sont devenues une cause majeure d'incapacité et de mortalité parmi ceux qui reçoivent des traitements antirétroviraux ;

Prenant en compte le fait que l'hépatite virale est un problème majeur au sein des communautés autochtones dans certains pays ;

Se félicitant de l'élaboration par l'OMS d'une stratégie mondiale de prévention de l'hépatite virale et de lutte s'inscrivant dans une approche des systèmes de santé ;¹

Constatant que la plupart des États Membres ne disposent pas de systèmes adéquats de surveillance de l'hépatite virale leur permettant de prendre des décisions de politique générale fondées sur des bases factuelles ;

Prenant en considération le fait qu'une évaluation périodique de la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS est indispensable pour suivre l'action mondiale contre l'hépatite virale et que ce processus a été lancé par la publication, en 2013, du rapport mondial sur la lutte contre l'hépatite virale dans les États Membres de l'OMS ;²

Reconnaissant qu'il faut réduire les taux de mortalité par cancer du foie et que l'hépatite virale est à l'origine de 78 % des cas de cancer primitif du foie, et se félicitant de l'inclusion d'un indicateur sur la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles, adopté dans la résolution WHA66.10 sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Reconnaissant qu'il faut combattre et éliminer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes d'hépatite virale ou touchées par cette maladie, et déterminée à protéger et préserver leurs droits,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :³

- 1) à mettre au point et à appliquer des stratégies nationales multisectorielles coordonnées pour prévenir, diagnostiquer et traiter l'hépatite virale, en fonction du contexte épidémiologique local ;
- 2) à intensifier les mesures de promotion de la santé et de prévention de l'hépatite virale, tout en impulsant et en renforçant les stratégies de vaccination, y compris contre l'hépatite A, en fonction du contexte épidémiologique local ;

¹ *Prévention de l'hépatite virale et lutte : cadre pour l'action mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

² *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 3) à promouvoir la participation de la société civile à tous les aspects de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite virale ;
- 4) à mettre en place un système adéquat de surveillance de l'hépatite virale pour étayer la prise de décisions de politique générale fondée sur des bases factuelles ;
- 5) à renforcer le système de collecte de sang auprès de donneurs à faible risque, volontaires et non rémunérés, le système de dépistage de qualité garantie du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis dans tous les dons de sang pour en éviter la transmission, et les bonnes pratiques transfusionnelles pour garantir la sécurité des patients ;
- 6) à renforcer le système de dépistage de qualité garantie, chez tous les donneurs de tissus et d'organes, du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis pour en éviter la transmission ;
- 7) à ramener la prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B aux seuils proposés par les comités régionaux de l'OMS, notamment en intensifiant les efforts visant à éviter la transmission périnatale du virus par l'administration de la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B ;
- 8) à renforcer les mesures de prévention de l'hépatite A et de l'hépatite E, et en particulier la promotion de la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau de boisson et la promotion de l'hygiène ;
- 9) à renforcer la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins en prenant toutes les mesures nécessaires pour éviter la réutilisation du matériel à usage unique et pour assurer le nettoyage et la désinfection ou la stérilisation poussée, selon le cas, du matériel à usage multiple ;
- 10) à inclure, s'il y a lieu, le vaccin anti-hépatite B pour les nourrissons dans les programmes nationaux de vaccination, en tendant vers une couverture complète ;
- 11) à prévoir des dispositions spéciales dans les politiques pour que les populations touchées par l'hépatite virale, en particulier les peuples autochtones, les migrants et les groupes vulnérables, le cas échéant, jouissent d'un accès équitable à la prévention, au diagnostic et au traitement ;
- 12) à envisager, au besoin, des mécanismes législatifs nationaux pour utiliser les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce dans le but de promouvoir l'accès à des produits pharmaceutiques¹ spécifiques ;
- 13) à envisager, chaque fois que nécessaire, d'utiliser les moyens administratifs et juridiques existants pour promouvoir l'accès aux technologies de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale ;

¹ Dans sa décision du 30 août 2003 (Mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique), le Conseil général de l'OMC a décidé que l'« expression « produit pharmaceutique » s'entend de tout produit breveté, ou produit fabriqué au moyen d'un procédé breveté, du secteur pharmaceutique nécessaire pour remédier aux problèmes de santé publique tels qu'ils sont reconnus au paragraphe 1 de la Déclaration. Il est entendu qu'elle inclurait les principes actifs nécessaires à la fabrication du produit et les kits de diagnostic nécessaires à son utilisation ».

- 14) à mettre en œuvre des programmes complets de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris les neuf interventions de base,¹ selon qu'il conviendra, conformément au Guide technique de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida² et conformément à la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015, et à la résolution 65/277 de l'Assemblée générale des Nations Unies, en prenant en considération le contexte, la législation et les responsabilités juridictionnelles locaux ;
 - 15) à tendre vers l'usage exclusif d'ici 2017, s'il y a lieu, des dispositifs d'injection préqualifiés par l'OMS ou autre matériel d'injection sécurisé équivalent, y compris les seringues ne pouvant être réutilisées et les dispositifs empêchant les piqûres d'aiguille accidentelles, pour les injections thérapeutiques, et à concevoir des politiques nationales en ce sens ;
 - 16) à revoir, s'il y a lieu, les politiques, les procédures et les pratiques associées à la stigmatisation et à la discrimination, y compris les obstacles à l'emploi, à la formation et à l'éducation ainsi que les restrictions aux voyages, dont sont victimes les personnes atteintes d'hépatite virale ou touchées par cette maladie, ou qui les empêchent de posséder le meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre ;
2. ENGAGE tous les fonds, programmes, institutions spécialisées et autres parties prenantes du système des Nations Unies :
- 1) à inclure la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale dans leurs programmes de travail respectifs et à collaborer étroitement ensemble ;
 - 2) à définir et à faire connaître des mécanismes utiles aux pays pour assurer durablement le financement de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite virale ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir l'appui technique nécessaire pour permettre aux États Membres d'élaborer des stratégies nationales solides de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale fixant des objectifs assortis de délais ;
 - 2) d'établir des lignes directrices spécifiques sur les algorithmes adéquats, efficaces et d'un coût abordable pour le diagnostic dans les pays en développement ;
 - 3) de mettre au point, en concertation avec les États Membres, un système de suivi et de comptes rendus réguliers des progrès réalisés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale ;

¹ Programmes d'aiguilles et de seringues ; traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance ; dépistage du VIH et conseil ; traitement antirétroviral ; prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ; programmes de distribution de préservatifs pour les utilisateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels ; information, éducation et communication ciblées sur les utilisateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels ; vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale ; prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

² OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

- 4) de donner des conseils techniques sur les moyens à la fois économiques et efficaces d'intégrer la prévention, les tests, les soins et le traitement concernant l'hépatite virale dans les systèmes de soins de santé existants et d'utiliser au mieux les infrastructures et les stratégies existantes ;
- 5) de collaborer avec les autorités nationales, à leur demande, en vue de promouvoir un accès complet et équitable à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'hépatite virale dans les plans nationaux, en accordant une attention particulière aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et aux traitements de substitution des opioïdes ou aux autres traitements scientifiquement fondés pour les personnes qui s'injectent des drogues, et en tenant compte de la politique générale et des procédures nationales, et de prêter son concours aux pays qui en font la demande pour appliquer ces mesures ;
- 6) de donner des conseils techniques sur la prévention de l'hépatite B et C à transmission transfusionnelle moyennant la collecte de dons sûrs auprès de donneurs à faible risque, volontaires et non rémunérés ; des services de conseil, l'orientation des donneurs infectés vers des services spécialisés et leur traitement ; et un contrôle efficace du sang ;
- 7) d'étudier la faisabilité de l'élimination de l'hépatite B et de l'hépatite C, et les stratégies nécessaires à cette fin, en vue de fixer éventuellement des cibles mondiales ;
- 8) d'estimer l'impact économique et la charge de l'hépatite virale aux niveaux mondial, régional et national, en collaboration avec les États Membres et les organisations compétentes, en tenant dûment compte des conflits d'intérêts potentiels et perçus ;
- 9) de fournir, au besoin, une assistance technique aux États Membres qui utilisent les flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), conformément à la Stratégie mondiale et au Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
- 10) de diriger un débat avec les principales parties prenantes et d'œuvrer avec elles en vue de faciliter un accès équitable à des traitements et des produits de diagnostic de l'hépatite B et C de bonne qualité, efficaces, sûrs et d'un coût abordable ;
- 11) de prêter son concours aux États Membres pour garantir un accès équitable à des traitements et des produits de diagnostic de l'hépatite B et C de bonne qualité, efficaces, sûrs et d'un coût abordable, en particulier dans les pays en développement ;
- 12) de développer au maximum les synergies entre les programmes de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et le travail entrepris pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;
- 13) de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, ou avant s'il le faut, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA67.7 Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le *Rapport mondial sur le handicap 2011*,² le rapport sur le handicap³ et le projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées,

1. ADOPTE le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ;⁴
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à mettre en œuvre les mesures qui leur sont proposées dans le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, en les adaptant aux priorités nationales et aux contextes nationaux particuliers ;
3. INVITE les partenaires internationaux, régionaux et nationaux à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour contribuer à atteindre les trois objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) de mettre en œuvre les mesures proposées pour le Secrétariat dans le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ;
 - 2) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application du Plan d'action aux Soixante-Dixième et Soixante-Quatorzième Assemblées mondiales de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA67.8 Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique ;⁵

Rappelant la Déclaration universelle des droits de l'homme ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; la résolution 62/139 de

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

³ Document A67/16.

⁴ Voir l'annexe 3.

⁵ Document A67/17.

l'Assemblée générale des Nations Unies proclamant le 2 avril Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme ; et la résolution 67/82 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prise en compte des besoins socio-économiques des personnes, des familles et des sociétés touchées par les troubles du spectre autistique ou autres troubles du développement et par les handicaps qui y sont liés ;

Rappelant en outre, selon le cas, la résolution WHA65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays et la résolution WHA66.9 sur le handicap ; la résolution SEA/RC65/R8 adoptée par le Comité régional de l'Asie du Sud-Est sur les mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique et des handicaps de développement ; la résolution EUR/RC61/R5 adoptée par le Comité régional de l'Europe concernant la Déclaration et le Plan d'action européens de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille ; et la résolution EM/RC57/R.3 adoptée par le Comité régional de la Méditerranée orientale, intitulée « Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : défis et orientations stratégiques 2010-2015 », lesquelles préconisent toutes d'apporter une réponse énergique aux besoins des personnes atteintes de troubles du développement, y compris les troubles du spectre autistique ;

Réaffirmant les engagements à protéger chacun de la discrimination et de l'exclusion sociale fondées sur le handicap, indépendamment de l'incapacité qu'il présente, qu'elle soit physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en répondant aux besoins essentiels de chacun concernant la vie courante, l'éducation, les soins de santé et la sécurité sociale et en se préoccupant des personnes vulnérables ;

Notant qu'au niveau mondial, les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement sont diagnostiqués chez un nombre croissant d'enfants et qu'il est probable que, chez un nombre encore plus important de personnes, ils ne sont pas décelés ou font l'objet d'un diagnostic incorrect dans la société et les établissements de santé ;

Soulignant l'absence d'éléments scientifiques valables attestant que la vaccination de l'enfant entraîne des troubles du spectre autistique ;

Consciente que les troubles du spectre autistique sont des troubles et des affections du développement qui apparaissent dans la petite enfance et, dans la plupart des cas, persistent tout au long de la vie, et sont caractérisés par un développement perturbé affectant l'interaction sociale et la communication et par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, s'accompagnant ou non de handicaps intellectuels et de troubles du langage ; et que les manifestations des troubles varient beaucoup du point de vue des combinaisons de symptômes et de la gravité de ces symptômes ;

Notant en outre que les personnes atteintes de troubles du spectre autistique continuent d'être confrontées à des obstacles qui les empêchent de participer sur un pied d'égalité à la société, et réaffirmant que la discrimination à l'encontre de toute personne sur la base du handicap est contraire à la dignité humaine ;

Profondément préoccupée par le fait que les personnes atteintes de troubles du spectre autistique et leur famille sont confrontées à des problèmes majeurs, notamment la stigmatisation sociale, l'isolement et la discrimination, et par le fait que les enfants et les familles concernés, en particulier dans les milieux pauvres en ressources, n'ont souvent qu'un accès limité au soutien et aux services voulus ;

Tenant compte du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020¹ et, selon le cas, des mesures recommandées dans la résolution WHA66.9 sur le handicap, qui peuvent particulièrement

¹ Voir le document WHA66/2013/REC/1, annexe 3.

contribuer, dans les pays en développement, au renforcement des soins dispensés aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement ;

Reconnaissant la nécessité de mettre en place des systèmes de santé ou de les renforcer, le cas échéant, pour aider toutes les personnes atteintes de handicaps, de troubles mentaux ou de troubles du développement, sans discrimination,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à accorder la place qui leur revient aux besoins particuliers des personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement dans les politiques et les programmes se rapportant au développement du jeune enfant et de l'adolescent, dans le cadre d'une approche globale des troubles mentaux et des troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent ;
- 2) à élaborer et à mettre en œuvre des politiques, une législation et des plans multisectoriels adéquats, ou à les actualiser, selon qu'il conviendra, conformément à la résolution WHA65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux, en les dotant de ressources humaines, financières et techniques suffisantes pour faire face aux problèmes que posent les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement, dans le cadre d'une approche globale visant à aider toutes les personnes atteintes de troubles ou de handicaps mentaux ;
- 3) à soutenir la recherche et les campagnes de sensibilisation du public et de lutte contre la stigmatisation conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;
- 4) à accroître les moyens dont disposent les systèmes de santé et de protection sociale, en tant que de besoin, pour fournir des services aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement ainsi qu'à leur famille ;
- 5) à intégrer le suivi et la promotion du développement de l'enfant et de l'adolescent dans les services de soins de santé primaires pour permettre une détection et une prise en charge rapides des troubles du spectre autistique et autres troubles du développement, en fonction des circonstances nationales ;
- 6) à privilégier systématiquement la prise en charge par des services ambulatoires à base communautaire plutôt que dans des centres de santé de long séjour ;
- 7) à renforcer les différents niveaux d'infrastructure pour une prise en charge globale, en tant que de besoin, des troubles du spectre autistique et autres troubles du développement, qui comprennent les soins, l'éducation, l'aide, l'intervention, les services et la réadaptation ;
- 8) à favoriser l'échange des meilleures pratiques et des connaissances pour ce qui concerne les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement ;
- 9) à favoriser les échanges de technologies pour seconder les pays en développement dans le diagnostic et le traitement des troubles du spectre autistique et autres troubles du développement ;
- 10) à fournir une aide sociale et psychologique et des soins aux familles touchées par les troubles du spectre autistique, en intégrant les personnes souffrant de ces troubles et d'autres troubles du développement et leur famille parmi les bénéficiaires des régimes de pension d'invalidité, quand ceux-ci existent, et selon qu'il conviendra ;

- 11) à reconnaître la contribution que les adultes atteints de troubles du spectre autistique apportent au marché du travail, et à continuer à soutenir leur participation au marché du travail, en partenariat avec le secteur privé ;
- 12) à déterminer et à corriger les inégalités d'accès aux services pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement ;
- 13) à améliorer les systèmes d'information sanitaire et de surveillance afin de recueillir des données sur les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement et à évaluer les besoins au niveau national dans le cadre de ce processus ;
- 14) à promouvoir une recherche propre à chaque contexte sur les questions de santé publique et de prestation de services intéressant les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement ; et à renforcer la collaboration internationale en matière de recherche pour déterminer les causes et les traitements ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de collaborer avec les États Membres et les organismes partenaires pour fournir un appui destiné à renforcer les moyens dont disposent les pays pour faire face aux troubles du spectre autistique et autres troubles du développement, dans le cadre d'une approche bien équilibrée qui renforce les systèmes s'occupant de la santé mentale et du handicap, et qui est conforme aux plans d'action et initiatives connexes existants ;
- 2) de collaborer avec les réseaux qui traitent de l'autisme et avec d'autres initiatives régionales, le cas échéant, et de favoriser le travail en réseau avec d'autres acteurs internationaux en ce qui concerne les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement ;
- 3) de travailler avec les États Membres en vue de faciliter la mobilisation de ressources dans différentes Régions, en particulier dans les pays pauvres en ressources, conformément au budget programme approuvé, pour faire face aux troubles du spectre autistique et autres troubles du développement ;
- 4) de mettre en œuvre la résolution WHA66.8 sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 et la résolution WHA66.9 sur le handicap afin de développer les soins destinés aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement, selon qu'il conviendra et en intégrant cette action dans le développement des soins pour tous les besoins de santé mentale ;
- 5) de suivre l'évolution de la situation mondiale concernant les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement et d'évaluer les progrès accomplis au titre de différentes initiatives et de différents programmes en collaboration avec les partenaires internationaux, dans le cadre des activités de suivi déjà menées en application des plans d'action et initiatives connexes ;
- 6) de faire rapport sur les progrès accomplis en ce qui concerne les troubles du spectre autistique, de manière synchronisée avec le cycle de présentation de rapports sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, aux Soixante-Huitième, Soixante et Onzième et Soixante-Quatorzième Assemblées mondiales de la Santé.

WHA67.9 Psoriasis¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le psoriasis ;²

Rappelant toutes les résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé sur la lutte contre les maladies non transmissibles, et soulignant qu'il importe que les États Membres continuent à s'attaquer aux principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles en mettant en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;³

Reconnaissant la nécessité urgente de poursuivre l'action multilatérale entreprise pour promouvoir et améliorer la santé humaine, en assurant l'accès au traitement et à l'éducation sanitaire ;

Reconnaissant également que le psoriasis est une maladie non transmissible chronique, douloureuse, inesthétique, invalidante et incurable ;

Reconnaissant en outre qu'en plus des douleurs, des démangeaisons et des saignements occasionnés par le psoriasis, beaucoup de personnes touchées dans le monde sont victimes de stigmatisation et de discrimination sur les plans social et professionnel ;

Soulignant que les personnes atteintes de psoriasis risquent davantage de souffrir de différentes comorbidités, en particulier de maladies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité, de maladie de Crohn, de rectocolite hémorragique, de syndrome métabolique, d'accident vasculaire cérébral et de maladies du foie ;

Soulignant également que jusqu'à 42 % des personnes atteintes de psoriasis font aussi une arthrite psoriasique qui provoque des douleurs, des raideurs et des gonflements au niveau des articulations et peut entraîner des handicaps et des préjudices esthétiques permanents ;

Soulignant par ailleurs que trop de gens dans le monde souffrent inutilement de psoriasis par suite d'un diagnostic erroné ou tardif, d'options thérapeutiques inadéquates ou d'un accès insuffisant aux soins ;

Reconnaissant les efforts de sensibilisation déployés par les parties prenantes, en particulier dans le cadre des activités organisées le 29 octobre de chaque année dans de nombreux pays pour faire prendre conscience du problème du psoriasis, y compris de la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui en souffrent ;

Se félicitant du fait qu'à sa cent trente-troisième session, le Conseil exécutif a examiné les questions relatives au psoriasis,

1. ENCOURAGE les États Membres à poursuivre les efforts de sensibilisation au problème du psoriasis et à combattre la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de cette maladie, en particulier en organisant des activités le 29 octobre de chaque année ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/18.

³ Voir le document WHA66/2013/REC/1, annexe 4.

2. PRIE le Directeur général :

1) d'appeler l'attention sur l'impact du psoriasis en termes de santé publique en publiant un rapport mondial sur le psoriasis, qui indique notamment son incidence et sa prévalence au niveau mondial, en insistant sur la nécessité de poursuivre les recherches sur le psoriasis et en recensant les approches éprouvées qui permettraient aux parties prenantes, et en particulier aux décideurs, d'intégrer le psoriasis dans les services existants de prise en charge des maladies non transmissibles, d'ici la fin de 2015 ;

2) de faire figurer sur le site Web de l'OMS des informations sur le diagnostic du psoriasis, le traitement et les soins afin de faire mieux connaître au public le psoriasis et les facteurs de risque communs avec d'autres pathologies et de favoriser l'éducation et une meilleure compréhension de la maladie.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA67.10 Plan d'action pour la santé du nouveau-né¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports intitulés « Santé du nouveau-né : projet de plan d'action »,² « Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé »³ et « Santé dans le programme de développement pour l'après-2015 » ;⁴

Rappelant les résolutions WHA58.31 intitulée « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants » ; WHA63.15 sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle ; WHA64.13 intitulée « Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale » ; et WHA65.7 sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant ;

Prenant acte des promesses et des engagements d'un grand nombre d'États Membres et de partenaires en faveur de la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'ONU pour la santé de la femme et de l'enfant, laquelle vise à sauver 16 millions de vies d'ici 2015 ;

Reconnaissant que des millions d'enfants et de femmes meurent chaque année au cours de l'accouchement et dans la période qui entoure la naissance alors que ces décès auraient pu être évités, et qu'il existe des interventions efficaces qui pourraient être appliquées à l'échelle voulue pour mettre un terme à la mortalité évitable chez les mères, les nouveau-nés et les enfants ;

Reconnaissant que mettre un terme à la mortalité maternelle évitable accélérera la réalisation de la cible relative à la mortalité néonatale ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/21.

³ Document A67/19.

⁴ Document A67/20.

Constatant avec inquiétude que les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle) sont insuffisants et inégaux ;

Constatant également avec inquiétude que, même si des progrès ont été accomplis dans la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans) du point de vue de la réduction globale de la mortalité de l'enfant, la mortalité périnatale et néonatale a cessé de baisser et la proportion des décès néonataux dans l'ensemble des décès d'enfants augmente ;

Reconnaissant qu'il faut d'urgence prendre des mesures plus énergiques pour mettre fin aux décès néonataux et aux mortinaissances évitables, notamment en améliorant la qualité des soins et en les rendant plus largement accessibles aux femmes et aux nouveau-nés, en particulier ceux à risque et ceux qui font partie des groupes à haut risque, y compris la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dans le cadre de l'ensemble des soins de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant,

1. APPROUVE le Plan d'action pour la santé du nouveau-né ;¹
2. PRIE INSTAMMENT les États Membres² de mettre en pratique le Plan d'action pour la santé du nouveau-né, en prenant notamment les mesures suivantes :
 - 1) examiner, réviser et renforcer leurs stratégies, politiques, plans et lignes directrices nationales pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant conformément aux buts, aux cibles et aux indicateurs définis dans le Plan d'action pour la santé du nouveau-né, et s'engager fermement à les mettre en œuvre en prêtant plus particulièrement attention aux groupes à haut risque ;
 - 2) s'engager, selon leurs capacités, à allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins, en particulier des soins destinés aux mères et aux nouveau-nés pendant l'accouchement, autour de la naissance et pendant la première semaine, et pour atteindre les cibles nationales en matière de santé du nouveau-né, conformément au Plan d'action mondial ;
 - 3) renforcer les systèmes d'information sanitaire pour mieux contrôler la qualité des soins et suivre les progrès accomplis dans le but de mettre fin aux décès maternels, aux décès néonataux et aux mortinaissances évitables ;
 - 4) échanger des informations sur les leçons tirées de l'expérience, les progrès accomplis, les défis restant à relever et les mesures actualisées pour atteindre les cibles nationales en matière de santé néonatale et maternelle ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de favoriser l'alignement et la coordination entre toutes les parties prenantes pour faciliter la mise en œuvre du Plan d'action pour la santé du nouveau-né ;

¹ Voir l'annexe 4.

² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) de trouver et de mobiliser, dans le cadre des budgets programmes approuvés actuels et futurs, davantage de ressources humaines et financières pour fournir un appui technique aux États Membres afin qu'ils mettent en œuvre les éléments de leurs plans nationaux relatifs à la santé du nouveau-né, et qu'ils en mesurent l'impact ;
- 3) de donner la priorité à la finalisation d'un plan de suivi plus détaillé, assorti d'indicateurs de couverture et de résultat, pour suivre l'avancement du Plan d'action pour la santé du nouveau-né ;
- 4) de tenir dûment compte des vues exprimées à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que du contexte national pour appuyer la mise en œuvre du Plan d'action au niveau national ;
- 5) de suivre les progrès accomplis et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, périodiquement jusqu'en 2030, sur les avancées dans la réalisation du but et des cibles à l'échelle mondiale, à l'aide du cadre de suivi proposé, afin d'éclairer les débats et de fournir des informations utiles sur les mesures à prendre à l'avenir.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.11 Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata » ;²

Rappelant ses résolutions WHA60.17 sur le plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections, WHA63.25 sur l'amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets et WHA59.15 sur l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, ainsi que la stratégie visant à renforcer la participation du secteur de la santé dans la mise en œuvre de l'approche stratégique adoptée à la troisième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques ;

Reconnaissant qu'il importe de traiter efficacement les aspects sanitaires des problèmes que peuvent poser les produits chimiques et les déchets, notamment le mercure, en particulier pour les populations vulnérables et surtout pour les femmes, les enfants et, à travers eux, les générations futures ;

Rappelant les engagements en faveur du développement durable réitérés dans le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio+20 (Rio de Janeiro, Brésil, 20-22 juin 2012), intitulé « L'avenir que nous voulons »,³ ainsi que la Déclaration d'Adélaïde de 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques et la Huitième Conférence mondiale sur la

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/24.

³ Annexe de la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

promotion de la santé, tenue à Helsinki en 2013, qui préconisent la collaboration entre tous les secteurs pour faire en sorte que les populations soient en bonne santé ;

Notant que les négociations sur le texte d'un nouvel accord environnemental multilatéral sur le mercure ont abouti en octobre 2013 à l'adoption de la Convention de Minamata sur le mercure, premier accord multilatéral sur l'environnement qui contient un article expressément consacré à la santé, ainsi que d'autres dispositions pertinentes, et notant que la Convention impose aux Parties des obligations supposant, le cas échéant, la prise de mesures dans le secteur de la santé ainsi que dans les autres secteurs intéressés, notamment l'abandon progressif, d'ici 2020, après interdiction de leur fabrication, de leur importation et de leur exportation, des thermomètres et des sphygmomanomètres à mercure, des cosmétiques – savons et crèmes de dépigmentation en particulier – et des antiseptiques locaux contenant du mercure, l'élimination progressive des amalgames dentaires contenant du mercure ajouté et la mise au point de stratégies de santé publique concernant l'exposition au mercure des extracteurs d'or travaillant de façon artisanale et à petite échelle ainsi que de leur communauté ;

Rappelant que l'objectif de la Convention de Minamata sur le mercure est de protéger la santé humaine et l'environnement contre les émissions et rejets anthropiques de mercure et de composés du mercure ;

Considérant que la Convention de Minamata sur le mercure encourage les Parties à :

- a) promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes visant à identifier et protéger les populations à risque, en particulier les populations vulnérables, qui pourraient comprendre l'adoption de directives sanitaires à caractère scientifique sur l'exposition au mercure et aux composés du mercure fixant des objectifs pour la réduction de l'exposition au mercure, le cas échéant, et l'éducation du public, avec la participation du secteur de la santé publique et d'autres secteurs concernés ;
- b) promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation et de prévention à fondement scientifique portant sur l'exposition professionnelle au mercure et aux composés du mercure ;
- c) promouvoir les services de soins de santé appropriés pour la prévention, le traitement et les soins des populations affectées par l'exposition au mercure ou aux composés de mercure ;
- et d) mettre en place et renforcer, selon qu'il convient, les capacités institutionnelles et les moyens dont disposent les professionnels de la santé pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la surveillance des risques pour la santé liés à l'exposition au mercure et aux composés du mercure ;

Notant que la Convention de Minamata sur le mercure dispose que la Conférence des Parties, dans le cadre de l'examen de questions ou activités liées à la santé, devrait consulter l'OMS, l'OIT et d'autres organisations intergouvernementales compétentes, collaborer avec celles-ci et promouvoir la coopération et l'échange d'informations avec elles, selon qu'il convient ;

Remerciant le Secrétariat pour le travail préparatoire accompli pendant les négociations, qui a consisté à analyser différents risques et produits de substitution disponibles ainsi qu'à analyser et à déterminer les domaines dans lesquels des efforts supplémentaires ou nouveaux s'imposent, en vertu de la Convention de Minamata sur le mercure, et encourageant à poursuivre et à approfondir les analyses et d'autres efforts, selon que de besoin,

1. SE FÉLICITE de l'adoption officielle par les Parties, en octobre 2013, de la Convention de Minamata sur le mercure ;

2. ENCOURAGE les États Membres :¹

- 1) à prendre, à l'échelon national, les mesures nécessaires afin de signer, ratifier et mettre en œuvre rapidement la Convention de Minamata sur le mercure, qui prévoit une série de mesures juridiquement contraignantes sur le plan international pour éliminer les risques que présentent le mercure et les composés du mercure pour la santé humaine et l'environnement ;
- 2) à participer activement aux efforts nationaux, régionaux et internationaux entrepris pour mettre en œuvre la Convention de Minamata sur le mercure ;
- 3) à se préoccuper des aspects sanitaires de l'exposition au mercure et aux composés du mercure dans le contexte de leur utilisation par le secteur de la santé, ainsi que des autres effets négatifs sur la santé qu'il faudrait prévenir ou traiter, en veillant à une gestion rationnelle du mercure et des composés du mercure tout au long de leur cycle de vie ;
- 4) à reconnaître les liens étroits entre l'environnement et la santé publique dans le contexte de la mise en œuvre de la Convention de Minamata sur le mercure et du développement durable ;
- 5) à promouvoir des services de prévention, de traitement et de soins appropriés à l'intention des populations touchées par l'exposition au mercure et aux composés du mercure, y compris des stratégies efficaces de communication sur les risques s'adressant plus particulièrement aux groupes vulnérables, tels que les enfants et les femmes en âge de procréer, et spécialement aux femmes enceintes ;
- 6) à assurer une étroite coopération entre les ministères de la santé et les ministères de l'environnement, les ministères du travail, de l'industrie, de l'économie, de l'agriculture et les autres ministères responsables de la mise en œuvre de certains aspects de la Convention de Minamata sur le mercure ;
- 7) à faciliter l'échange d'informations épidémiologiques concernant les effets sur la santé de l'exposition au mercure et aux composés du mercure, en étroite coopération avec l'OMS et d'autres organisations concernées, selon qu'il conviendra ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de contribuer aux efforts que fait l'OMS pour fournir aux États Membres des conseils et un appui technique qui leur soient utiles pour mettre en œuvre tous les aspects sanitaires de la Convention de Minamata sur le mercure, conformément au programme de travail de l'OMS, afin de promouvoir et de protéger la santé humaine ;
- 2) de seconder les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes visant à identifier et à protéger les populations à risque, en particulier les populations vulnérables, lesquels pourront inclure l'adoption de directives sanitaires à caractère scientifique sur l'exposition au mercure et aux composés du mercure fixant des objectifs pour la réduction de l'exposition au mercure, le cas échéant, et l'éducation du public, avec la participation du secteur de la santé et des autres secteurs concernés ;
- 3) de coopérer étroitement avec le Comité intergouvernemental de négociation de la Convention de Minamata sur le mercure, la Conférence des Parties et d'autres organisations et organismes internationaux, essentiellement le PNUE, afin de soutenir pleinement la mise en

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

œuvre des aspects de la Convention de Minamata sur le mercure liés à la santé, et de fournir au Comité et à la Conférence des Parties des informations sur les progrès accomplis à cet égard ;

4) de faire rapport en 2017 à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.12 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé » ;²

Réaffirmant les principes énoncés dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, selon lesquels les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples et ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ;

Réaffirmant que tout être humain, sans distinction d'aucune sorte, a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre, et que chacun a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement et le logement, et à l'amélioration constante de ses conditions de vie ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) et la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, qui préconisent la coordination, la coopération et l'action intersectorielle en faveur de la santé ;

Prenant acte du document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio+20 (Rio de Janeiro, Brésil, 20-22 juin 2012), intitulé « L'avenir que nous voulons »,³ qui reconnaît notamment que la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable, et invite tous les acteurs concernés à participer à une action multisectorielle concertée en vue de répondre d'urgence aux problèmes de santé de la population dans le monde ;

Rappelant la résolution sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, la résolution WHA51.12 sur la promotion de la santé, la résolution WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, la résolution WHA60.24 sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, et la résolution WHA65.8 sur les déterminants sociaux de la santé, et prenant note des documents finals des sept conférences de l'OMS sur la promotion de la santé,⁴ en particulier la Charte d'Ottawa, la Déclaration d'Adélaïde et l'Appel à l'action de Nairobi ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/25.

³ Annexe de la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Ottawa (1986) ; Adélaïde, Australie (1988) ; Sundsvall, Suède (1991) ; Jakarta (1997) ; Mexico (2000) ; Bangkok (2005) ; Nairobi (2009).

Réaffirmant les engagements pris en faveur de la santé mondiale dans le contexte de la politique étrangère et rappelant la demande qui a été faite de tenir compte de la question de la couverture sanitaire universelle dans les discussions sur le programme de développement pour l'après-2015, et d'envisager en outre de vastes mesures de santé publique, une protection sanitaire et une action sur les déterminants de la santé moyennant des politiques intersectorielles ;

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles¹ ainsi que la Stratégie mondiale OMS de lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020,² qui reconnaissent le rôle primordial des gouvernements dans la lutte contre les maladies non transmissibles et l'impérieuse nécessité pour tous les secteurs d'agir et de s'investir au lieu de n'introduire des changements que dans la politique du secteur de la santé, ainsi que le rôle important de la communauté internationale et de la coopération internationale pour aider les États Membres en ce sens ;

Notant que le secteur de la santé joue un rôle primordial dans la collaboration avec d'autres secteurs pour assurer la qualité de l'eau potable, l'assainissement, la sécurité sanitaire des aliments, la sécurité nutritionnelle et la qualité de l'air et pour limiter l'exposition aux produits chimiques et à des niveaux de rayonnement nocifs pour la santé, comme le reconnaissent plusieurs résolutions de l'Assemblée de la Santé ;³

Reconnaissant qu'un certain nombre de troubles mentaux peuvent être évités, qu'il est possible de promouvoir la santé mentale dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs et qu'il faut soutenir au niveau mondial les activités nationales et locales en faveur de la santé mentale et du développement, par exemple dans le cadre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 et de la base de données « MINDbank » de l'OMS ;

Notant également la pertinence de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans de nombreux secteurs et soulignant l'importance de s'attaquer aux facteurs de risque communs de maladies non transmissibles dans plusieurs secteurs et la coopération nécessaire en vertu du Règlement sanitaire international (2005), y compris entre les organisations du système des Nations Unies, entre les États Membres et en leur sein ;

Reconnaissant que le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé⁴ est une source de données utile, considérant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, dont les auteurs appellent à définir et à appliquer des mesures solides, factuelles et fiables en faveur du bien-être de la société, et reconnaissant le rôle de sensibilisation important que jouent les ministères de la santé à cet égard ;

Reconnaissant que l'expression « la santé dans toutes les politiques » désigne le fait de tenir compte systématiquement, dans tous les secteurs, des conséquences sanitaires des décisions prises dans le cadre des politiques publiques, de rechercher des synergies et d'éviter les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé en évaluant les conséquences des politiques publiques sur les déterminants de la santé et du bien-être et sur les systèmes de santé ;

¹ Annexe de la résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Résolutions WHA53.17 et WHA66.10.

³ Résolutions WHA59.15, WHA61.19, WHA63.25, WHA63.26, WHA64.15, WHA64.24.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

Préoccupée par le fait que les pouvoirs publics, à plusieurs niveaux de la gouvernance, ne prennent pas suffisamment en compte les conséquences des politiques sur la santé, l'équité en santé et le fonctionnement du système de santé,

1. PREND NOTE avec satisfaction de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, adoptée à la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Helsinki, 10-14 juin 2013), et prend acte des travaux en cours sur le cadre d'action dans les pays pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) à faire de la santé et de la promotion de l'équité en santé des priorités et à agir efficacement sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, conformément à la résolution WHA65.8, y compris pour prévenir les maladies non transmissibles ;

2) à prendre des dispositions, y compris, le cas échéant, à mettre en place une législation efficace, des structures transversales, des processus, des méthodes et des ressources, par exemple l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain, permettant d'adopter des politiques sociétales qui prennent en compte et tentent d'atténuer leur propre impact sur les déterminants de la santé, la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé, qui mesurent les déterminants sociaux et les disparités dans le domaine de la santé et qui en suivent l'évolution ;

3) à développer, le cas échéant, des capacités institutionnelles durables assorties d'un savoir et de compétences adéquats, pour évaluer les effets sur la santé des initiatives politiques dans tous les secteurs, étudier les solutions et négocier des politiques intersectorielles, y compris au sein des autorités sanitaires et des instituts de recherche-développement compétents, par exemple les instituts nationaux de santé publique, afin d'obtenir de meilleurs résultats du point de vue de la santé, de l'équité en santé et du fonctionnement des systèmes de santé ;

4) à prendre des mesures pour améliorer la santé et préserver la santé publique de l'influence induite de tout conflit d'intérêts réel, perçu ou potentiel, moyennant la gestion des risques, le renforcement de la diligence due et de la responsabilité effective, et l'amélioration de la transparence des engagements pris ;

5) à faire participer, le cas échéant, les partenaires concernés tels que les communautés locales et les acteurs de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des politiques dans tous les secteurs ;

6) à contribuer à l'élaboration du programme de développement pour l'après-2015 en soulignant que les politiques adoptées dans d'autres secteurs que celui de la santé ont un impact important sur les résultats sanitaires et en recensant les synergies entre les objectifs des politiques du secteur de la santé et d'autres secteurs ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'établir, pour examen par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en consultation avec les États Membres, les organisations du système des Nations Unies, et, le cas échéant, d'autres partenaires concernés, et dans la limite des ressources existantes, un cadre

¹ Et le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

d'action dans les pays adaptable à différents contextes, en tenant compte de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, destiné à soutenir les pays dans les efforts qu'ils font pour améliorer la santé et assurer la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé, y compris en agissant dans tous les secteurs sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles, sur la base des connaissances et des données les plus fiables dont on dispose ;

2) de fournir sur demande des conseils et une assistance technique aux États Membres qui s'emploient à mettre en place les capacités, les structures, les mécanismes et les processus nécessaires pour prendre en compte la santé dans les politiques des secteurs autres que celui de la santé, y compris, le cas échéant, en appliquant le principe de « la santé dans toutes les politiques », pour mesurer les déterminants sociaux et les disparités dans le domaine de la santé et pour suivre leur évolution ;

3) de renforcer le rôle, les capacités et les connaissances de l'OMS, notamment en compilant et en analysant les bonnes pratiques suivies par les États Membres, afin de fournir des conseils et une assistance technique pour la mise en œuvre de politiques dans tous les secteurs aux différents niveaux de la gouvernance, et d'assurer la cohérence et la collaboration entre tous les programmes et toutes les initiatives de l'OMS ;

4) de continuer à collaborer avec les organisations du système des Nations Unies, les banques de développement, d'autres organisations et fondations internationales, en jouant un rôle de chef de file, pour les encourager à prendre en compte la santé dans les principales initiatives stratégiques et dans leur suivi, y compris le programme de développement pour l'après-2015, et pour assurer la cohérence et la synergie avec les engagements et les obligations en rapport avec la santé et les déterminants de la santé, y compris les déterminants sociaux de la santé, dans leur collaboration avec les États Membres ;

5) de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.13 Application du Règlement sanitaire international (2005)¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;²

Rappelant la réunion récente et le rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination,³ qui a procédé à l'examen scientifique et à l'analyse des bases factuelles sur les questions de la vaccination contre la fièvre jaune et a conclu qu'une dose unique de vaccin anti-malaria suffisait à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune, et qu'une dose de rappel n'était pas nécessaire ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/35.

³ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2013 ; 88(20) : 201-216.

Notant que, dans son rapport, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a recommandé à l'OMS de revoir les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) relatives à la durée de validité des certificats internationaux de vaccination antiamarile,

ADOPTE, conformément au paragraphe 3 de l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005), l'annexe 7 actualisée du Règlement sanitaire international (2005).¹

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.14 La santé dans le programme de développement pour l'après-2015¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 » ;²

Réaffirmant les termes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui dispose que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;

Réaffirmant également les principes de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 55/2, notamment la dignité humaine, l'égalité et l'équité, et soulignant que ces principes doivent être reflétés dans le programme de développement pour l'après-2015 ;

Rappelant la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies, « L'avenir que nous voulons », dont l'annexe reconnaît que la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur de tous les volets du développement durable ;

Soulignant par ailleurs qu'il convient de répondre aux préoccupations liées à l'équité et aux droits en matière de santé dans l'action menée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Rappelant la résolution WHA66.11 sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, dans laquelle les États Membres étaient instamment invités à faire en sorte que la santé soit au centre du programme de développement pour l'après-2015 ;

Réaffirmant la nécessité de préserver les acquis et de redoubler d'efforts dans les pays où il faut accélérer les progrès pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, en particulier la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;

¹ Voir l'annexe 5.

² Document A67/20.

Consciente de la charge de la morbidité et de la mortalité chez la mère, le nouveau-né et l'enfant, de la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées et les maladies émergentes, et de la charge croissante des maladies non transmissibles et des traumatismes ;

Sachant que la couverture sanitaire universelle suppose que tout un chacun, sans discrimination, ait accès à des ensembles de prestations déterminés à l'échelle nationale, comprenant les services essentiels nécessaires en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement curatif et palliatif et de réadaptation, ainsi qu'à des médicaments essentiels, sûrs, financièrement abordables, efficaces et de qualité, sans que le recours à ces prestations n'expose les usagers à des difficultés financières, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population ;

Reconnaissant qu'il importe de mettre en œuvre les engagements pertinents pris au niveau international, notamment le Programme d'action de Beijing, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les conférences d'examen tenues à ce jour, la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Déclaration politique sur le VIH/sida ainsi que la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère, pour parvenir à assurer une couverture sanitaire universelle et à obtenir de meilleurs résultats sanitaires ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les systèmes de santé et de développer les moyens nécessaires pour mettre en œuvre de vastes mesures de santé publique, protéger la santé et agir sur les déterminants de la santé en vue d'instaurer une couverture sanitaire universelle et équitable ;

Soulignant que les politiques et mesures appliquées dans d'autres secteurs que celui de la santé ont une influence importante sur les résultats sanitaires et vice versa, d'où la nécessité de repérer les synergies entre les objectifs stratégiques du secteur de la santé et ceux des autres secteurs en abordant le programme de développement pour l'après-2015 selon une approche pangouvernementale, qui englobe l'ensemble de la société et vise l'intégration de la santé dans toutes les politiques ;

Réaffirmant sa détermination à agir sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que convenu collectivement dans la résolution WHA62.14 ;

Reconnaissant qu'il importe de renforcer la coopération internationale et d'honorer les engagements en faveur d'un financement national et international de la santé, et de veiller à l'efficacité de la coopération internationale pour le développement dans le domaine de la santé et à son alignement sur les priorités sanitaires nationales ;

Reconnaissant que le suivi des progrès sanitaires doit porter sur l'efficacité des systèmes de santé ainsi que sur les résultats obtenus en matière de santé, dont rendent compte l'espérance de vie en bonne santé, la mortalité, la morbidité et le handicap ;

Reconnaissant l'importance des personnels de santé et leur contribution essentielle au fonctionnement des systèmes de santé et la nécessité d'une adhésion constante aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé, en particulier la résolution WHA63.16 sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹ dans le contexte de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 :

- 1) à participer activement aux discussions sur le programme de développement pour l'après-2015, en respectant le processus mis en place par l'Assemblée générale des Nations Unies ;
- 2) à faire en sorte que la santé soit au centre du programme de développement pour l'après-2015 ;
- 3) à faire en sorte que le programme de développement pour l'après-2015 permette d'accélérer et de préserver les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, notamment la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle et génésique, la nutrition, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
- 4) à reconnaître qu'il faut accorder plus d'attention à la santé du nouveau-né et aux maladies tropicales négligées ;
- 5) à intégrer dans le programme de développement pour l'après-2015 la nécessité d'agir pour réduire la charge évitable de mortalité, de morbidité et de handicap liée aux maladies non transmissibles et aux traumatismes, tout en s'attachant également à promouvoir la santé mentale ;
- 6) à promouvoir la couverture sanitaire universelle, définie comme l'accès universel à des services de prévention, de promotion, de traitement, de réadaptation et à des soins palliatifs de qualité, et à la protection contre le risque financier, en tant que principe fondamental du volet santé du programme de développement pour l'après-2015 ;
- 7) à souligner la nécessité de mesures multisectorielles pour agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, pour réduire les inégalités en santé et contribuer au développement durable, y compris par l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le cas échéant ;
- 8) à appeler à la pleine réalisation du droit à la possession du meilleur état de santé physique et mentale possible et à considérer ce droit comme fondamental pour un développement durable, équitable et complet ;
- 9) à reconnaître combien il est important de rendre des comptes par une évaluation régulière des progrès accomplis et à renforcer dans ce but les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil, avec des données ventilées pour surveiller l'équité en santé ;
- 10) à introduire des indicateurs liés à la santé pour mesurer les progrès accomplis dans tous les aspects pertinents du développement durable ;
- 11) à souligner l'importance du renforcement des systèmes de santé, y compris des six éléments constitutifs du système de santé (la prestation des services ; le personnel de santé ; l'information ; les produits médicaux, les vaccins et les technologies ; le financement ; la gouvernance et la direction), pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, la pérenniser et améliorer durablement les résultats sanitaires.

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à participer activement aux discussions en cours sur le programme de développement pour l'après-2015, en travaillant avec le Secrétaire général des Nations Unies, pour veiller à ce que la santé soit au centre de tous les processus pertinents ;
- 2) de continuer à informer les États Membres et à leur apporter un soutien, à leur demande, sur les questions et les processus concernant la place de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.15 Renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les moyens de traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;²

Rappelant la résolution WHA49.25, dans laquelle il est déclaré que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, la résolution WHA56.24 sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*,³ et la résolution WHA61.16 sur les mutilations sexuelles féminines ;

Consciente des nombreux efforts consentis dans l'ensemble du système des Nations Unies pour traiter le problème de la violence, en particulier contre les femmes et les filles et contre les enfants, notamment la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, et toutes les résolutions pertinentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et du Conseil des droits de l'homme, ainsi que toutes les conclusions concertées de la Commission de la condition de la femme sur le sujet ;

Notant que l'OMS définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations » ;³

Notant aussi que la violence interpersonnelle, à distinguer de la violence auto-infligée et de la violence collective, se divise entre violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime et violence communautaire, et comprend des formes de violence à différents stades de la vie, telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence entre partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées, la violence entre membres d'une famille, la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple dans les écoles, sur les lieux de travail, dans les prisons et les maisons de retraite ;³

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/22.

³ *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Rappelant la définition de la violence contre les femmes, telle qu'énoncée dans la Déclaration de 1993 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ;¹

Constatant avec inquiétude que des millions d'individus et de familles subissent les conséquences négatives de la violence sur leur santé et leur bien-être et que de nombreux cas de violence ne sont pas signalés ;

Préoccupée en outre par le fait que la violence a des répercussions diverses sur la santé pouvant entraîner la mort, un handicap et des blessures physiques, un impact sur la santé mentale et des effets sur la santé sexuelle et génésique, ainsi que des conséquences sociales ;

Reconnaissant que les systèmes de santé sont souvent incapables de faire face au problème de la violence de manière appropriée et de contribuer à une riposte multisectorielle globale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'à l'échelle mondiale, une femme sur trois est victime de la violence physique et/ou sexuelle, y compris celle exercée par son époux, au moins une fois dans sa vie ;²

Préoccupée par le fait que la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles, est souvent exacerbée dans les situations d'urgence humanitaire et d'après-conflit, et reconnaissant que les systèmes de santé nationaux peuvent grandement contribuer à parer à ses conséquences ;

Notant que prévenir la violence interpersonnelle à l'égard des enfants – garçons ou filles – peut contribuer de manière significative à prévenir la violence interpersonnelle à l'égard des femmes et des filles, ainsi que des enfants, et que le fait d'être maltraité ou de manquer de soins pendant la petite enfance et l'enfance accroît le risque de commettre des actes de violence à l'égard des femmes, de maltraiter ses propres enfants et de devenir de jeunes adultes violents, et soulignant que de nombreuses données attestent l'efficacité des programmes de soutien parental pour prévenir la maltraitance et le défaut de soins aux enfants et mettre fin à la perpétuation intergénérationnelle de la violence interpersonnelle ;

Notant aussi que la violence à l'égard des filles requiert une attention particulière, du fait qu'elles sont soumises à des formes de violence liées aux inégalités entre les sexes qui restent trop souvent cachées et occultées par la société, y compris par le personnel soignant, et qu'elles souffrent aussi davantage de la violence sexuelle, même si la maltraitance des enfants (physique et affective) et le défaut de soins touchent autant les garçons que les filles ;

Profondément préoccupée par la gravité des conséquences des actes de violence à l'égard des femmes au cours de la grossesse, à la fois sur la santé de la femme et sur la grossesse, telles que fausse couche et travail prématuré, et sur le nourrisson, telles que le faible poids à la naissance ; et reconnaissant les possibilités qu'offrent les soins prénatals de repérer les victimes suffisamment tôt et d'empêcher que de tels actes de violence ne se reproduisent ;

Constatant avec inquiétude que les enfants, en particulier dans les familles dont la responsabilité incombe à un enfant, sont vulnérables à la violence, notamment physique, sexuelle et affective, telle que le harcèlement, et réaffirmant la nécessité de prendre des mesures intersectorielles pour

¹ Résolution 48/104 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (Résumé d'orientation en français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

promouvoir la sécurité, le soutien, la protection, les soins et l'autonomisation des enfants, en particulier des filles à qui incombe la responsabilité de la famille ;

Reconnaissant que les garçons et les hommes jeunes sont parmi les plus touchés par la violence interpersonnelle, qui contribue largement à la charge mondiale de décès prématurés, de traumatismes et de handicap, en particulier chez les hommes jeunes, et a des conséquences graves et durables sur le fonctionnement psychique et social d'une personne ;

Profondément préoccupée par le fait que la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, ainsi que des enfants, perdure dans tous les pays du monde et constitue un défi mondial majeur pour la santé publique, est une violation généralisée du droit de tout un chacun de posséder le meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre, représente un grave obstacle à la réalisation de l'égalité entre les sexes et a des effets socio-économiques négatifs ;

Consciente que la violence à l'égard des femmes et des filles est une forme de discrimination, que les déséquilibres dans les rapports de force et les inégalités structurelles entre hommes et femmes comptent parmi ses causes premières, et qu'une lutte efficace contre la violence à l'égard des femmes et des filles requiert une action à tous les niveaux de gouvernement, y compris de la part du système de santé, ainsi que l'engagement de la société civile, la participation des hommes et des garçons, et l'adoption et la mise en œuvre d'approches multiples et globales qui favorisent l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles et qui modifient les comportements, les coutumes, les pratiques et les stéréotypes néfastes ;

Considérant que le processus en cours pour définir le programme de développement pour l'après-2015 peut, en principe, contribuer à parer, du point de vue de la santé, aux conséquences de la violence sur la santé, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, moyennant une riposte globale et multisectorielle ;

Reconnaissant aussi les nombreux efforts régionaux, sous-régionaux et nationaux visant à coordonner la prévention et la riposte des systèmes de santé à la violence, notamment la violence contre les femmes et les filles et contre les enfants ;

Notant avec satisfaction le rôle de chef de file joué par l'OMS dans la mise en place d'une base de données sur les facteurs de risque et de protection¹ face à la violence, l'ampleur et les conséquences du phénomène, la prévention et les mesures de lutte contre la violence,² notamment à l'égard des femmes et des filles³ et à l'égard des enfants, dans l'élaboration de règles et de normes, dans les

¹ Les facteurs de protection sont ceux qui diminuent ou évitent le risque de violence et ses effets. La majorité des travaux de recherche sur la violence à l'égard des femmes et des enfants sont axés sur les facteurs de risque, mais il importe aussi, dans un souci de prévention, de comprendre les facteurs de protection. Les stratégies et programmes de prévention visent à réduire les facteurs de risque et/ou à augmenter les facteurs de protection.

² Y compris le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002).

³ Y compris l'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes (2005) ; Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire (2013, résumé d'orientation en français) ; Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques de l'OMS (2013, résumé d'orientation en français).

actions de sensibilisation et le soutien aux efforts visant à renforcer la recherche, les programmes de prévention et les services aux personnes touchées par la violence ;¹

Notant aussi que la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et les filles et à l'égard des enfants, fait partie des priorités de leadership du douzième programme général de travail de l'OMS, 2014-2019, en particulier eu égard aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;

Reconnaissant que les politiques et les programmes de prévention de la violence interpersonnelle auxquels le système de santé contribue doivent être renforcés et que, si l'on dispose de certaines orientations fondées sur des données probantes quant aux interventions efficaces, celles-ci et d'autres doivent faire l'objet de recherches et d'une évaluation plus poussées ;

Soulignant l'importance de la prévention des actes de violence interpersonnelle avant qu'ils ne soient commis ou répétés et notant que le rôle du système de santé en matière de prévention de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, doit notamment consister à appuyer les efforts visant : à réduire la maltraitance de l'enfant, par exemple par des programmes de soutien parental ; à aborder le problème de l'abus de substances psychoactives, y compris l'usage nocif de l'alcool ; à éviter la répétition des actes de violence en offrant des soins de santé et des soins psychosociaux et/ou une réadaptation aux victimes, aux auteurs et aux témoins ; et à recueillir et diffuser des données sur l'efficacité des interventions de prévention et de riposte ;

Affirmant que, dans le cadre de la prévention, le système de santé se doit de préconiser des interventions contre l'acceptation sociale et la tolérance de la violence interpersonnelle, notamment à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, en soulignant que cette action de sensibilisation peut contribuer à promouvoir une transformation sociétale ;

Reconnaissant que la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, peut survenir dans le cadre même du système de santé, ce qui peut avoir des répercussions sur le personnel de santé et la qualité des soins dispensés et conduire au manque de respect et à la maltraitance des patients ainsi qu'à une discrimination en matière d'accès aux services offerts ;

Affirmant le rôle important et spécifique que les systèmes nationaux de santé doivent jouer en repérant les actes de violence et en recueillant des informations à leur sujet, en offrant des soins cliniques et une orientation appropriée aux victimes, en particulier aux femmes, aux filles et aux enfants, ainsi qu'en contribuant à la prévention et en préconisant, au sein des gouvernements et auprès de toutes les parties prenantes, une riposte efficace, complète et multisectorielle à la violence,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à renforcer le rôle de leur système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, afin que toutes les personnes à risque et/ou touchées par la violence aient effectivement et rapidement accès à des services de santé abordables, notamment à des services de promotion de la santé, de soins curatifs, de

¹ Ces travaux sont essentiellement menés à bien par le Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap, le Département Santé et recherche génésique, le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, le Département Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire, en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

réadaptation et de soutien, sans être en butte à la maltraitance, au manque de respect ou à la discrimination, pour renforcer leur contribution aux programmes de prévention et appuyer l'action menée par l'OMS en application de la présente résolution ;

2) à veiller à la collaboration du système de santé avec d'autres secteurs, tels que l'éducation, la justice, les services sociaux, la condition de la femme et le développement de l'enfant, afin de promouvoir et de mettre au point au niveau national une riposte multisectorielle, complète et efficace à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, notamment en abordant le problème comme il convient dans les plans de santé et de développement, en élaborant des stratégies nationales multisectorielles bénéficiant d'un financement adéquat pour la prévention de la violence et la riposte, y compris la protection, ainsi qu'en favorisant la participation de toutes les parties prenantes ;

3) à faire en sorte que leur système de santé contribue davantage à mettre un terme à l'acceptation et à la tolérance de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, notamment par des actions de plaidoyer, par le conseil et le recueil de données, tout en favorisant la participation, d'une manière adaptée à leur âge, des hommes et des garçons aux côtés des femmes et des filles, en tant qu'agents du changement, au sein de leur famille et de leur communauté, afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles ;

4) à renforcer la riposte nationale, en particulier la riposte du système de santé national, en améliorant la collecte et, le cas échéant, la diffusion de données comparables, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pertinents, sur l'ampleur du phénomène, les facteurs de risque et de protection, les types de violence et les effets de la violence sur la santé, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, ainsi que l'information sur les meilleures pratiques, y compris la qualité des soins et les stratégies efficaces de prévention et de riposte ;

5) à continuer à renforcer le rôle de leur système de santé de façon à contribuer aux efforts multisectoriels de lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, notamment par la promotion et la protection des droits humains, dans le contexte des résultats sanitaires ;

6) à assurer l'accès aux services de santé, selon les besoins, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ;

7) à chercher à éviter la répétition des actes de violence et à briser le cercle vicieux de la violence interpersonnelle, en permettant, selon que de besoin, aux victimes, aux auteurs d'actes de violence et aux personnes touchées par la violence interpersonnelle d'avoir rapidement accès à des services de santé et services psychosociaux efficaces, et à évaluer ces services pour déterminer dans quelle mesure ils empêchent la répétition des actes de violence interpersonnelle ;

8) à renforcer les capacités, notamment par la formation continue de tous les professionnels des secteurs de la santé ou autres, publics et privés, y compris des soignants et des agents de santé communautaires, afin qu'ils dispensent des soins et une aide ainsi que d'autres services de prévention et de promotion de la santé aux victimes et à ceux qui sont touchés par la violence, en particulier les femmes et les filles, et les enfants ;

9) à promouvoir, établir, appuyer et renforcer des modes opératoires normalisés pour repérer les actes de violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, compte tenu du rôle important que doit jouer le système de santé dans les soins et l'orientation vers les services d'appui ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer, avec la pleine participation des États Membres¹ et en concertation avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres parties prenantes attachées au rôle du système de santé, s'il y a lieu, un projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, compte tenu de l'action déjà entreprise par l'OMS dans ce domaine ;
- 2) de continuer à renforcer le travail entrepris par l'OMS pour constituer une base de données scientifiques sur les facteurs de risque et de protection face à la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, l'ampleur, l'évolution du phénomène et ses conséquences sur la santé, de mettre à jour régulièrement ces données, en tenant compte de la contribution des États Membres, et de recueillir des informations sur les meilleures pratiques, y compris la qualité des soins et les stratégies efficaces de prévention et de riposte, afin de mettre en place une prévention et une riposte efficaces dans le cadre des systèmes de santé nationaux ;
- 3) de continuer à soutenir les États Membres, sur leur demande, en leur apportant une assistance technique pour renforcer le rôle du système de santé, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;
- 4) de faire rapport au Conseil exécutif, à sa cent trente-sixième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, et sur l'achèvement, en 2014, d'un rapport de situation mondial sur la violence et la santé que l'OMS est en train d'établir en coopération avec le PNUD et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et qui illustre les efforts de prévention de la violence au niveau national, et de faire aussi rapport au Conseil exécutif, à sa cent trente-huitième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, y compris la présentation du projet de plan d'action mondial pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission A, sixième rapport)

WHA67.16 Rapport du Commissaire aux Comptes

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée de la Santé ;²

Ayant pris note du rapport correspondant du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,³

ACCEPTE le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Et, le cas échéant, des organisations d'intégration économique régionale.

² Document A67/45.

³ Document A67/58.

WHA67.17 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général,²

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$172 436 par an, avec un traitement net correspondant de US \$134 205 (avec personnes à charge) ou de US \$121 527 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$189 744 par an, avec un traitement net correspondant de US \$146 321 (avec personnes à charge) ou de US \$131 682 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$252 055 par an, avec un traitement net correspondant de US \$176 836 (avec personnes à charge) ou de US \$157 262 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que les ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2014.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA67.18 Médecine traditionnelle¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la médecine traditionnelle ;³

Rappelant les résolutions WHA22.54, WHA29.72, WHA30.49, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19, WHA42.43, WHA44.34, WHA54.11, WHA56.31, WHA61.21 et, plus particulièrement, la résolution WHA62.13 sur la médecine traditionnelle, dans laquelle le Directeur général était prié, notamment, d'actualiser la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 en fonction des progrès accomplis par les pays et des nouveaux problèmes qui se posent actuellement dans le domaine de la médecine traditionnelle ;

Affirmant que la médecine traditionnelle est d'une importance et d'un intérêt croissants pour l'offre de soins de santé aux niveaux national et mondial, et que ces formes de médecine ne sont plus limitées exclusivement à des régions ou à des communautés particulières ;

Notant que les différentes facettes des pratiques de médecine traditionnelle et complémentaire et les praticiens de ce domaine éveillent plus d'intérêt qu'auparavant et que consommateurs et gouvernements souhaitent que ces éléments soient intégrés dans la prestation de services de santé, dans le but de favoriser une vie saine ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/49.

³ Document A67/26.

Notant également que, dans le domaine de la médecine traditionnelle et complémentaire, les principaux problèmes touchent aux carences concernant : la gestion et les politiques fondées sur le savoir ; la bonne réglementation des pratiques et des praticiens ; le suivi et la mise en œuvre de la réglementation sur les produits ; et la bonne intégration des services de médecine traditionnelle et complémentaire dans la prestation de services de santé et dans l'autoprise en charge,

1. PREND NOTE de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, de ses trois objectifs ainsi que des orientations et mesures stratégiques correspondantes, qui guideront le secteur de la médecine traditionnelle pour qu'il continue à se développer, et souligne qu'il est important de disposer d'indicateurs de performance clés pour faciliter l'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie au cours de la prochaine décennie ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres, en fonction des capacités, des priorités, de la législation et des circonstances nationales :

1) à adapter, adopter et mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, en tant que fondement des programmes ou plans de travail nationaux dans ce domaine ;

2) à élaborer et mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des plans de travail visant à intégrer la médecine traditionnelle dans les services de santé, en particulier les services de soins de santé primaires ;

3) à faire rapport à l'OMS, selon qu'il conviendra, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023 ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de faciliter, à la demande, la mise en œuvre par les États Membres de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, en leur prêtant son concours dans la formulation de politiques, normes et réglementations nationales fondées sur le savoir dans ce domaine, et en renforçant en conséquence les capacités nationales par l'échange d'informations, par des réseaux et des ateliers de formation ;

2) de continuer à fournir des orientations générales aux États Membres sur la manière d'intégrer les services de médecine traditionnelle et complémentaire à leur système de santé national et/ou infranational, ainsi que les orientations techniques nécessaires pour garantir l'innocuité, la qualité et l'efficacité de ces services en mettant l'accent sur l'assurance qualité ;

3) de continuer à promouvoir la coopération et la collaboration internationales dans le domaine de la médecine traditionnelle et complémentaire en vue d'échanger des données factuelles, en tenant compte des traditions et coutumes des peuples et des communautés autochtones ;

4) de suivre la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023 et d'allouer des fonds appropriés à cette fin en se conformant au budget programme de l'OMS ;

5) de faire rapport périodiquement, selon qu'il conviendra, à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, troisième rapport)

WHA67.19 Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie ;²

Rappelant la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses, en particulier pour ce qui est des soins palliatifs ;

Considérant les résolutions 53/4 et 54/6 de la Commission des stupéfiants du Conseil économique et social des Nations Unies visant respectivement à assurer une disponibilité suffisante de drogues licites placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite, et à promouvoir une disponibilité suffisante des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite ;

Prenant note du Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international : assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques,³ et du document d'orientation de l'OMS intitulé « Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle » ;⁴

Prenant également en considération la résolution 2005/25 du Conseil économique et social des Nations Unies sur le traitement de la douleur au moyen d'analgésiques opioïdes ;

Ayant à l'esprit que les soins palliatifs constituent une approche qui améliore la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille confrontés aux problèmes inhérents à une maladie potentiellement mortelle, approche qui consiste à prévenir et à soulager la souffrance en décelant précocement et en évaluant et traitant correctement la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels ;

Reconnaissant que les soins palliatifs, lorsqu'ils sont indiqués, sont fondamentaux pour améliorer la qualité de vie, le bien-être, le confort et la dignité humaine des individus, puisqu'il s'agit d'un service de santé axé sur la personne et efficace, qui tient compte du besoin qu'ont les patients de recevoir des informations appropriées et adaptées personnellement et culturellement sur leur état de santé, ainsi que de leur rôle essentiel dans la prise de décisions sur le traitement reçu ;

Affirmant que l'accès, à des fins médicales et scientifiques, aux soins palliatifs et aux médicaments essentiels fabriqués à partir de substances placées sous contrôle, y compris les analgésiques opioïdes tels que la morphine, conformément aux trois conventions des Nations Unies

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/31.

³ Document E/INCB/2010/1/Supp.1.

⁴ *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

sur le contrôle international des drogues,¹ contribue à la réalisation du droit de tout être humain de posséder le meilleur état de santé et de bien-être qu'il est capable d'atteindre ;

Reconnaissant que les soins palliatifs relèvent de la responsabilité éthique des systèmes de santé, qu'il est du devoir éthique des professionnels de la santé de soulager la douleur et les souffrances, soient-elles physiques, psychosociales ou spirituelles et indépendamment de la possibilité de guérir la maladie ou l'affection, et que les soins de fin de vie sont des éléments essentiels des soins palliatifs ;

Reconnaissant que plus de 40 millions de personnes ont actuellement besoin de soins palliatifs chaque année, anticipant la croissance des besoins en soins palliatifs due au vieillissement des populations et à la progression des maladies non transmissibles et d'autres maladies chroniques dans l'ensemble du monde, considérant l'importance des soins palliatifs pour les enfants et, à cet égard, reconnaissant que les États Membres doivent disposer d'estimations des besoins en médicaments placés sous contrôle international, y compris des formulations pédiatriques ;

Consciente qu'il est urgent d'intégrer les soins palliatifs dans la gamme de soins, en particulier au niveau des soins primaires, étant donné qu'une mauvaise intégration des soins palliatifs dans les systèmes de soins de santé et de protection sociale contribue fortement aux inégalités d'accès à ces soins ;

Notant que la disponibilité et l'usage approprié des médicaments placés sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques, en particulier pour soulager la douleur et les souffrances, restent insuffisants dans de nombreux pays, et soulignant que les États Membres doivent, avec le soutien du Secrétariat de l'OMS, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, veiller à ce que les efforts visant à empêcher le détournement des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international, conformément aux conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues, ne créent pas d'obstacles réglementaires indus à l'accès à ces médicaments pour raisons médicales ;

Consciente que les souffrances évitables que causent des symptômes pouvant être soignés sont perpétuées du fait d'une méconnaissance des soins palliatifs et soulignant que l'ensemble des dispensateurs de soins en milieu hospitalier et au sein des communautés, tout comme les autres aidants, y compris les agents des organisations non gouvernementales et les membres des familles des patients, ont besoin d'une formation pratique adéquate et d'une formation continue ;

Reconnaissant qu'il existe différents modèles de soins palliatifs économiquement rationnels et efficaces, sachant que les soins palliatifs relèvent d'une approche interdisciplinaire visant à répondre aux besoins des patients et de leur famille, et notant que les possibilités de dispenser des soins palliatifs de qualité sont maximales lorsqu'il existe des réseaux solides entre les dispensateurs de soins palliatifs professionnels, les dispensateurs de soins complémentaires (aide et soutien spirituels compris, selon que de besoin), les bénévoles et les familles touchées, ainsi qu'entre la communauté et les dispensateurs de soins aigus et de soins aux personnes âgées ;

Reconnaissant également la nécessité de soins palliatifs pour tous les groupes de maladies (maladies non transmissibles et maladies infectieuses, y compris le VIH/sida et la tuberculose multirésistante) et pour tous les groupes d'âge ;

¹ Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972 ; Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 ; Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Se félicitant de ce que les soins palliatifs figurent dans la définition de la couverture sanitaire universelle et soulignant que les services de santé doivent fournir des soins palliatifs intégrés de manière équitable afin de répondre aux besoins des patients dans le contexte de la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant la nécessité de mécanismes de financement adéquats pour les programmes de soins palliatifs, y compris pour les médicaments et les produits médicaux, en particulier dans les pays en développement ;

Se félicitant de ce que des mesures et des indicateurs relatifs aux soins palliatifs figurent dans le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles adopté par l'OMS, ainsi que dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

Notant avec satisfaction que les médicaments indispensables pour le soulagement de la douleur et des symptômes dans les unités de soins palliatifs figurent dans la dix-huitième liste modèle OMS des médicaments essentiels et dans la quatrième liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés aux enfants, et louant les efforts faits par les centres collaborateurs de l'OMS s'occupant de la douleur et des soins palliatifs pour améliorer l'accès à ces soins ;

Notant avec satisfaction les efforts déployés par les organisations non gouvernementales et la société civile pour continuer à souligner l'importance des soins palliatifs, y compris l'importance d'une disponibilité suffisante et de l'usage adéquat des substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques, comme le prévoient les conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues ;

Constatant que la disponibilité des services de soins palliatifs est limitée dans une grande partie du monde et que beaucoup de souffrances pourraient être épargnées à des millions de patients et à leur famille, et soulignant qu'il faut créer – ou les renforcer, selon le cas – des systèmes de santé qui intègrent les soins palliatifs dans le traitement des patients pour la continuité des soins,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à élaborer, renforcer et mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des politiques de soins palliatifs pour concourir au renforcement global des systèmes de santé en vue d'intégrer dans la gamme de soins, à tous les niveaux, des services de soins palliatifs qui reposent sur des bases factuelles, présentent un bon rapport coût/efficacité et soient équitables, en mettant l'accent sur les soins primaires, communautaires et à domicile et sur les régimes de couverture universelle ;
- 2) à faire en sorte qu'au niveau national, un financement et des ressources humaines suffisants, selon qu'il conviendra, soient alloués aux initiatives de soins palliatifs, y compris à l'élaboration et à la mise en application de politiques, à la formation théorique et pratique et aux initiatives d'amélioration de la qualité des soins, favorisant la disponibilité et le bon usage des médicaments essentiels, y compris les médicaments placés sous contrôle destinés à la prise en charge symptomatique ;
- 3) à fournir un soutien de base, y compris au moyen de partenariats multisectoriels, aux familles, aux bénévoles communautaires et aux autres personnes qui prodiguent des soins, sous la supervision de professionnels qualifiés, selon qu'il conviendra ;

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

4) à s'efforcer d'intégrer les soins palliatifs dans la formation théorique et pratique actuellement offerte aux dispensateurs de soins, conformément à leurs rôles et responsabilités, en suivant les principes suivants :

a) la formation initiale et continue aux soins palliatifs devrait être intégrée systématiquement à tous les programmes d'études de premier cycle en médecine et soins infirmiers, ainsi qu'à la formation en cours d'emploi des dispensateurs de soins primaires, y compris les agents de santé, les aidants qui pourvoient aux besoins spirituels des patients et les travailleurs sociaux ;

b) une formation intermédiaire devrait être offerte à tous les agents de santé qui s'occupent régulièrement de patients atteints de maladies potentiellement mortelles, y compris ceux qui travaillent dans les domaines de l'oncologie, des maladies infectieuses, de la pédiatrie, de la gériatrie et de la médecine interne ;

c) une formation spécialisée aux soins palliatifs devrait être proposée aux professionnels de la santé qui seront amenés à dispenser des soins intégrés aux patients dont les besoins vont au-delà de la prise en charge ordinaire des symptômes ;

5) à évaluer les besoins nationaux en soins palliatifs, y compris en analgésiques, et à promouvoir la collaboration afin de disposer d'un stock adapté de médicaments essentiels pour les soins palliatifs, en évitant les pénuries ;

6) à passer en revue et, le cas échéant, à réviser la législation et les politiques nationales et locales concernant les médicaments sous contrôle, en se référant aux orientations de l'OMS,¹ pour améliorer l'accès aux analgésiques et leur usage rationnel, conformément aux conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues ;

7) à actualiser, selon qu'il conviendra, les listes nationales de médicaments essentiels à la lumière de l'ajout récent de sections sur les médicaments pour le soulagement de la douleur et les soins palliatifs dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels et dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés aux enfants ;

8) à favoriser les partenariats entre les gouvernements et la société civile, y compris les associations de patients, en vue de contribuer, selon qu'il conviendra, à la fourniture de services aux patients qui ont besoin de soins palliatifs ;

9) à mettre en œuvre et à suivre les mesures relatives aux soins palliatifs qui figurent dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que les soins palliatifs fassent partie intégrante de tous les plans mondiaux pertinents en matière de lutte contre les maladies et de systèmes de santé, y compris ceux relatifs aux maladies non transmissibles et à la couverture sanitaire universelle, et soient inclus dans les plans de coopération nationaux et régionaux ;

¹ Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

- 2) d'actualiser ou d'élaborer, selon qu'il conviendra, des lignes directrices et des outils reposant sur des bases factuelles pour les soins palliatifs chez l'adulte et chez l'enfant, y compris pour les options de soulagement de la douleur, notamment en mettant au point des lignes directrices OMS sur le traitement pharmacologique de la douleur, et de veiller à leur bonne diffusion ;
- 3) d'élaborer des lignes directrices reposant sur des bases factuelles et de les renforcer, le cas échéant, aux fins de l'intégration des soins palliatifs dans les systèmes de santé nationaux, pour les différents groupes de maladies et niveaux de soins, lignes directrices qui abordent comme il convient les questions d'éthique liées à la fourniture de soins palliatifs complets, comme l'accès équitable, les soins centrés sur la personne et empreints de respect, ou encore la participation communautaire, et qui influencent la formation à la prise en charge de la douleur et des symptômes et au soutien psychosocial ;
- 4) de continuer, par l'intermédiaire du programme de l'OMS pour les médicaments sous contrôle, à seconder les États Membres désireux de passer en revue et d'améliorer la législation et les politiques nationales pour trouver un équilibre entre, d'une part, la prévention de l'usage illicite, du détournement et du trafic de substances placées sous contrôle et, d'autre part, l'accès approprié aux médicaments sous contrôle, conformément aux conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues ;
- 5) d'étudier les moyens d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments utilisés pour les soins palliatifs en consultant les États Membres, les réseaux concernés et la société civile ainsi que d'autres acteurs internationaux, selon qu'il conviendra ;
- 6) de travailler avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, les ministères de la santé et les autres autorités compétentes pour promouvoir la disponibilité et le contrôle équilibré des médicaments placés sous contrôle destinés à la prise en charge de la douleur et des symptômes ;
- 7) de coopérer plus étroitement avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour seconder les États Membres dans l'établissement d'estimations précises permettant de garantir la disponibilité des médicaments pour le soulagement de la douleur et les soins palliatifs, y compris par une meilleure mise en œuvre des recommandations sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international ;¹
- 8) de collaborer avec l'UNICEF et avec les autres partenaires intéressés à la promotion et à la mise en place des soins palliatifs destinés aux enfants ;
- 9) de suivre la situation mondiale en matière de soins palliatifs, en évaluant les progrès accomplis dans le cadre de différents programmes et initiatives en collaboration avec les États Membres et les partenaires internationaux ;
- 10) d'œuvrer avec les États Membres pour inciter à financer adéquatement les programmes de soins palliatifs et les initiatives de recherche et à mieux y coopérer, en particulier dans les pays pauvres en ressources, conformément au budget programme 2014-2015, dans lequel figurent les soins palliatifs ;

¹ Organe international de contrôle des stupéfiants, Organisation mondiale de la Santé. *Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international*. New York, Nations Unies, 2012.

- 11) d'encourager la recherche sur des modèles de soins palliatifs qui soient efficaces dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en tenant compte des bonnes pratiques ;
- 12) de faire rapport en 2016 à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, troisième rapport)

WHA67.20 Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement du système de réglementation ;²

Saluant les efforts du Directeur général et reconnaissant que l'OMS joue un rôle central dans le soutien apporté aux pays qui cherchent à renforcer leurs systèmes de réglementation des produits médicaux destinés à l'homme³ et dans la promotion d'un accès équitable à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable ;

Rappelant la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui affirme que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;

Rappelant aussi la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère qui, entre autres dispositions, reconnaît l'importance que revêt la mise en place de systèmes de santé nationaux qui assurent une couverture universelle, en particulier de mécanismes de santé primaire et de protection sociale, afin de permettre à tous, en particulier les plus pauvres, d'accéder aux services de santé ;

Rappelant en outre les résolutions WHA45.17, WHA47.17, WHA52.19, WHA54.11, WHA59.24, WHA63.12 et WHA65.19 qui traitent toutes, sous différents aspects, de la nécessité de promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'accessibilité financière des médicaments, y compris les produits sanguins ;

Réaffirmant la résolution WHA65.19 sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/fausseté étiquetés/falsifiés/contrefaits, portant création d'un nouveau dispositif des États Membres pour la collaboration internationale, du point de vue de la santé publique et à l'exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle, visant à lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/fausseté étiquetés/falsifiés/contrefaits et à promouvoir l'accès à des produits médicaux d'un prix abordable, sûrs et de qualité ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/32.

³ Aux fins de la présente résolution, les produits médicaux comprennent les médicaments, les vaccins, les produits diagnostiques et les dispositifs médicaux.

Reconnaissant que des mécanismes de réglementation efficaces sont une composante essentielle du renforcement des systèmes de santé et contribuent à améliorer les résultats en matière de santé publique, que les agents des autorités de réglementation constituent une partie essentielle des personnels de santé et que des systèmes de réglementation inefficaces peuvent être en eux-mêmes un obstacle à l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et de qualité ;

Reconnaissant également que des systèmes de réglementation efficaces sont nécessaires pour mettre en place la couverture sanitaire universelle, répondre à la double charge des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement 4 (Réduire la mortalité de l'enfant), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) ;

Consciente du fait que les systèmes de santé doivent promouvoir l'accès aux produits médicaux essentiels et qu'afin d'assurer l'accès universel aux soins de santé, l'usage rationnel des médicaments et la pérennité des systèmes de santé, une action urgente de la communauté internationale, des États Membres et des acteurs intéressés des systèmes de santé est nécessaire ;

Vivement préoccupée par l'impact qu'ont sur les patients les produits médicaux dont la qualité, l'innocuité et l'efficacité sont compromises, à savoir empoisonnements, traitements inadaptés ou inefficaces et contribution à la pharmacorésistance, avec la charge économique et l'érosion de la confiance du public dans le système de santé qui en résultent ;

Consciente des problèmes de réglementation que pose la complexité toujours plus grande de la chaîne d'approvisionnement en produits médicaux et accueillant avec satisfaction le plan de travail du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits ;

Soulignant le rôle joué par l'OMS dans le renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux sur le plan de la santé publique, et dans l'appui apporté aux autorités nationales de réglementation pharmaceutique et aux organismes régionaux compétents dans ce domaine, et en particulier dans les pays en développement ;

Rappelant la Stratégie mondiale et le Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et en particulier l'élément 3, qui appelle à mettre en place et à renforcer les capacités de réglementation dans les pays en développement en tant que politique pouvant contribuer efficacement à renforcer et améliorer la capacité d'innovation, et l'élément 6, qui préconise d'établir des mécanismes, ou de les renforcer, pour améliorer l'examen éthique des produits sanitaires et des dispositifs médicaux et en réglementer la qualité, la sécurité et l'efficacité ;

Notant avec satisfaction les nombreux efforts existants aux niveaux national et régional pour renforcer la capacité de réglementation (éventuellement suivant différents modèles), pour accroître la cohérence et la convergence réglementaires entre les différentes autorités de réglementation et pour promouvoir une bonne gouvernance, y compris la transparence dans la prise des décisions, conduisant ainsi à une plus grande disponibilité des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, comme par exemple le cadre réglementaire de l'Union européenne pour les produits médicaux, les travaux entrepris par l'Organisation panaméricaine de la Santé suite à l'adoption, par son Conseil directeur en 2010, de la résolution CD50.R9 sur le renforcement des autorités nationales de réglementation des médicaments et des produits biologiques, l'Initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique et le travail d'harmonisation de la réglementation et de coopération mené au sein de l'ANASE ;

Notant la collaboration qu'entretiennent les autorités nationales et régionales de réglementation pour promouvoir la coopération entre les autorités de réglementation aux niveaux régional et mondial ;

Reconnaissant les investissements importants qui ont été faits dans l'achat de médicaments au niveau des budgets nationaux de la santé et dans le cadre d'initiatives sanitaires mondiales ;

Reconnaissant en outre le rôle essentiel du programme de préqualification de l'OMS, qui facilite l'achat de produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité garanties ;

Soulignant que le renforcement des systèmes de réglementation doit venir compléter les efforts du Secrétariat et des États Membres visant à promouvoir l'accès à des produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité garanties à un prix abordable ;

Rappelant les bonnes pratiques cliniques de l'OMS qui mettent l'accent sur la protection des sujets humains dans les activités de recherche ;

Rappelant également le programme de réforme en cours à l'OMS et accueillant favorablement à cet égard la création, en novembre 2012, du Groupe organique Systèmes de santé et innovation,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à renforcer les systèmes de réglementation nationaux notamment par les moyens suivants, selon qu'il conviendra et volontairement :
 - a) en procédant à des autoévaluations, notamment avec l'appui de l'OMS, afin de déterminer les points forts et les possibilités d'apporter des améliorations aux fonctions des systèmes de réglementation, en tant que première étape dans l'établissement de plans de renforcement des systèmes de réglementation, y compris à l'aide de plans de développement institutionnel coordonnés par l'OMS ;
 - b) en recueillant des données sur la performance des systèmes de réglementation afin d'en permettre l'analyse et d'avoir des repères pour améliorer les systèmes à l'avenir ;
 - c) en mettant en place des bases juridiques et une orientation politique solides sur lesquelles fonder un système de réglementation clairement axé sur la sécurité des patients et la transparence en matière de prise de décisions ;
 - d) en définissant et en élaborant un ensemble de fonctions de réglementation de base pour répondre aux besoins des pays et/ou des Régions, par exemple le contrôle des marchés et la surveillance postcommercialisation ;
 - e) en mettant en place les compétences nécessaires en tant que partie intégrante du personnel de santé, mais pas seulement à ce niveau, et en encourageant le développement du domaine de la réglementation comme profession ;
 - f) en facilitant la mise en application des recommandations pertinentes et des conclusions scientifiquement fondées des comités d'experts de l'OMS ainsi que des bonnes pratiques en matière de réglementation aux niveaux national, régional et international ;

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- g) en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies tenant compte de la complexité croissante des chaînes d'approvisionnement ;
- 2) à participer aux réseaux mondiaux, régionaux et sous-régionaux d'autorités nationales de réglementation, selon qu'il conviendra, en reconnaissant l'importance de la collaboration pour mettre en commun les capacités de réglementation afin de promouvoir un accès plus large à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable ;
- 3) à promouvoir la coopération internationale, selon qu'il conviendra, pour la collaboration et l'échange d'informations, notamment au moyen de plateformes électroniques ;
- 4) à appuyer les systèmes de réglementation des produits médicaux par un financement approprié en tant qu'éléments essentiels du système de santé ;
- 5) à appuyer le renforcement des systèmes de réglementation en tant qu'élément essentiel pour mettre en place ou étendre la production locale ou régionale de produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces ;
- 6) à assurer l'accès à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, ainsi que leur usage rationnel, compte tenu de l'émergence de la résistance, et en tant que base pour élargir l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable ;
- 7) à appuyer la capacité institutionnelle de l'OMS s'agissant de promouvoir l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, et leur usage rationnel dans le contexte de la couverture sanitaire universelle ;
- 8) à renforcer les initiatives nationales et régionales prises par les autorités de réglementation dans le but d'améliorer la capacité de réglementation pour l'examen des produits médicaux et à promouvoir l'objectif de l'OMS à plus long terme de renforcement des capacités des autorités nationales de réglementation dans les États Membres ;
- 9) à appuyer le programme de préqualification de l'OMS, en étudiant notamment, en consultation avec les États Membres,¹ les modalités qui permettraient de rendre ce programme essentiel plus durable ;
- 10) à déterminer dans quelle mesure il faut renforcer la capacité, la collaboration et la coopération des systèmes de réglementation dans les domaines techniquement complexes où des lacunes importantes peuvent encore subsister, comme la réglementation des produits biothérapeutiques, des produits sanguins et des produits de diagnostic *in vitro* ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer à soutenir les États Membres qui le demandent dans le domaine du renforcement des systèmes de réglementation, notamment en continuant, selon qu'il conviendra :
- a) à évaluer les systèmes de réglementation nationaux ;
- b) à appliquer les outils d'évaluation de l'OMS ;

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

-
- c) à générer des données sur la performance des systèmes de réglementation et à les analyser ;
 - d) à faciliter l'établissement et la mise en œuvre de plans de développement institutionnel ;
 - e) à fournir un appui technique aux autorités nationales de réglementation et aux gouvernements ;
- 2) de continuer à mettre au point des règles, des normes et des lignes directrices appropriées, en tenant compte des besoins et des initiatives nationaux, régionaux et internationaux, conformément aux principes de l'OMS ;
 - 3) de veiller à ce que toutes les parties concernées de l'Organisation, à tous les niveaux, soient activement coordonnées et associées à la réalisation du mandat de l'OMS concernant le renforcement des systèmes de réglementation, lequel fait partie intégrante du développement des systèmes de santé, en reconnaissant que l'appui de l'OMS dans ce domaine essentiel, surtout pour les pays en développement, pourra rester longtemps nécessaire, selon les cas ;
 - 4) de faire une priorité de l'appui à la mise en place et au renforcement des réseaux régionaux et sous-régionaux d'autorités de réglementation, selon qu'il conviendra, y compris le renforcement des domaines de la réglementation des produits sanitaires les moins développés, comme la réglementation des dispositifs médicaux, notamment des produits diagnostiques ;
 - 5) de promouvoir une participation accrue des États Membres aux initiatives internationales et régionales de collaboration et de coopération existantes, conformément aux principes et aux lignes directrices de l'OMS ;
 - 6) de renforcer le programme de préqualification de l'OMS, notamment son intégration et sa cohérence, en tenant compte des besoins et des capacités qu'ont les systèmes de réglementation nationaux et régionaux pour contribuer à assurer un approvisionnement en produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces à un prix abordable ;
 - 7) d'appuyer le renforcement d'organismes et de réseaux de réglementation efficaces aux niveaux national et régional ;
 - 8) d'accroître le soutien apporté à la Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique et de faire en sorte que son importance soit mieux reconnue de par sa contribution à l'échange d'informations et à la collaboration entre les autorités de réglementation pharmaceutique, et en tant que source d'information pouvant faciliter le développement de la coopération et la cohérence entre elles ;
 - 9) de mieux faire prendre conscience de l'importance que revêtent des systèmes de réglementation efficaces dans le contexte des systèmes de santé ;
 - 10) de fournir un appui et des conseils supplémentaires pour renforcer la capacité de réglementer des produits biologiques de plus en plus complexes, en se concentrant sur les produits biothérapeutiques, les produits sanguins et les produits de diagnostic *in vitro* associés, et, le cas échéant, sur les nouveaux médicaments destinés à l'homme qui utilisent la thérapie génique, les traitements par les cellules souches et le génie tissulaire ;

11) de veiller à ce que toute activité entreprise en application de la présente résolution ne fasse pas double emploi avec le plan de travail et le mandat du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et ne constitue pas un moyen de le contourner ;

12) de faire rapport aux Soixante-Dixième et Soixante-Douzième Assemblées mondiales de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA67.21 Accès aux produits biothérapeutiques, y compris aux produits biothérapeutiques similaires,¹ et garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité²

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement du système de réglementation ;³

Rappelant la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui affirme que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;

Notant avec une grande préoccupation que, pour des millions de personnes, le droit de posséder le meilleur état de santé physique et mentale qu'elles sont capables d'atteindre, y compris le droit d'accéder aux médicaments, demeure un objectif lointain ; que, surtout pour les enfants et les démunis, la probabilité d'atteindre cet objectif est de plus en plus faible ; que chaque année des millions de personnes tombent sous le seuil de pauvreté du fait de dépenses de santé catastrophiques ; et que des paiements directs excessifs peuvent dissuader les déshérités de se faire soigner ou de continuer à se faire soigner ;

Rappelant la résolution WHA55.14, intitulée « Assurer l'accès aux médicaments essentiels », dans laquelle est reconnue la responsabilité des États Membres, qui doivent étayer les faits scientifiques, en excluant toute information subjective ou pression extérieure susceptible de porter atteinte à la santé publique ;

Rappelant également que, dans la résolution WHA55.14, l'Assemblée de la Santé invitait instamment les États Membres, entre autres dispositions, à réaffirmer leur volonté de développer l'accès aux médicaments et de traduire cet engagement par une réglementation spécifique au niveau des pays, en particulier par l'application d'une politique pharmaceutique nationale et l'établissement d'une liste des médicaments essentiels fondée sur des données factuelles et se référant à la liste modèle de l'OMS, ainsi que par des activités destinées à encourager une politique pharmaceutique, l'accès aux médicaments ainsi que leur qualité et leur usage rationnel dans le système de santé national ;

¹ Étant entendu que les autorités nationales peuvent utiliser une terminologie différente pour désigner les produits biothérapeutiques similaires.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

³ Document A67/32.

Considérant que l'un des objectifs de la réglementation pharmaceutique est de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits pharmaceutiques au moyen des processus réglementaires d'autorisation, de vigilance et de surveillance ;

Considérant également que la réglementation pharmaceutique nationale devrait contribuer au bon fonctionnement et à la pérennité des systèmes de santé et au bien-être général de la société ;

Considérant en outre qu'il faut actualiser les normes et les critères applicables aux médicaments, compte tenu des progrès accomplis dans les biotechnologies et de la nouvelle génération de médicaments apparue dans leur sillage, en vue de garantir l'arrivée sur le marché de médicaments d'un coût abordable, sûrs, efficaces et de qualité auxquels on puisse avoir accès en temps voulu et de manière adéquate ;

Reconnaissant que l'usage de ces médicaments a un impact positif sur les taux de morbidité et de mortalité mais qu'outre les nombreux obstacles à leur accès, leur coût élevé compromet la pérennité des systèmes de santé et pourrait, dans de nombreux cas, compromettre l'accès à ceux-ci ;

Notant l'importance, et l'utilisation le cas échéant, des lignes directrices du Comité OMS d'experts de la standardisation biologique sur l'évaluation de produits biothérapeutiques similaires (2009), et reconnaissant la nécessité de les actualiser, en particulier en termes d'avancées technologiques et de caractérisation, afin de promouvoir des cadres réglementaires plus efficaces du point de vue de la santé publique qui garantissent l'efficacité, la qualité et l'innocuité de ces produits aux niveaux national et régional ;

Consciente que les produits biothérapeutiques similaires pourraient être moins coûteux et offrir un meilleur accès aux traitements d'origine biologique, tout en en garantissant la qualité, l'innocuité et l'efficacité,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) à mettre au point des cadres nationaux d'évaluation et d'autorisation réglementaires, ou à les renforcer, selon le cas, en vue de répondre aux besoins en produits biothérapeutiques dans le domaine de la santé publique, y compris en produits biothérapeutiques similaires ;

2) à acquérir les compétences scientifiques nécessaires pour faciliter l'élaboration de cadres réglementaires solides, reposant sur des bases scientifiques, qui favorisent l'accès à des produits d'un coût abordable, sûrs, efficaces et de qualité, en tenant compte des lignes directrices de l'OMS en la matière qui peuvent être adaptées au contexte et aux capacités nationales ;

3) à s'efforcer de faire en sorte que la mise en place d'une nouvelle réglementation nationale, le cas échéant, n'entrave pas l'accès à des produits biothérapeutiques de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, y compris à des produits biothérapeutiques similaires ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils renforcent leurs capacités dans le domaine de la réglementation sanitaire des produits biothérapeutiques, y compris des produits biothérapeutiques similaires ;

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) de soutenir, selon qu'il conviendra, l'élaboration de cadres réglementaires nationaux qui facilitent l'accès à des produits biothérapeutiques de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, y compris à des produits biothérapeutiques similaires ;
- 3) d'encourager et de promouvoir la coopération et l'échange d'informations, selon qu'il conviendra, entre les États Membres concernant les produits biothérapeutiques, y compris les produits biothérapeutiques similaires ;
- 4) de réunir le Comité OMS d'experts de la standardisation biologique pour qu'il actualise les lignes directrices de 2009, en tenant compte des avancées technologiques pour la caractérisation des produits biothérapeutiques ainsi que des capacités et des besoins nationaux en matière de réglementation, et de faire rapport sur cette actualisation au Conseil exécutif ;
- 5) de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA67.22 Accès aux médicaments essentiels¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'accès aux médicaments essentiels ;²

Notant que la définition donnée par l'OMS des médicaments essentiels³ comporte les éléments suivants : « les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population » ; « ils sont sélectionnés en fonction de leur importance pour la santé publique, des données concernant leur innocuité et leur efficacité, et d'une comparaison des rapports coût/efficacité » ;

Rappelant la résolution WHA28.66 sur les substances prophylactiques et thérapeutiques, qui porte sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies pharmaceutiques ; la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, dans laquelle les médicaments essentiels ont été reconnus comme un des piliers des soins de santé primaires ; ainsi que les résolutions ultérieures relatives aux médicaments essentiels, comme les résolutions WHA54.11 sur la stratégie pharmaceutique de l'OMS, WHA58.27, intitulée « Améliorer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens », WHA60.16 sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, WHA60.20 sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants, WHA60.29 sur les technologies sanitaires, WHA61.21 sur la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle, et WHA66.10, par laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, Plan dans lequel figure la cible 9 sur la disponibilité des médicaments essentiels nécessaires pour traiter les maladies non transmissibles ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/30.

³ Série de rapports techniques de l'OMS, N° 985.

Ayant à l'esprit que la stratégie pharmaceutique de l'OMS, telle qu'elle est exposée dans le douzième programme général de travail, 2014-2019, repose sur les principes suivants : sélection sur des bases factuelles d'un nombre limité de médicaments, systèmes d'achat et de distribution efficaces, prix abordables, et usage rationnel des médicaments en vue de favoriser une meilleure gestion et une plus grande disponibilité des médicaments, une utilisation plus rentable des ressources sanitaires et des soins de santé de meilleure qualité ;

Considérant que l'application effective des principes ci-dessus est d'une importance centrale pour améliorer la santé des populations, avancer vers la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Saluant les actions menées par l'OMS au niveau régional pour accroître l'accès à des médicaments essentiels sûrs, efficaces et de qualité garantie et pour en assurer la disponibilité, l'accessibilité économique et l'usage rationnel, y compris l'élaboration du Cadre d'action régional pour l'accès aux médicaments essentiels (2011-2016) du Bureau régional du Pacifique occidental ;

Reconnaissant la complexité de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et les difficultés que les pays rencontrent à cet égard, l'importance d'une bonne gouvernance des programmes pharmaceutiques¹ et les conséquences du coût élevé des médicaments, qui contribuent à entraver l'accès aux soins et aux traitements ;

Constatant que les pénuries de médicaments essentiels sont un problème mondial qui a des répercussions sur les soins prodigués aux patients, que leurs causes et leurs implications varient d'un pays à l'autre et que les informations sont insuffisantes pour déterminer l'ampleur et les spécificités de ce problème ;

Sachant que des directives cliniques reposant sur des bases factuelles contribuent à orienter les pratiques thérapeutiques d'un bon rapport coût/efficacité, qu'il faut disposer d'informations fiables et objectives pour encourager une prescription rationnelle et qu'il est important d'améliorer l'éducation sanitaire de sorte que les patients et les consommateurs utilisent les médicaments à bon escient ;

Notant avec inquiétude qu'en dépit des efforts soutenus consentis depuis plusieurs décennies par les États Membres, le Secrétariat et les partenaires, la plupart des pays à revenu faible sont encore confrontés à de nombreuses difficultés les empêchant de mieux assurer la disponibilité, l'accessibilité économique et l'usage rationnel des médicaments essentiels ;

Notant également que le but des États Membres est d'accroître l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité garantie, y compris, le cas échéant, en utilisant pleinement les flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, dans le droit-fil de la Stratégie mondiale et du Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

Notant en outre que le soutien à la recherche-développement est important pour assurer à l'avenir un approvisionnement durable en médicaments essentiels, en vue de répondre aux besoins de santé publique,

¹ Dans l'outil d'évaluation mis au point par l'OMS pour mesurer la transparence dans le secteur pharmaceutique public (document WHO/EMP/MAR/2009.4), la « bonne gouvernance » désigne l'élaboration et l'application de politiques et de processus adéquats pour gérer les systèmes pharmaceutiques effectivement, efficacement et dans le respect de l'éthique, en particulier les systèmes de réglementation des médicaments et les systèmes d'approvisionnement en médicaments, d'une manière transparente, responsable, qui respecte l'État de droit et réduise les risques de corruption.

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à fournir des ressources adéquates, selon qu'il y a lieu, pour élaborer et mettre en œuvre des politiques pharmaceutiques nationales complètes ; à renforcer la bonne gouvernance des systèmes pharmaceutiques, y compris les systèmes de réglementation, d'achat et de distribution ; et à coordonner des mesures pour parer aux activités complexes et interdépendantes qui entravent l'accès aux médicaments essentiels, afin d'en améliorer la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel, et d'en rendre le prix plus abordable ;
- 2) à améliorer les politiques nationales de sélection des médicaments essentiels, qui doivent comprendre les médicaments d'importance critique pour leurs besoins prioritaires en matière de santé publique, surtout en utilisant des processus transparents, rigoureux, fondés sur des bases factuelles et inspirés des méthodes d'évaluation des technologies sanitaires, pour le choix des médicaments à inclure dans les listes nationales de médicaments essentiels, selon les besoins et les priorités de santé de chaque pays ;
- 3) à encourager et appuyer la recherche sur les systèmes de santé concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels, leur achat et leur usage rationnel ;
- 4) à promouvoir la collaboration et à renforcer l'échange d'informations sur les meilleures pratiques en matière d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de politiques et de stratégies pharmaceutiques qui améliorent l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité garantie ;
- 5) à mettre davantage l'accent sur les médicaments destinés aux enfants et à promouvoir la disponibilité, l'accessibilité économique, la qualité et l'innocuité des médicaments essentiels destinés aux enfants par la mise au point et la fabrication de formulations pédiatriques appropriées, et à faciliter la mise de ces médicaments sur le marché ;
- 6) à améliorer la formation théorique et pratique des professionnels de la santé afin d'appuyer la mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales portant sur les médicaments essentiels, et à mettre au point et appliquer des directives cliniques fondées sur des bases factuelles et d'autres interventions pour l'usage rationnel des médicaments essentiels ;
- 7) à renforcer la collaboration avec le grand public et la société civile pour qu'ils prennent mieux conscience de l'importance des médicaments essentiels et les connaissent mieux, et pour que, selon le cas et au moyen de mécanismes et de structures transparents, le public contribue davantage à améliorer l'accès à ces médicaments et à leur usage rationnel ;
- 8) à déterminer les principaux obstacles qui entravent l'accès aux médicaments essentiels et à mettre au point des stratégies pour les surmonter en ayant recours aux outils² et aux recommandations de l'OMS, selon qu'il conviendra ;
- 9) à mettre en place – ou à les renforcer, selon le cas, – des systèmes permettant de surveiller la disponibilité, en utilisant des systèmes efficaces de gestion des stocks, l'accessibilité

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

² Notamment, mais pas exclusivement : les profils de pays établis pour le secteur pharmaceutique, l'instrument d'évaluation pour mesurer la transparence dans le secteur pharmaceutique public, l'outil OMS/Health Action International pour mesurer les prix des médicaments, leur disponibilité, leur accessibilité économique et les composantes des prix, et les documents d'orientation de l'OMS sur l'étude de l'usage des médicaments dans les établissements de soins.

économique et l'utilisation des médicaments essentiels sûrs, efficaces et de qualité garantie dans les établissements de soins publics et privés ;

10) à systématiser la collecte d'informations et à renforcer les dispositifs de suivi afin de mieux déterminer et comprendre les causes des pénuries de médicaments essentiels et de mettre au point des stratégies visant à prévenir et à atténuer les problèmes associés à ces pénuries et les risques qu'elles présentent ;

11) à envisager d'adapter la législation nationale, selon qu'il conviendra, pour faire pleinement usage des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris les flexibilités prévues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et d'autres instruments de l'OMC liés à cet Accord, afin de promouvoir l'accès aux médicaments essentiels, dans le droit-fil de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'exhorter les États Membres à reconnaître l'importance de politiques pharmaceutiques nationales efficaces, et de leur mise en œuvre selon les principes de bonne gouvernance, pour assurer un accès équitable à des médicaments essentiels d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité garantie et leur utilisation rationnelle dans la pratique ;

2) de faciliter et d'appuyer l'échange d'informations et la collaboration entre les États Membres sur les meilleures pratiques en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques pharmaceutiques ;

3) de fournir un appui aux États Membres désireux de mettre en commun leurs informations sur les meilleures pratiques en matière de sélection des médicaments essentiels et d'élaborer des processus de sélection des médicaments à inscrire sur les listes nationales de médicaments essentiels qui soient conformes aux méthodes reposant sur des données factuelles utilisées pour actualiser la liste modèle OMS des médicaments essentiels ;

4) de fournir un appui aux États Membres qui souhaitent renforcer leur capacité de sélectionner les médicaments essentiels en s'appuyant sur des bases factuelles, d'élaborer et de diffuser des lignes directrices sur la pratique clinique, de respecter ces lignes directrices, et de promouvoir d'autres stratégies tendant à l'usage rationnel de médicaments essentiels d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité garantie par les professionnels de la santé et le grand public ;

5) de prêter son concours aux États Membres dans la conception et la mise en œuvre de leurs politiques pharmaceutiques et de leurs systèmes d'approvisionnement nationaux, en particulier en ce qui concerne la réglementation, le financement, la sélection, l'achat, la distribution, la tarification, le remboursement et l'utilisation des médicaments, afin d'améliorer l'efficacité de ces politiques et systèmes et de garantir l'accès à des médicaments essentiels sûrs, efficaces et de qualité garantie, y compris aux médicaments essentiels coûteux ;

6) de fournir un appui aux États Membres qui souhaitent systématiser la collecte d'informations et renforcer les dispositifs de suivi pour mieux déterminer et comprendre les causes des pénuries de médicaments essentiels, et mettre au point des stratégies pour prévenir et atténuer les problèmes associés à ces pénuries et les risques qu'elles présentent ;

7) d'exhorter les États Membres à progresser plus vite dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle

moyennant, entre autres, la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques nationales visant à améliorer l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité garantie ;

8) de fournir sur demande, selon qu'il conviendra et en collaboration avec d'autres organisations internationales compétentes, un soutien technique, y compris, le cas échéant, pour les processus politiques, aux États Membres qui ont l'intention de recourir aux dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris les flexibilités prévues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et d'autres instruments de l'OMC liés à cet Accord, afin de promouvoir l'accès aux médicaments essentiels, conformément à la Stratégie mondiale et au Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

9) de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA67.23 Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle ;²

Rappelant les résolutions WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée, WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale, WHA60.16 sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, WHA60.29 sur les technologies sanitaires, WHA63.21 sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé et WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle ;

Reconnaissant qu'il est important que, dans les systèmes de santé, l'élaboration des politiques et la prise de décisions reposent sur des bases factuelles, y compris pour les décisions sur l'allocation des ressources, la conception des services de santé et l'application pratique des politiques, et réaffirmant les rôles et les responsabilités de l'OMS s'agissant de fournir un appui pour renforcer les systèmes d'information et les capacités de recherche en santé, et leur utilisation dans les États Membres ;

Notant que l'usage efficace des ressources est crucial pour que les systèmes de santé soient durablement performants, en particulier à un moment où les États Membres, à mesure qu'ils progressent vers la couverture universelle, s'efforcent d'améliorer sensiblement l'accès aux médicaments essentiels – médicaments génériques compris –, aux dispositifs et aux actes médicaux, ainsi qu'à d'autres interventions sanitaires de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/33.

Notant que, selon le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*,¹ pas moins de 40 % des dépenses de santé sont gaspillées et qu'il est donc urgent de trouver des solutions systématiques et efficaces pour réduire ce gaspillage et promouvoir l'utilisation rationnelle des technologies sanitaires ;

Reconnaissant le rôle essentiel que joue l'évaluation indépendante des technologies et interventions sanitaires, comme la recherche multidisciplinaire sur les politiques, dans la production de données permettant de hiérarchiser, de sélectionner, de mettre en place, de diffuser et d'administrer des interventions pour la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic et le traitement, la réadaptation des patients et les soins palliatifs ;

Soulignant qu'avec une méthodologie de recherche rigoureuse et structurée et des processus transparents et participatifs, l'évaluation des médicaments, des vaccins, des dispositifs, des équipements et des actes médicaux, y compris des interventions préventives, pourrait aider à répondre à la demande d'informations fiables sur l'innocuité, l'efficacité, la qualité, l'adéquation, l'intérêt économique et l'efficience de ces technologies en vue de déterminer s'il faut les intégrer à des interventions sanitaires et des systèmes de santé particuliers et à quel moment le faire ;

Constatant avec inquiétude que la capacité d'évaluer, d'étudier et de mettre en évidence les implications des technologies et des interventions sanitaires sur le plan de la santé publique et du point de vue économique, organisationnel, social, juridique et éthique est insuffisante dans la plupart des pays en développement et que, par conséquent, les informations ne permettent pas de donner une orientation rationnelle aux politiques et aux décisions et pratiques professionnelles ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les capacités nationales, le travail en réseau aux niveaux régional et international ainsi que la collaboration pour évaluer les technologies et interventions sanitaires en vue de promouvoir une politique de santé reposant sur des bases factuelles,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à envisager d'instaurer des systèmes nationaux d'évaluation des technologies et interventions sanitaires, encourageant le recours systématique à l'évaluation indépendante des technologies et interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle, en vue d'étayer les décisions de politique générale, y compris la fixation des priorités, la sélection, la gestion du système d'achat et d'approvisionnement et l'utilisation des technologies et/ou des interventions sanitaires, ainsi que la mise au point d'ensembles de prestations financés durablement, de médicaments, de systèmes de gestion des prestations, formulaires pharmaceutiques compris, de lignes directrices sur les pratiques cliniques et de protocoles pour les programmes de santé publique ;
- 2) à renforcer les liens entre l'évaluation des technologies sanitaires et la réglementation et la gestion, selon qu'il conviendra ;
- 3) en plus du recours à des méthodes bien établies et largement reconnues, à envisager d'élaborer, s'il y a lieu, des lignes directrices nationales sur les méthodologies et les processus, et des systèmes de surveillance pour l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires, dans le but de garantir la transparence, la qualité et la pertinence générale des évaluations et des recherches dans ce domaine ;

¹ *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 4) à incorporer et à promouvoir plus avant l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires dans les cadres nationaux, par exemple ceux établis pour la recherche sur les systèmes de santé, la formation des professionnels de la santé, le renforcement du système de santé et la couverture sanitaire universelle ;
- 5) à envisager de renforcer les capacités nationales de travail en réseau aux niveaux régional et international, en développant les savoir-faire nationaux, en évitant les répétitions inutiles et en utilisant mieux les ressources ;
- 6) à envisager aussi de collaborer avec les organisations travaillant dans le domaine de la santé, les instituts universitaires et les associations professionnelles des autres États Membres, et avec d'autres grands acteurs du pays ou de la Région dans le but de rassembler et d'échanger des informations et des bilans d'expérience qui serviront à dresser et à appliquer des plans stratégiques nationaux pour mettre en place l'évaluation des technologies et interventions sanitaires et renforcer les capacités en la matière, et pour récapituler les meilleures pratiques en matière de prise de décisions et d'élaboration de politiques transparentes et fondées sur des bases factuelles ;
- 7) à recenser les lacunes s'agissant de promouvoir et de mettre en œuvre des politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à améliorer les systèmes d'information et le potentiel de recherche dans ce domaine, à envisager de solliciter l'appui technique d'autres États Membres, de réseaux régionaux et d'entités internationales, dont l'OMS, et d'échanger avec eux des informations et des données d'expérience ;
- 8) à renforcer et à améliorer la collecte de données sur l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires en formant les personnels concernés, selon qu'il conviendra, de façon à accroître les capacités d'évaluation ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'apprécier la situation en matière d'évaluation des technologies et des interventions sanitaires dans les États Membres pour ce qui concerne la méthodologie, les ressources humaines et les capacités institutionnelles, la gouvernance, les liens entre, d'une part, les unités ou réseaux d'évaluation des technologies et des interventions sanitaires et, d'autre part, les autorités chargées des politiques, l'exploitation des résultats des évaluations, les entraves au renforcement des capacités et l'intérêt manifesté pour celui-ci ;
- 2) de faire prendre conscience aux responsables de l'élaboration des politiques et aux autres acteurs nationaux de l'intérêt que présentent l'évaluation des technologies et interventions sanitaires et son utilisation pour la prise de décisions fondées sur des bases factuelles, de mieux leur faire connaître cette discipline et de les encourager à la pratiquer, en examinant le fonctionnement, le travail et la contribution des instituts de recherche compétents ainsi que des organismes et programmes d'évaluation des technologies et des interventions sanitaires pour en dégager les meilleures pratiques, et en faisant profiter les États Membres de l'expérience ainsi accumulée, par des voies et dans le cadre d'activités appropriées, y compris les réseaux mondiaux et régionaux et les instituts universitaires ;
- 3) d'intégrer les concepts et les principes de l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires dans les stratégies et les secteurs d'activité de l'OMS qui concernent, notamment mais pas exclusivement, la couverture sanitaire universelle, y compris le financement de la santé, l'accès aux médicaments, aux vaccins et autres technologies sanitaires de qualité garantie et leur usage rationnel, la prévention et la prise en charge des maladies non

transmissibles et transmissibles, les soins destinés à la mère et à l'enfant, et l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles ;

4) de fournir un appui technique aux États Membres, en particulier aux pays à revenu faible, aux organisations intergouvernementales intéressées et aux partenaires de l'action sanitaire mondiale afin de renforcer le potentiel d'évaluation des technologies et interventions sanitaires, y compris, le cas échéant, l'élaboration et l'application de lignes directrices mondiales sur les méthodes et les processus s'inspirant des pratiques reconnues au niveau international ;

5) de veiller à ce que les capacités soient suffisantes à tous les niveaux de l'OMS en faisant appel à ses réseaux d'experts et de centres collaborateurs ainsi qu'à d'autres réseaux régionaux et internationaux pour répondre à la demande d'appui et faciliter ainsi la prise de décisions fondées sur des données factuelles dans les États Membres ;

6) de faciliter l'échange d'informations et de données d'expérience et le renforcement du potentiel d'évaluation des technologies et des interventions sanitaires par des mécanismes et des réseaux de collaboration aux niveaux mondial, régional et des pays, tout en veillant à ce que ces partenariats soient actifs, efficaces et durables ;

7) de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA67.24 Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle¹

La Soixantième-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle »² et le document final du Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Recife, Brésil, 10-13 novembre 2013) ;³

Reconnaissant le rôle directeur de l'OMS dans le domaine des ressources humaines pour la santé et le mandat qui lui a été confié à cet égard dans la résolution WHA63.16 sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, la résolution WHA66.23 visant à transformer la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle, les recommandations de portée mondiale de l'OMS visant à accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation (2010),⁴ et les

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/34.

³ Annexe du document A67/34.

⁴ *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

lignes directrices de l'OMS sur la transformation et l'élargissement de la formation des professionnels de santé (2013) ;¹

Rappelant que l'engagement a été pris d'instaurer la couverture sanitaire universelle et qu'il faut améliorer les personnels de santé pour y parvenir ;

Réaffirmant l'importance de la Déclaration de Kampala et du Programme pour une action mondiale (2008) qui l'accompagne, ainsi que du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, et reconnaissant qu'il faut renouveler ces engagements et y donner suite à la lumière de l'évolution de la situation afin d'avancer vers la couverture sanitaire universelle,

1. APPROUVE l'appel à l'action lancé dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;

2. SE FÉLICITE des engagements pris par les États Membres dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;

3. INVITE INSTAMMENT les États Membres² à honorer, selon qu'il conviendra et conformément aux responsabilités nationales et infranationales, les engagements pris dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de prendre en considération dans les activités futures de l'OMS la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;

2) d'élaborer une nouvelle stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et de la soumettre pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA67.25 Résistance aux antimicrobiens³

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la résistance aux antimicrobiens ;⁴

Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS dans l'endigement de la résistance aux antimicrobiens ;

¹ *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization Guidelines 2013*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

² Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

³ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

⁴ Document A67/39.

Rappelant les résolutions WHA39.27 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA51.17 intitulée « Maladies émergentes et autres maladies transmissibles : résistance aux antimicrobiens », WHA54.14 intitulée « Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie », WHA58.27, intitulée « Améliorer l'endigement de la résistance aux antimicrobiens », WHA60.16 sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et WHA66.22 sur le suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement ;

Consciente que l'accès à des agents antimicrobiens efficaces est le plus souvent une condition indispensable pour la médecine moderne et que les progrès accomplis au prix de grands efforts en matière de santé et de développement, en particulier ceux réalisés au titre des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, sont menacés par l'intensification de la résistance aux antimicrobiens qui compromet, sur la durée, la viabilité de l'action de santé publique contre de nombreuses maladies transmissibles, dont la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida ;

Consciente également que les conséquences sanitaires et économiques de la résistance aux antimicrobiens pèsent de plus en plus lourdement sur les pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible et nécessitent une action urgente aux niveaux national, régional et mondial, étant donné notamment que la mise au point de nouveaux agents antimicrobiens est limitée ;

Reconnaissant que la résistance aux antimicrobiens a principalement des effets sur la santé humaine, mais que ses facteurs et ses conséquences, économiques et autres, dépassent le cadre de la santé et, par conséquent, requièrent une approche cohérente, globale et intégrée aux niveaux mondial, régional et national faisant intervenir différents acteurs et différents secteurs tels que la médecine humaine et vétérinaire, l'agriculture, l'environnement et les consommateurs, dans une démarche s'inspirant du principe « Un monde, une santé » et allant au-delà ;

Notant que l'on n'a guère pris conscience de l'ampleur et de l'imminence de la menace et que les résolutions adoptées précédemment par l'Assemblée de la Santé et les stratégies de l'OMS pour endiguer la résistance aux antimicrobiens ne sont pas encore largement appliquées ;

Reconnaissant que la résistance aux antimicrobiens concerne un vaste ensemble d'agents pathogènes comprenant les bactéries, les virus et les parasites, mais que l'apparition d'une résistance chez certains d'entre eux, notamment les bactéries résistantes aux antibiotiques, est un problème particulièrement urgent dont il faut se préoccuper immédiatement ;

Se félicitant de la création du Groupe spécial mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens et de la collaboration tripartite entre la FAO, l'OIE et l'OMS,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à renforcer la prise de conscience, l'engagement et le leadership politiques pour intensifier les efforts visant à garantir l'accès à des antimicrobiens efficaces et à les utiliser de manière responsable ;
- 2) à prendre des mesures urgentes aux niveaux national, régional et local pour renforcer la lutte contre l'infection, par des moyens comprenant l'application des règles d'hygiène de base ;

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 3) à établir des stratégies et des plans nationaux et une collaboration internationale, ou à les renforcer, pour endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
- 4) à mobiliser des ressources humaines et financières pour mettre en œuvre les plans et les stratégies visant à mieux endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
- 5) à renforcer les systèmes globaux de gestion pharmaceutique, y compris les systèmes de réglementation et les mécanismes de la chaîne logistique ainsi que, le cas échéant, les infrastructures de laboratoire, en vue de garantir l'accès à des antimicrobiens efficaces et leur disponibilité, en tenant compte des incitations financières et autres pouvant avoir un effet négatif sur les politiques de prescription et de délivrance ;
- 6) à surveiller l'étendue de la résistance aux antimicrobiens, notamment en vérifiant régulièrement l'usage qui est fait des antibiotiques dans tous les secteurs concernés, en particulier ceux de la santé et de l'agriculture, y compris l'élevage, et à communiquer les informations ainsi recueillies afin qu'il soit possible de dégager et de suivre les tendances aux niveaux national, régional et mondial ;
- 7) à mieux faire prendre conscience à tous les dispensateurs de soins concernés, au public et à d'autres secteurs et parties prenantes : i) de la menace que représente la résistance aux antimicrobiens ; ii) de la nécessité de faire un usage responsable des antibiotiques ; et iii) de l'importance des mesures de lutte contre l'infection ;
- 8) à encourager et favoriser la recherche-développement, y compris celle menée par les milieux universitaires ou dans le cadre de nouveaux modèles collaboratifs et financiers, pour combattre la résistance aux antimicrobiens et promouvoir un usage responsable des médicaments antimicrobiens, concevoir des approches pratiques et faisables pour étendre la durée de vie des médicaments antimicrobiens et encourager la mise au point de nouveaux produits de diagnostic et médicaments antimicrobiens ;
- 9) à collaborer avec le Secrétariat à l'élaboration et à l'application d'un projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, qui s'appuie sur toutes les données scientifiques disponibles et sur les meilleures pratiques ;
- 10) à mettre en place des systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans trois secteurs distincts : i) les patients hospitalisés, ii) les patients externes dans toutes les autres structures de soins de santé et dans la communauté, et iii) les animaux et les usages non humains des antimicrobiens ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de faire en sorte que toutes les parties concernées de l'Organisation, au Siège, au niveau régional et au niveau des pays, contribuent activement et de manière coordonnée à promouvoir les activités visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens, notamment en suivant les flux de ressources consacrées à la recherche-développement sur la résistance aux antimicrobiens au sein du nouvel observatoire mondial de la recherche-développement en santé ;
- 2) de réserver des ressources suffisantes pour les activités du Secrétariat, conformément au budget programme 2014-2015 et au douzième programme général de travail, 2014-2019 ;

- 3) de renforcer la collaboration tripartite entre la FAO, l'OIE et l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans l'esprit de l'approche « Un monde, une santé » ;
- 4) d'étudier avec le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies les possibilités de lancer une initiative de haut niveau, notamment une réunion de haut niveau, pour renforcer la prise de conscience, l'engagement et le leadership politiques concernant la résistance aux antimicrobiens ;
- 5) d'établir un projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, grâce auquel tous les pays, en particulier les pays à revenu faible ou intermédiaire, auront les moyens de combattre la résistance aux antimicrobiens et qui tienne compte des plans d'action existants, de toutes les données scientifiques disponibles et des meilleures pratiques ainsi que des recommandations du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens et de l'ensemble de mesures préconisées par l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens, lesquelles invitent les États Membres :
- a) à s'engager en faveur d'un plan national complet et financé qui oblige à rendre des comptes et auquel la société civile soit associée ;
 - b) à renforcer les moyens de surveillance et de laboratoire ;
 - c) à assurer un accès ininterrompu à des médicaments essentiels de qualité garantie ;
 - d) à réglementer et promouvoir l'usage rationnel des médicaments, y compris dans le secteur de l'élevage, et à veiller à ce que les patients reçoivent des soins adéquats ;
 - e) à renforcer la lutte contre l'infection ;
 - f) à encourager l'innovation et la recherche-développement de nouveaux outils ;
- 6) de suivre une approche multisectorielle pour étayer le projet de plan d'action mondial, en consultant les États Membres¹ et d'autres parties prenantes, en particulier d'autres acteurs multilatéraux comme la FAO et l'OIE, en tenant compte de la nécessité de gérer les éventuels conflits d'intérêts ;
- 7) de soumettre à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session, un projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, ainsi qu'un rapport récapitulatif des progrès accomplis dans la mise en œuvre des autres éléments de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014 –
Commission B, quatrième rapport)

¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

DÉCISIONS

WHA67(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Chili, Éthiopie, Iraq, Islande, Japon, Malaisie, Monaco, Mozambique, Portugal, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée et Zambie.

(Première séance plénière, 19 mai 2014)

WHA67(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

Président : Dr Roberto Morales Ojeda (Cuba)

Vice-Présidents : Dr Neil Sharma (Fidji)
M. François Ibovi (Congo)
M. Maithripala Yapa Sirisena (Sri Lanka)
Dr Vytenis Povilas Andriukaitis (Lituanie)
M. Sadiq bin Abdul Karim Al-Shehabi (Bahreïn)

(Première séance plénière, 19 mai 2014)

WHA67(3) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Afghanistan, Angola, Bénin, Cabo Verde, Chine, Costa Rica, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Grèce, Guinée équatoriale, Guyana, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Timor-Leste, Tunisie et Uruguay.

(Première séance plénière, 19 mai 2014)

WHA67(4) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, après avoir supprimé quatre points.

(Deuxième séance plénière, 19 mai 2014)

WHA67(5) Élection du bureau des commissions principales

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Président Dr Pamela Rendi-Wagner (Autriche)
Commission B : Président Dr Ruhakana Rugunda (Ouganda).

(Première séance plénière, 19 mai 2014)

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidents et rapporteurs :

Commission A : Vice-Présidents Professeur Pe Thet Khin (Myanmar)
 Dr Jorge Villavicencio (Guatemala)

Rapporteur Dr Helen Mbugua (Kenya)

Commission B : Vice-Présidents Dr Mohsen Asadi-Lari (Iran, République islamique d')
 Dr Siale Akauola (Tonga)

Rapporteur Dr Dipendra Raman Singh (Népal).

(Premières séances des Commissions A et B,
 19 et 21 mai 2014, respectivement)

WHA67(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des États Membres suivants : Afghanistan ; Afrique du Sud ; Albanie ; Algérie ; Allemagne ; Andorre ; Angola ; Arabie saoudite ; Argentine ; Arménie ; Australie ; Autriche ; Azerbaïdjan ; Bahamas ; Bahreïn ; Bangladesh ; Barbade ; Bélarus ; Belgique ; Bénin ; Bhoutan ; Bolivie (État plurinational de) ; Bosnie-Herzégovine ; Botswana ; Brésil ; Brunéi Darussalam ; Bulgarie ; Burkina Faso ; Burundi ; Cabo Verde ; Cambodge ; Cameroun ; Canada ; Chili ; Chine ; Chypre ; Colombie ; Comores ; Congo ; Costa Rica ; Côte d'Ivoire ; Croatie ; Cuba ; Danemark ; Djibouti ; Égypte ; El Salvador ; Émirats arabes unis ; Équateur ; Érythrée ; Espagne ; Estonie ; États-Unis d'Amérique ; Éthiopie ; Ex-République yougoslave de Macédoine ; Fédération de Russie ; Fidji ; Finlande ; France ; Gabon ; Gambie ; Géorgie ; Ghana ; Grèce ; Grenade ; Guatemala ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Hongrie ; Îles Cook ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Iraq ; Irlande ; Islande ; Israël ; Italie ; Jamaïque ; Japon ; Jordanie ; Kazakhstan ; Kenya ; Kirghizistan ; Kiribati ; Koweït ; Lesotho ; Lettonie ; Liban ; Libéria ; Libye ; Lituanie ; Luxembourg ; Madagascar ; Malaisie ; Malawi ; Maldives ; Mali ; Malte ; Maroc ; Maurice ; Mauritanie ; Mexique ; Monaco ; Mongolie ; Monténégro ; Mozambique ; Myanmar ; Namibie ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Panama ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Paraguay ; Pays-Bas ; Pérou ; Philippines ; Pologne ; Portugal ; Qatar ; République arabe syrienne ; République centrafricaine ; République de Corée ; République démocratique du Congo ; République démocratique populaire lao ; République de Moldova ; République dominicaine ; République populaire démocratique de Corée ; République tchèque ; République-Unie de Tanzanie ; Roumanie ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rwanda ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Marin ; Samoa ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Serbie ; Seychelles ; Sierra Leone ; Singapour ; Slovaquie ; Slovénie ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Sri Lanka ; Suède ; Suisse ; Suriname ; Swaziland ;

Tchad ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Togo ; Tonga ; Trinité-et-Tobago ; Tunisie ; Turkménistan ; Turquie ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

(Sixième séance plénière, 21 mai 2014)

WHA67(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Chine ; Érythrée ; États-Unis d'Amérique ; Fédération de Russie ; Gambie ; Koweït ; Libéria ; Népal ; République démocratique du Congo ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014)

WHA67(8) Examen des incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant rappelé l'approbation par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé du budget programme 2014-2015 dans son intégralité et le processus de dialogue sur le financement, y compris une mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, qui a été établi afin d'assurer le plein financement du budget programme,

1) a décidé que les résolutions adoptées par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé seront mises en œuvre dans la mesure où leur financement est inclus dans le budget programme 2014-2015, à l'exception des activités qui relèvent de la partie du budget programme relative aux situations d'urgence,¹ ou conformément à toute autre décision spécifique prise par l'Assemblée de la Santé ;

2) a décidé en outre que, lorsque les résolutions adoptées par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ont des incidences budgétaires qui dépassent les crédits du budget programme 2014-2015, le Directeur général présentera un rapport au Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à sa vingt et unième session, en janvier 2015, dans lequel il fera une proposition pour prendre en charge les coûts en question, notamment une analyse des incidences financières et programmatiques, et examinera toutes les options possibles ;

3) a prié le Comité du programme, du budget et de l'administration de faire des recommandations au Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session et à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de

¹ Les activités qui relèvent de la partie du budget programme relative aux situations d'urgence n'ont pas de plafond budgétaire. Au paragraphe 9 de la résolution WHA66.2, l'Assemblée de la Santé « AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à engager, si nécessaire, des dépenses dans la composante « urgences » du budget au-delà du montant alloué à celle-ci, en fonction des ressources disponibles ... ».

la Santé, sur la base du rapport mentionné au paragraphe 2) ci-dessus, qui seront examinées conjointement avec les informations demandées au paragraphe 28 du document A66/48 ;¹

4) a prié le Directeur général, en consultation avec les États Membres, de faire rapport au Comité du programme, du budget et de l'administration, en janvier 2015, sur les options permettant de garantir la concordance des résolutions avec le programme général de travail et les budgets programmes connexes, y compris sur la manière de renforcer les liens entre les budgets programmes et les résolutions, les rapports sur les incidences financières des résolutions et des décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé ainsi que les rapports de situation, et de fournir des informations sur la proportion des futurs budgets programmes qui découlera de résolutions et de décisions adoptées par les organes directeurs.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014)

WHA67(9)² La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Secrétariat sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant,³

1) a approuvé les sept indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales et s'inscrivant dans l'ensemble d'indicateurs de base du cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;⁴

2) a prié le Directeur général de constituer un groupe de travail composé de représentants et d'experts nommés par les États Membres et les organismes des Nations Unies pour achever la mise au point, avant la fin de 2014, de l'ensemble d'indicateurs de base permettant de suivre le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, en se fondant sur des « marqueurs » de la mise en œuvre des politiques et programmes dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs qui sont importants pour la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition, et en mettant au point un ensemble élargi d'indicateurs permettant de suivre les processus qui ont un impact sur les cibles mondiales dans le contexte propre à chaque pays, lesquels seront examinés par les États Membres à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

3) a prié également le Directeur général d'organiser des consultations informelles avec les États Membres⁵ pour achever d'élaborer, avant la fin de 2015, des outils d'évaluation et de gestion du risque associés aux conflits d'intérêts dans le domaine de la nutrition, qui seront examinés par les États Membres à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

4) a pris note du travail accompli par le Secrétariat en application de la résolution WHA65.6 sur le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, dans laquelle le Directeur général était prié de donner des précisions et des indications sur « les formes

¹ À savoir : « ... Les organes directeurs seront invités à fournir des orientations sur les propositions du Directeur général concernant toute reprogrammation de ressources ou d'activités jugée nécessaire, compte tenu de l'avancement de l'exécution du budget programme, des nouveaux mandats reçus et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ayant des incidences financières ou répondant à de nouveaux besoins de santé publique. ».

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de la décision aura pour le Secrétariat.

³ Documents A67/15 et A67/15 Add.1.

⁴ Voir le document A67/15, annexe 1.

⁵ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

inappropriées de promotion des aliments destinés au nourrisson et au jeune enfant » citées dans la résolution WHA63.23 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, en tenant compte des travaux en cours de la Commission du Codex Alimentarius ; a aussi rappelé la résolution WHA63.23, dans laquelle les États Membres étaient instamment invités à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ; et a en outre prié le Directeur général d'achever les travaux avant la fin de 2015 afin que les États Membres les examinent à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014)

WHA67(10)¹ Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, attentive au principe primordial énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité, et soulignant que le libre accès aux soins de santé est une composante essentielle du droit à la santé, a prié le Directeur général :

- 1) de faire rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, sur la base d'une évaluation de terrain, en mettant l'accent sur :
 - a) les obstacles à l'accès à la santé dans le territoire palestinien occupé, ainsi que les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport publié en 2013 par l'Organisation mondiale de la Santé sous le titre *Right to health: barriers to health access in the occupied Palestinian territory, 2011 and 2012* ;²
 - b) l'accès des prisonniers palestiniens à des services de santé adéquats ;
 - c) l'incidence de l'occupation prolongée et des violations des droits de l'homme sur la santé mentale, en particulier les conséquences du système de détention militaire israélien sur l'état mental des enfants détenus ;
 - d) l'incidence des difficultés d'accès à l'eau et aux services d'assainissement et de l'insécurité alimentaire sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, en particulier dans la Bande de Gaza ;
 - e) la fourniture d'une assistance et d'un appui techniques et financiers par la communauté internationale des donateurs et la mesure dans laquelle ils contribuent à améliorer la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé ;
- 2) de fournir un appui aux services de santé palestiniens, notamment par des programmes de renforcement des capacités ;
- 3) d'apporter une assistance technique sanitaire à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de la décision aura pour le Secrétariat.

² *Right to health: barriers to health access in the occupied Palestinian territory, 2011 and 2012*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (document WHO-EM/OPT/004/E).

- 4) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des prisonniers et des détenus, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des handicapés et des blessés ;
- 5) de fournir un appui au secteur de la santé palestinien pour qu'il se prépare à faire face aux situations d'urgence et développe les capacités de préparation et d'intervention en cas d'urgence ;
- 6) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris le développement des ressources humaines.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2014)

WHA67(11) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

1) La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr Ebenezer Appiah-Denkyira, délégué du Ghana, membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2017, et le plus ancien membre suppléant, le Dr Michel Tailhades, délégué de la Suisse, membre du Comité pour la durée restant à courir de son mandat, c'est-à-dire jusqu'en mai 2015.

2) La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a également nommé le Dr Darren Hunt, délégué de la Nouvelle-Zélande, et le Dr Mariam A. Al-Jalahma, délégué de Bahreïn, membres suppléants du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2017.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

WHA67(12) Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève »¹ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,²

- 1) a pris note de la stratégie actualisée de rénovation des bâtiments à Genève ;
- 2) a autorisé le Directeur général à entreprendre la phase initiale de planification, y compris l'organisation d'un concours d'architecture ;
- 3) a remercié le Gouvernement suisse de son offre consistant à accorder un prêt initial sans intérêts de 14 millions de francs suisses aux fins de la planification ;

¹ Document A67/52.

² Document A67/61.

- 4) a prié le Directeur général :
- a) d'accepter ce prêt initial aux conditions indiquées aux paragraphes 10 à 12 du rapport intitulé : « Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève »¹ et de continuer à planifier le projet de rénovation de l'ensemble du site ;
 - b) de présenter à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé le concept retenu pour le nouveau bâtiment, accompagné d'une ébauche du cahier des charges, ainsi qu'un bilan financier détaillé pour l'ensemble de la stratégie de rénovation, en prévision de la décision finale que prendra la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé concernant l'approbation du projet définitif et l'acceptation de l'intégralité du prêt pour la construction du nouveau bâtiment et sa mise en chantier, sous réserve que les autorités fédérales suisses approuvent définitivement l'intégralité du prêt en décembre 2016.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

WHA67(13) Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur l'action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie,² et reconnaissant que la proportion des personnes âgées dans la population augmente dans la quasi-totalité des pays et que les systèmes de santé sont confrontés à des difficultés croissantes du fait du vieillissement de la population, a prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les autres parties prenantes et en coordination avec les bureaux régionaux, et dans la limite des ressources disponibles, une stratégie et un plan d'action mondiaux complets sur le vieillissement et la santé qui seront soumis à l'examen du Conseil exécutif en janvier 2016 et de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

WHA67(14) Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques,³ saluant les progrès accomplis par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur la question du projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ; soulignant l'importance que revêt un cadre de collaboration approprié avec les acteurs non étatiques du point de vue du rôle et des activités de l'OMS ; et reconnaissant que des consultations et discussions supplémentaires sont nécessaires sur certains points, y compris les conflits d'intérêts et les relations avec le secteur privé,

- 1) a décidé que, pour donner suite, les États Membres devraient soumettre leurs observations et questions particulières au Directeur général d'ici le 17 juin 2014 ;

¹ Document A67/52.

² Document A67/23.

³ Document A67/6.

- 2) a également décidé que les comités régionaux devraient discuter de cette question en 2014, en se référant au projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et au rapport mentionné au paragraphe 4.a) ci-dessous ;
- 3) a demandé que les comités régionaux présentent un rapport sur leurs délibérations à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;
- 4) a prié le Directeur général :
 - a) d'établir, d'ici fin juillet 2014, un compte rendu complet des observations faites par les États Membres à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que des observations et questions supplémentaires formulées par la suite, y compris des éclaircissements et des réponses apportés par le Secrétariat à ce propos ;
 - b) de présenter un document au Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session, en janvier 2015, en s'assurant que les États Membres le reçoivent au plus tard à la mi-décembre 2014 afin de leur laisser suffisamment de temps pour l'étudier et mieux se préparer aux discussions et délibérations.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

WHA67(15) Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports sur la suite donnée au rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement,¹

- 1) a pris note des progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA66.22 et de la décision EB134(5) ;
- 2) a reconnu les indicateurs permettant de mesurer les résultats de la mise en œuvre des projets de démonstration de recherche-développement en santé et a demandé qu'y soit ajoutée une analyse de l'étendue des éléments novateurs mis en œuvre par les projets, y compris le financement, l'utilisation de modèles en libre accès, les plateformes de recherche multisectorielles et la dissociation, entre autres critères ;
- 3) a prié le Directeur général d'accélérer le processus pour les quatre projets restants, en plus des quatre déjà convenus, et de rendre compte de l'avancement des projets au Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session ;
- 4) a noté, sans préjuger des discussions ultérieures dans le contexte des recommandations du groupe de travail consultatif d'experts et des activités concernant d'autres mécanismes durables de financement de la recherche-développement en santé, l'évaluation effectuée par le Secrétariat et la possibilité d'utiliser un mécanisme existant pour héberger un fonds commun de contributions volontaires pour la recherche-développement sur les maladies du type III et du type II et les besoins

¹ Documents A67/27, A67/28 et A67/28 Add.1.

spécifiques des pays en développement en matière de recherche-développement concernant les maladies du type I ;

5) a prié le Directeur général de continuer à étudier l'option mentionnée au paragraphe 4) ci-dessus avec le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, en reconnaissant les éléments suivants :

- a) le fait que les maladies visées ne doivent pas se limiter aux seules maladies du type III mais correspondre au mandat de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
- b) la nécessité d'un mécanisme de financement durable pour la recherche-développement en santé ;
- c) le rôle des États Membres dans la gouvernance du mécanisme de coordination ;

6) a prié le Directeur général de faire rapport au sujet de la présente décision à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

WHA67(16) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

ANNEXES

ANNEXE 1

STRATÉGIE MONDIALE ET CIBLES POUR LA PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE, LES SOINS ET LA LUTTE APRÈS 2015¹

[A67/11 – 14 mars 2014]

1. En déclarant en 1993 que la tuberculose constituait une urgence mondiale de santé publique, l’OMS a mis fin à une longue période d’indifférence planétaire. Plusieurs évolutions ont ensuite contribué à accélérer le renforcement de la lutte antituberculeuse à l’échelle mondiale : le lancement de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) ; l’intégration d’indicateurs liés à la tuberculose dans les objectifs du Millénaire pour le développement ; l’élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose, socle du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ; et l’adoption de la résolution WHA62.15, « Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte », à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

2. En mai 2012, à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont prié le Directeur général de soumettre à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2014, par l’intermédiaire du Conseil exécutif, un point complet de la situation mondiale actuelle concernant la tuberculose, et de présenter de nouvelles approches stratégiques multisectorielles et de nouvelles cibles internationales pour l’après-2015.² Les travaux préparatoires engagés à cette fin ont mobilisé un large éventail de partenaires qui ont apporté une importante contribution à l’élaboration de la nouvelle stratégie, y compris des représentants de haut niveau des États Membres, des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, des institutions techniques et scientifiques, des partenaires financiers et des organismes d’aide au développement, de la société civile, des organisations non gouvernementales et du secteur privé.

3. *Le processus.* Le Groupe consultatif stratégique et technique de l’OMS pour la tuberculose a approuvé la large portée et le caractère ouvert du processus consultatif envisagé pour l’élaboration de la stratégie. Celui-ci a commencé par une consultation en ligne qui visait à trouver des moyens de renforcer la stratégie actuelle et, éventuellement, d’y adjoindre de nouvelles composantes. En 2012, dans le cadre des réunions annuelles des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, chaque bureau régional a organisé des consultations sur le nouveau cadre stratégique et les nouvelles cibles proposés avec les responsables des ministères de la santé, les administrateurs des programmes nationaux de lutte antituberculeuse et différents partenaires. Les responsables des pays à forte charge de tuberculose ont ensuite débattu du projet de cadre stratégique lors d’une consultation spéciale organisée juste avant la Quarante-Troisième Conférence mondiale de l’Union sur la santé respiratoire (Kuala Lumpur, 13-17 novembre 2013), à la suite de quoi le cadre a été présenté et examiné le jour de l’ouverture de la Conférence, lors du symposium mondial sur la tuberculose, auquel plus de 700 acteurs ont participé. En 2013, trois consultations spéciales réunissant des hauts responsables des États Membres, des experts techniques et des représentants de la société civile ont été organisées en vue de débattre : i) de la définition des cibles de la lutte antituberculeuse pour l’après-2015 ; ii) des approches pour exploiter les possibilités offertes par l’extension de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale en vue de renforcer la prévention de la tuberculose et les soins ; et iii) de la recherche et de l’innovation comme moyens d’accomplir des progrès en matière de soins, de lutte et

¹ Voir la résolution WHA67.1.

² Document WHA65/2012/REC/3, procès-verbal de la sixième séance de la Commission B, section 3.

d'élimination. En juin 2013, le Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS pour la tuberculose a adopté le projet de document, y compris les cibles mondiales, et le raisonnement qui les sous-tend.¹

4. La Figure 1 ci-dessous présente le cadre stratégique mondial de lutte contre la tuberculose après 2015.

Figure 1. Cadre stratégique mondial de lutte contre la tuberculose après 2015

IDÉAL	Un monde sans tuberculose – « Zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose »
BUT	Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose
JALONS POUR 2025	– Réduire de 75 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 50 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 55 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose
CIBLES POUR 2035	– Réduire de 95 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 90 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 10 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose
PRINCIPES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutelle des pouvoirs publics et justification de l'action menée, suivi et évaluation 2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés 3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité 4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale 	
PILIERES ET COMPOSANTES	
1. SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT	
<ol style="list-style-type: none"> A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque B. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients C. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose 	
2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN	
<ol style="list-style-type: none"> A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention B. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés C. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose 	
3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION	
<ol style="list-style-type: none"> A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation 	

¹ Strategic and Technical Advisory Group for Tuberculosis: report of the 13th meeting, 11-12 June 2013 (document WHO/HTM/TB/2013.9).

APPROCHES

5. *Étendre les soins, renforcer la prévention et intensifier la recherche.* Des approches novatrices, plurisectorielles et intégrées seront nécessaires pour relever ces défis. La stratégie DOTS a permis de renforcer les programmes publics de lutte contre la tuberculose et de s'attaquer ainsi à la charge importante des formes pharmacosensibles. La Stratégie Halte à la tuberculose,¹ elle-même fondée sur l'approche DOTS, a permis de commencer à combattre la tuberculose pharmacorésistante et la tuberculose associée au VIH tout en encourageant la recherche-développement de nouveaux outils. Elle a également contribué à élargir les partenariats avec tous les dispensateurs de soins, les organisations de la société civile et les communautés, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, il faudra encore : élargir la portée des interventions de soins et de prévention, et les rendre plus accessibles ; mettre en place des systèmes et des politiques créant un environnement favorable et des responsabilités partagées ; et mener une action énergique de recherche et d'innovation pour promouvoir la mise au point et l'utilisation de nouveaux outils de soins et de prévention. Il faudra aussi pouvoir modifier et ajuster la nouvelle stratégie en fonction des progrès accomplis, au regard notamment des cibles et des jalons.

6. *Obtenir un appui systémique et mobiliser les parties prenantes.* En pratique, pour que les progrès se poursuivent après 2015, les programmes de lutte antituberculeuse et, au-delà, les autres acteurs appartenant ou non au secteur de la santé devront intensifier leur action. La nouvelle stratégie prévoit des mesures concrètes aux trois niveaux de gouvernance, en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes et avec la pleine participation des communautés. Au centre figurent les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, ou les structures équivalentes, chargés de coordonner l'ensemble des activités de soins et de prévention. Au-dessus d'eux se trouvent les ministères nationaux de la santé qui fournissent un soutien systémique essentiel, veillent à l'application des mécanismes réglementaires et coordonnent des approches intégrées au moyen d'une collaboration interministérielle et intersectorielle. Enfin, les gouvernements nationaux doivent exercer une tutelle générale sur le dispositif de sorte que l'élimination de la tuberculose reste une priorité du programme de développement, en s'engageant sur le plan politique, en investissant et en supervisant l'action, tout en réalisant des progrès rapides vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale.

7. *Instaurer une direction à un plus haut niveau et élargir l'adhésion.* Il faut renforcer encore les soins et la lutte antituberculeuse, et étendre l'action à la prévention. À cette fin, la direction des activités dans les pays devra être assurée à des niveaux plus élevés des ministères de la santé. C'est indispensable si l'on veut coordonner l'action sur plusieurs fronts et atteindre trois objectifs clairs : 1) instaurer l'accès universel à la détection précoce et à des traitements adaptés, pour tous les patients atteints de tuberculose ; 2) mettre en place dans le secteur de la santé et dans le domaine social des politiques et des systèmes propices à des soins et à une prévention efficaces de la tuberculose ; et 3) intensifier la recherche pour élaborer et mettre en application de nouvelles technologies, de nouveaux outils et approches pour éliminer la tuberculose. Les trois piliers de la Stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose visent ces objectifs.

¹ Les six composantes de la Stratégie Halte à la tuberculose sont les suivantes : i) poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité ; ii) combattre la co-infection VIH/tuberculose, la tuberculose multirésistante et d'autres problèmes spécifiques ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; iv) faire participer tous les dispensateurs de soins ; v) donner les moyens d'agir aux malades de la tuberculose et aux communautés ; et vi) favoriser et promouvoir la recherche.

IDÉAL, BUT, JALONS ET CIBLES

8. L'idéal auquel tend la stratégie mondiale pour l'après-2015 est « un monde sans tuberculose », c'est-à-dire « zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose ». Le but est de mettre fin à l'épidémie mondiale.

9. La cible relevant de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement et consistant, d'ici 2015, à avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance a déjà été atteinte. Les cibles connexes du Partenariat Halte à la tuberculose – réduire de 50 % par rapport à 1990 la prévalence de la tuberculose et la mortalité dont elle est la cause – devraient être atteintes d'ici 2015. La présente stratégie propose pour 2035 de nouvelles cibles ambitieuses bien qu'atteignables. Il s'agit notamment de faire reculer de 95 % les décès dus à la tuberculose par rapport à 2015, et de parvenir à une réduction équivalente de 90 % du taux d'incidence de la tuberculose, qui passerait de 110 cas/100 000 en 2015 à 10 cas/100 000 ou moins à l'horizon 2035. Ces cibles sont équivalentes aux niveaux actuellement observés dans certains pays à faible incidence d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et du Pacifique occidental. Une autre cible est proposée pour s'assurer que la couverture sanitaire universelle et la protection sociale progressent elles aussi, à savoir que, d'ici 2020, aucune personne ou famille touchée par la tuberculose ne supporte de coûts catastrophiques pour les soins.

10. Avant 2035, des jalons sont également proposés pour 2020, 2025 et 2030. Le Tableau 1 présente les principaux indicateurs, jalons et cibles mondiaux de la stratégie pour l'après-2015.

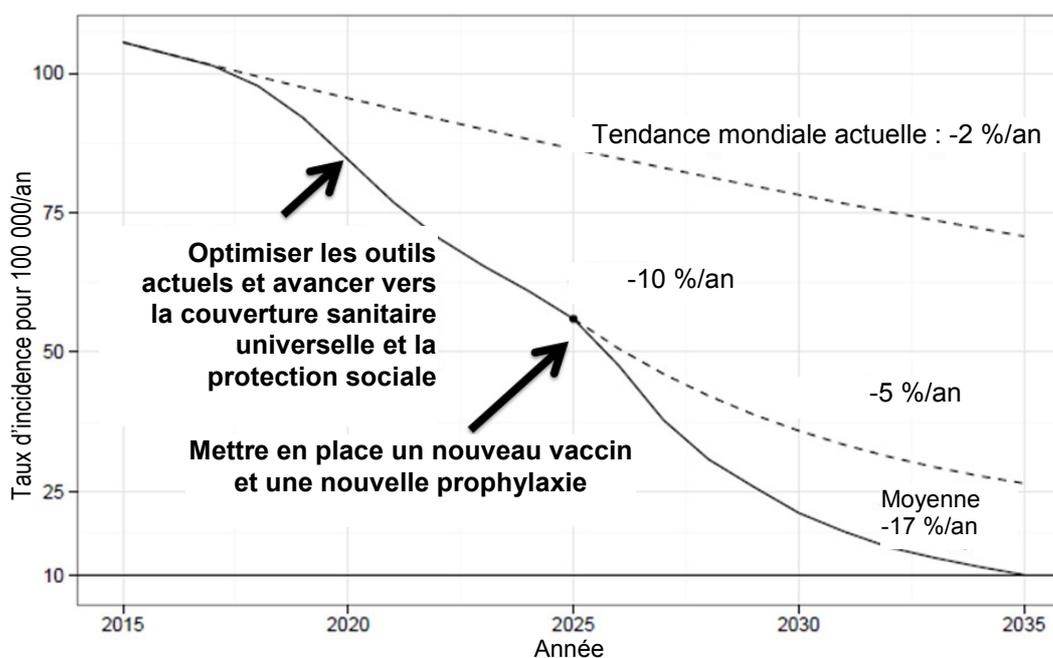
11. La réduction de 75 % des décès dus à la tuberculose entre 2015 et 2025 est un jalon important. Deux résultats devront être obtenus pour y parvenir. Tout d'abord, la baisse annuelle des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose doit passer de 2 % par an en moyenne en 2015 (selon les prévisions) à 10 % par an d'ici 2025. C'est un objectif ambitieux, mais atteignable. Il correspond au taux de baisse le plus rapide que l'on ait connu au niveau national, enregistré dans le contexte de l'accès universel aux soins et du développement socio-économique rapide en Europe occidentale et en Amérique du Nord dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Deuxièmement, la proportion de cas incidents qui décèdent de la tuberculose (le taux de létalité) doit passer de 15 % en 2015 (selon les prévisions) à 6,5 % d'ici 2025. La modélisation a montré que des progrès rapides vers l'accès universel aux outils existants, associés au développement socio-économique, peuvent réduire de 75 % les décès dus à la tuberculose. De plus, la recherche-développement devrait bientôt déboucher sur des outils améliorés, tels que des tests rapides pouvant être réalisés sur le lieu de soins et des schémas thérapeutiques plus efficaces, de sorte que les jalons seront plus faciles à atteindre.

Tableau 1. Principaux indicateurs, jalons et cibles mondiaux pour la stratégie de lutte contre la tuberculose pour l'après-2015

Indicateurs et base en 2015	Jalons			Cibles
	2020	2025	2030	2035
<i>Pourcentage de réduction des décès dus à la tuberculose (base prévue pour 2015 : 1,3 million de décès)</i>	35 %	75 %	90 %	95 %
<i>Réduction en pourcentage et en chiffres absolus du taux d'incidence de la tuberculose (base prévue pour 2015 : 110/100 000)</i>	20 % (<85/100 000)	50 % (<55/100 000)	80 % (<20/100 000)	90 % (<10/100 000)
<i>Pourcentage de familles touchées supportant des coûts catastrophiques dus à la tuberculose (base prévue pour 2015 : pas encore disponible)</i>	Zéro	Zéro	Zéro	Zéro

12. Pour continuer à progresser au-delà de 2025 et, d'ici 2035, réduire de 95 % les décès dus à la tuberculose et de 90 % le taux d'incidence (en le faisant passer de 110 cas/100 000 à moins de 10 cas pour 100 000 personnes), des outils supplémentaires devront être disponibles d'ici 2025. Il faudra en particulier disposer d'un nouveau vaccin efficace avant et après l'exposition, de meilleurs produits de diagnostic et de traitements à la fois plus sûrs et plus simples pour l'infection tuberculeuse latente. Conjugués à la couverture sanitaire universelle et à la protection sociale, les outils actuels devraient permettre d'obtenir des résultats remarquables, mais insuffisants pour maintenir le rythme de progression nécessaire pour atteindre les cibles de 2035. Si l'on veut que de nouveaux outils puissent être introduits d'ici 2025, des investissements immédiats, fortement étoffés, devront être consentis dans la recherche-développement. La Figure 2 montre, d'une part, l'accélération de la baisse des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose que devrait permettre d'obtenir l'optimisation des outils actuels associée à des avancées vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale et, d'autre part, l'impact additionnel des nouveaux outils d'ici 2025.

Figure 2. Accélération prévue de la baisse des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose par rapport aux niveaux ciblés



13. Le jalon consistant à ce que plus aucune famille touchée par la tuberculose ne supporte de coûts catastrophiques suppose de réduire au minimum les coûts médicaux directs (par exemple le paiement des consultations, de l'hospitalisation, du dépistage et des médicaments) et indirects (par exemple le coût du transport et les pertes de revenus éventuelles durant les soins). Les malades de la tuberculose et les ménages touchés par la maladie devront avoir accès à des régimes appropriés de protection sociale offrant une couverture ou une compensation des coûts directs non médicaux et des pertes de revenus. Moyennant un soutien politique suffisant, les coûts liés à la tuberculose pourraient être rapidement réduits dans tous les pays, et nombre d'entre eux pourraient ainsi atteindre la cible d'ici 2020.

PRINCIPES DE LA STRATÉGIE

Tutelle des pouvoirs publics et justification de l'action menée, suivi et évaluation

14. Les activités prévues par la stratégie contre la tuberculose intéressent l'ensemble du secteur de la santé et du secteur social et, au-delà, la sphère financière, le monde du travail et le domaine des échanges commerciaux et du développement, entre autres. La responsabilité de tutelle doit être partagée entre tous les échelons de l'État (local, provincial et central). L'administration centrale doit demeurer l'autorité exerçant la plus haute tutelle pour les soins et la prévention, et travailler avec l'ensemble des parties prenantes.

15. Pour que la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015 soit un succès, il faudra que les gouvernements, en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes, s'acquittent efficacement de leurs principales responsabilités de tutelle. Celles-ci consistent à définir le cadre conceptuel et l'orientation générale par l'intermédiaire du programme national de lutte antituberculeuse et du système de santé ; à collecter et utiliser des données pour améliorer progressivement les soins et la prévention ; et à exercer une influence par la réglementation et d'autres moyens pour parvenir aux buts et objectifs énoncés de la stratégie.

16. Pour qu'on puisse justifier de l'action menée, la mise en œuvre de la stratégie doit prévoir un système de suivi et d'évaluation réguliers. Les progrès devront être mesurés à l'aune de cibles et d'indicateurs nationaux ambitieux. Le Tableau 2¹ présente, à titre d'illustration, une liste de grands indicateurs mondiaux qu'il faudrait adopter et adapter à un usage national et pour lesquels des cibles nationales devraient être définies. Ces indicateurs devraient être complétés par ceux jugés nécessaires pour rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de l'ensemble des activités essentielles. Parmi les cibles pertinentes pour tous les pays figurent un taux de guérison d'au moins 85 % et la soumission de 100 % des malades à des tests de sensibilité aux médicaments et de dépistage du VIH.

Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés

17. Les communautés touchées doivent, elles aussi, participer largement aux solutions proposées. Les représentants de la communauté et de la société civile doivent pouvoir contribuer plus activement à la planification et à la conception des programmes, à la prestation de services et au suivi, à l'information et à la formation, au soutien aux patients et à leur famille, à la recherche et à la sensibilisation. Il faut pour cela bâtir une solide coalition rassemblant toutes les parties prenantes. Celle-ci peut aider la population à obtenir des soins de qualité et à exiger des services qui le soient également. Une telle coalition nationale peut également contribuer à ce qu'une action plus résolue soit engagée sur les déterminants de l'épidémie de tuberculose.

Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité

18. Les politiques et les stratégies adoptées pour élaborer l'action globale menée contre la tuberculose à l'échelle nationale, tout comme les activités de soins et de prévention, doivent traiter explicitement la question des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité. L'accès à des soins de qualité contre la tuberculose est un élément important du droit à la santé. La présente stratégie suit une approche fondée sur les droits qui vise à protéger les droits de l'homme et à promouvoir des politiques et des interventions permettant de les faire valoir. Il s'agit notamment de faire participer les personnes et les communautés

¹ Voir page 95.

touchées à la mise en pratique de l'ensemble des piliers et composantes de la stratégie en accordant une attention particulière à certains groupes clés.

19. Concernant la tuberculose, les soins et la prévention posent plusieurs dilemmes d'éthique. Les programmes nationaux de lutte contre la maladie devraient en tenir compte et s'employer à les résoudre en respectant un certain nombre de valeurs. Ces problèmes concernent, par exemple, le conflit existant entre l'intérêt commun – prévenir la transmission de la maladie, et le droit des patients de bénéficier d'un environnement de soins bienveillant ou de refuser le traitement ; l'action à engager face à la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les malades ; la longueur du traitement et les difficultés liées à l'observance ; la nécessité d'assurer un service centré sur le patient tout en maîtrisant le risque d'infection pour les agents de santé ; les soins à proposer en l'absence d'options thérapeutiques efficaces ; et l'établissement des priorités pour la recherche et la mise en œuvre des interventions. Face à ces dilemmes, il faudra s'appuyer sur des principes et des valeurs mondialement reconnus et tenir compte des valeurs et des traditions locales ainsi que des débats entre toutes les parties prenantes.

20. La stratégie vise à promouvoir l'équité en recensant les risques, ainsi que les besoins et les demandes des personnes touchées ; à favoriser l'égalité d'accès aux possibilités de prévention de la transmission, aux services de diagnostic et de traitement, et aux moyens de prévention des répercussions sociales et des coûts économiques catastrophiques. Pour atteindre les cibles et réaliser les buts de la stratégie, le mieux sera de mettre en œuvre une approche fondée sur les droits, de fixer les normes d'éthique les plus strictes et de les respecter dans chaque action, et de veiller à réduire et éliminer progressivement les inégalités.

Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale

21. Aucune stratégie mondiale ne peut s'appliquer de la même manière dans tous les pays ni en leur sein. Il faudra donc adapter la stratégie de lutte antituberculeuse à différents contextes nationaux en se fondant sur un plan stratégique national global. La priorité donnée aux différentes interventions devrait être définie sur la base des contextes, des besoins et des capacités locaux. Il faudra absolument posséder une solide connaissance de l'épidémiologie de la maladie dans le pays (notamment recenser les populations les plus à risque), comprendre le contexte socio-économique dans lequel évoluent les populations vulnérables et connaître la situation du système de santé, y compris les zones mal desservies. Immédiatement après avoir adopté la stratégie mondiale, il faudra l'adapter à la situation nationale et élaborer des orientations claires sur la manière de mettre en œuvre ses différentes composantes, en se fondant sur des données locales lorsque cela est possible.

22. À l'ère de la mondialisation, les maladies comme la tuberculose peuvent se propager partout à la faveur des voyages et des échanges commerciaux internationaux. Les pays devront collaborer étroitement pour combattre efficacement la maladie. Une bonne collaboration entre les pays demande également une coordination et un appui mondiaux afin de garantir la bonne application du Règlement sanitaire international (2005) et la sécurité sanitaire. Les pays d'une même Région peuvent également tirer parti de la collaboration. De plus, les migrations entre les pays et en leur sein créent des problèmes qui appellent une coordination au niveau national et une collaboration transfrontières. La coordination mondiale est également essentielle pour mobiliser des ressources pour les soins et la prévention auprès de différentes sources multilatérales, bilatérales et nationales. Le rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose, qui fait chaque année le point de l'épidémie et de la mise en œuvre des stratégies mondiales, montre et symbolise les avantages d'une étroite collaboration et d'une coordination mondiale.

PREMIER PILIER : SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

23. *Renforcement et extension des principales fonctions des programmes de lutte antituberculeuse.* Le premier pilier recouvre les interventions centrées sur les patients qui sont nécessaires en matière de soins et de prévention. Le programme national de lutte antituberculeuse (ou son équivalent) doit collaborer étroitement, et se coordonner, avec les autres programmes de santé publique, les programmes d'aide sociale, les dispensateurs de soins du secteur public et du secteur privé, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile, les communautés et les associations de patients pour fournir des services de soins et de prévention de qualité, intégrés et centrés sur les patients à l'échelle du système de santé. Le but du premier pilier est d'aider les pays à passer à de nouvelles stratégies et techniques pour offrir l'accès universel aux tests de pharmacosensibilité ; d'élargir les services de prise en charge de la tuberculose pédiatrique ; de fournir des services de proximité supplémentaires aux populations mal desservies et vulnérables ; et d'engager des activités de dépistage systématique et de traitement préventif au bénéfice des groupes à haut risque – tout cela en partenariat avec les parties prenantes. Le recours à des technologies de l'information et de la communication novatrices à des fins sanitaires (cybersanté et santé mobile) serait particulièrement utile pour améliorer la fourniture de soins antituberculeux, y compris la logistique et la surveillance.

Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique chez les sujets-contacts et des groupes à haut risque

24. *Garantir la détection précoce de la tuberculose.* On estime qu'aujourd'hui, à l'échelle mondiale, les deux tiers des cas incidents de tuberculose sont notifiés aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse et signalés ensuite à l'OMS. Pour garantir l'accès universel à un diagnostic précoce et fiable de la tuberculose, il faudra : renforcer et élargir le réseau de services de diagnostic afin de faciliter l'accès aux nouveaux tests moléculaires ; informer et sensibiliser pour inciter les personnes présentant des symptômes de tuberculose à se faire soigner ; faire participer tous les dispensateurs de soins à la prestation de services ; supprimer les obstacles aux soins ; et effectuer un dépistage systématique dans certains groupes à haut risque. Même si la technique de dépistage la plus courante (l'examen microscopique de frottis) est peu coûteuse et offre une bonne spécificité de diagnostic, sa sensibilité est très insuffisante. Il s'ensuit que de nombreux cas ne sont pas dépistés par les services de santé ou ne le sont qu'à un stade avancé de la maladie. Un simple dépistage des symptômes pourrait être insuffisant ; ainsi, pour le diagnostic de la tuberculose bactériologiquement négative, de la tuberculose extrapulmonaire et de la tuberculose pédiatrique, des outils supplémentaires tels que la radiographie thoracique pourraient faciliter l'orientation des patients vers les services spécialisés.

25. *Détecter tous les cas de tuberculose pharmacorésistante.* Le diagnostic de la pharmacorésistance continue de poser des difficultés particulières aux systèmes de laboratoire de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Là où ils sont le plus nécessaires, les moyens de diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante sont limités. Seule une faible part du nombre estimatif de cas présentant cette forme sont confirmés au laboratoire. Si l'on veut progresser encore dans les soins et la lutte, il faut absolument disposer de moyens suffisants pour diagnostiquer tous les cas de tuberculose pharmacorésistante.

26. *Introduire de nouveaux produits de diagnostic à grande échelle.* L'introduction à grande échelle de nouveaux systèmes de diagnostic moléculaire favorisera un diagnostic fiable et précoce de la tuberculose et de la pharmacorésistance. Elle pourrait faciliter le diagnostic des formes moins avancées et le traitement précoce, contribuant ainsi à réduire la transmission et le taux de létalité et à prévenir d'éventuelles séquelles. L'introduction de nouveaux produits de diagnostic moléculaire imposera des changements dans les politiques de diagnostic et la formation à tous les niveaux. La

disponibilité de produits plus sensibles et plus rapides augmentera le nombre de diagnostics corrects. Toutefois, des ressources humaines et financières supplémentaires devront être mobilisées pour faire face aux nouvelles réalités liées à l'augmentation de la charge de travail.

27. *Mettre en place un dépistage systématique de la tuberculose chez les groupes à haut risque.* Bien souvent, la tuberculose n'est pas détectée, en particulier dans les groupes à haut risque. Lorsque l'accès aux services de santé est insuffisant, les délais peuvent être longs avant que la tuberculose ne soit diagnostiquée et le traitement nécessaire mis en route. De plus, aux premiers stades de la maladie, bien des cas de tuberculose évolutive ne présentent pas de symptômes évocateurs. Ils risquent de ne pas consulter suffisamment tôt et de ne pas bénéficier du dépistage. Le recensement des groupes à haut risque et une planification attentive du dépistage systématique de la forme évolutive dans ces populations peuvent améliorer la détection des cas. Une détection précoce aide à réduire les risques de transmission, d'inefficacité des traitements et de séquelles, tout comme les conséquences sociales et économiques défavorables de la maladie. Les contacts des malades (en particulier les enfants âgés de cinq ans ou moins), les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs exposés à la poussière de silice devraient toujours être soumis au dépistage de la tuberculose évolutive. Les autres groupes à risque devraient être recensés et hiérarchisés en vue d'un éventuel dépistage fondé sur l'épidémiologie nationale et locale, les capacités du système de santé, les ressources disponibles et la possibilité pratique d'atteindre les groupes à risque. Toute stratégie de dépistage doit être contrôlée et évaluée de manière continue, pour pouvoir revoir les priorités entre les groupes à risque, adapter les approches de dépistage et interrompre ce dernier s'il le faut. Les stratégies de dépistage doivent suivre les principes d'éthique applicables au dépistage des maladies infectieuses, protéger les droits de l'homme et réduire au minimum les risques de gêne, de douleur, de stigmatisation et de discrimination.

Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes, et soutien aux patients

28. *Traiter toutes les formes de tuberculose pharmacosensible.* La nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose visera à assurer la fourniture de services pour le diagnostic précoce et le traitement approprié de toutes les formes de tuberculose touchant les sujets de tous âges. Les nouvelles politiques intégrant le diagnostic moléculaire contribueront à renforcer la prise en charge de la tuberculose pulmonaire à frottis négatif, de la tuberculose extrapulmonaire et de la tuberculose pédiatrique. Si l'on veut que la baisse du taux de létalité soit suffisante pour atteindre les cibles ambitieuses de réduction de la mortalité par tuberculose, il faudra accorder une attention prioritaire aux principales populations touchées et aux groupes à risque chez qui l'adhésion au traitement ou le succès thérapeutique sont insuffisants.

29. *Traiter tous les cas de tuberculose pharmacorésistante.* La résistance aux médicaments constitue une menace majeure qui entrave les progrès mondiaux en matière de soins et de prévention. À l'échelle mondiale, 4 % environ des nouveaux malades et 20 % environ des patients en retraitement présentent une tuberculose multirésistante. Pour instaurer l'accès universel aux services de traitement de la tuberculose pharmacorésistante, il faudra renforcer rapidement les services de laboratoire et la gestion programmatique. De nouveaux modèles de traitement centrés sur le patient devront être élaborés et adaptés à différents contextes. Les services ambulatoires devraient être préférés à l'hospitalisation, limitée aux cas graves. L'extension des services de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante exigera des politiques audacieuses et des investissements afin d'éliminer les goulets d'étranglement qui font obstacle aux progrès à l'intérieur du système de santé.

30. *Renforcer la capacité de prise en charge des cas de tuberculose pharmacorésistante.* La proportion de cas de tuberculose pharmacorésistante qui guérissent après traitement varie fortement d'un pays à l'autre et s'établissait en moyenne à 48 % en 2012. Les schémas thérapeutiques disponibles aujourd'hui contre cette forme restent insatisfaisants du point de vue de la durée, de

l'innocuité, de l'efficacité et du coût. Pour améliorer l'issue du traitement, il est essentiel de disposer de médicaments plus sûrs, abordables et efficaces propices à des schémas thérapeutiques plus rapides et plus faciles à administrer. Les liens avec les mécanismes de pharmacovigilance existants favoriseront également un usage et une gestion plus sûrs des médicaments. Plusieurs interventions visent à améliorer la qualité de vie des patients tout en favorisant l'observance : prise en charge des réactions et des manifestations indésirables ; accès à des soins palliatifs et de fin de vie complets ; mesures contre la stigmatisation et les discriminations ; et aide et protection sociales. Qui plus est, tous les soignants qui prennent en charge les cas de tuberculose résistante devraient avoir accès à la formation continue en vue d'harmoniser leurs pratiques avec les normes internationales.

31. *Combattre la tuberculose pédiatrique.* Avec, selon les estimations, 500 000 cas et 74 000 décès annuels, la tuberculose constitue une cause importante de morbidité et de mortalité chez l'enfant. Dans les pays où la prévalence de la maladie est élevée, les femmes en âge de procréer supportent également une lourde charge de morbidité. La tuberculose maternelle associée au VIH est un facteur de risque de transmission de la tuberculose au nourrisson ; elle est corrélée à l'accouchement avant terme, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à une mortalité maternelle et infantile plus élevée. Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse doivent systématiquement traiter le problème de la fourniture de soins aux enfants tuberculeux et aux enfants en contact avec les adultes tuberculeux, par exemple en élaborant et en utilisant des médicaments adaptés aux enfants et en mettant en place des mécanismes familiaux pour favoriser l'observance.

32. *Intégrer les soins antituberculeux aux services de santé de la mère et de l'enfant.* La bonne prise en charge de la tuberculose chez l'enfant exigera de mettre au point des tests diagnostiques sensibles et d'un coût abordable ne reposant pas sur les échantillons d'expectorations. Les soins antituberculeux devraient être intégrés aux services de santé de la mère et de l'enfant de façon à fournir des soins complets au niveau communautaire. Une approche familiale intégrée des soins antituberculeux contribuerait à supprimer les obstacles qui en bloquent l'accès, réduirait les retards de diagnostic et améliorerait la prise en charge de la tuberculose chez la femme et chez l'enfant.

33. *Intégrer le soutien aux patients dans la prise en charge de la tuberculose.* Des soins et un soutien centrés sur le patient et tenant compte de ses besoins éducatifs, émotionnels et matériels sont des éléments fondamentaux de la nouvelle stratégie mondiale de lutte antituberculeuse. Les accompagnateurs doivent absolument assurer une supervision bienveillante du traitement, car elle facilite son observance et incite les patients à le mener à terme, ce qui favorise la guérison et empêche le développement de la pharmacorésistance. La supervision doit tenir compte des besoins des patients et du contexte dans lequel ils évoluent. Les activités de supervision et de soutien centrées sur les patients doivent également aider à cerner et à corriger les facteurs pouvant entraîner une interruption de traitement. Elles doivent contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination. Un soutien doit être apporté aux patients dans les établissements de santé, mais aussi au-delà : à leur domicile, dans les familles, sur le lieu de travail et dans les communautés. Le traitement et le soutien doivent se prolonger après la guérison pour traiter toute séquelle éventuelle. Le soutien consiste par exemple à mettre à la disposition des patients des accompagnateurs qu'ils puissent accepter et qui ont été formés par les services de santé ; à assurer l'accès à la protection sociale ; à utiliser les technologies de l'information et de la communication pour fournir des informations aux patients, les éduquer et les motiver ; et à instaurer des mécanismes d'échange d'informations et de données d'expérience entre groupes de patients et groupes de pairs.

Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités

34. *Renforcer la collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH.* Le but général des activités de collaboration VIH/tuberculose est de réduire la charge de la tuberculose et de l'infection à VIH chez les sujets à risque ou les personnes touchées par ces deux maladies. La tuberculose associée au VIH représente environ un quart du total des décès dus à la tuberculose et un quart de l'ensemble des décès dus au sida. La vaste majorité des cas et décès sont enregistrés dans la Région africaine et dans celle de l'Asie du Sud-Est. Tous les tuberculeux vivant avec le VIH devraient recevoir un traitement antirétroviral. On a démontré que la fourniture intégrée de services contre la tuberculose et le VIH augmentait la probabilité qu'un patient tuberculeux reçoive un traitement antirétroviral, diminuait le délai de mise en route du traitement et réduisait la mortalité de presque 40 %.

35. *Intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH.* Fait encourageant, les activités de collaboration VIH/tuberculose se sont intensifiées à l'échelle mondiale. Néanmoins, la couverture globale des services reste faible. De plus, l'ampleur et le rythme des progrès varient fortement d'un pays à l'autre. Des disparités demeurent entre, d'une part, la couverture du dépistage du VIH pour les malades de la tuberculose et, d'autre part, la couverture du traitement antirétroviral, du traitement préventif au cotrimoxazole et de la prévention du VIH. La réduction des retards de diagnostic, l'utilisation des nouveaux outils diagnostiques et la mise en route d'un traitement rapide peuvent améliorer l'évolution de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH. Dans les pays à forte charge, les soins pour la tuberculose et le VIH devraient être plus étroitement intégrés aux services de santé de la mère et de l'enfant et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

36. *Prise en charge conjointe des comorbidités de la tuberculose et des maladies non transmissibles.* Parmi les facteurs de risque de la tuberculose figurent plusieurs maladies non transmissibles et d'autres problèmes de santé, y compris le diabète sucré, la dénutrition, la silicose ainsi que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et la consommation de drogues, et tout un éventail de troubles et de traitements affectant le système immunitaire. Les comorbidités peuvent compliquer la prise en charge de la tuberculose et rendre les traitements inefficaces. De même, la tuberculose peut aggraver d'autres maladies ou compliquer leur prise en charge. Par conséquent, dans le cadre de la prise en charge clinique (qu'elle soit de base ou coordonnée) des personnes chez qui la tuberculose a été diagnostiquée, on recherchera systématiquement les comorbidités. Élaborée par l'OMS, l'approche pratique de la santé respiratoire¹ montre que l'on peut intégrer pleinement les soins antituberculeux à la prise en charge des maladies respiratoires. La situation locale déterminera quelles comorbidités rechercher systématiquement chez les personnes présentant une tuberculose évolutive. Un cadre national de collaboration peut aider à la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles, y compris la tuberculose.

Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

37. *Étendre le traitement préventif des personnes à haut risque.* L'infection tuberculeuse latente est diagnostiquée au moyen d'un test cutané à la tuberculine ou en mesurant la production d'interféron gamma. Néanmoins, ces tests ne permettent pas de prédire quelles personnes développeront une tuberculose évolutive. Le traitement préventif à l'isoniazide est actuellement recommandé pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants de moins de cinq ans en contact avec des malades de la tuberculose. Son efficacité préventive est démontrée, mais il peut entraîner de graves effets secondaires, en particulier chez les personnes âgées. Des études ont été menées sur des schémas d'efficacité similaire et de plus courte durée, mais il faut davantage de données sur leur efficacité et leur innocuité. Des études complémentaires sont également

¹ Documents WHO/HTM/TB/2008.410 et WHO/NMH/CHP/CPM/08.02.

nécessaires pour évaluer l'efficacité et la faisabilité d'un traitement préventif chez d'autres groupes à haut risque, comme les personnes évoluant dans des lieux collectifs (prisons et lieux de travail, par exemple), les soignants, les personnes présentant une conversion récente du test à la tuberculine et les mineurs exposés à la poussière de silice. La prise en charge de l'infection tuberculeuse latente chez les sujets à risque élevé de tuberculose évolutive pourrait être une composante essentielle des efforts d'élimination, en particulier dans les pays à faible incidence.

38. *Continuer la vaccination par le BCG dans les pays à forte prévalence.* La vaccination par le BCG permet de prévenir les formes disséminées de la tuberculose, telles que la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire, qui sont associées à une forte mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant. Toutefois, son efficacité préventive pour la tuberculose pulmonaire, variable d'une population à l'autre, n'est que de 50 % environ. Tant que de nouveaux vaccins plus efficaces ne seront pas disponibles, le vaccin BCG devrait continuer d'être administré peu après la naissance à tous les nourrissons sauf aux personnes VIH-positives vivant dans des zones à forte prévalence de la tuberculose.

DEUXIÈME PILIER : POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

39. *Partage des responsabilités.* Le deuxième pilier recouvre des mesures stratégiques qui permettront de mettre en œuvre les composantes du premier pilier en partageant les responsabilités. Elles seront engagées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et, au-delà, à l'échelle interministérielle et par plusieurs services de l'État. Leur finalité sera de répondre aux besoins médicaux et non médicaux des malades et de contribuer également à la prévention. Il faudra pour cela que le système de santé dispose de ressources suffisantes, soit bien organisé et coordonné, soit placé sous la tutelle des pouvoirs publics et repose sur des politiques et réglementations sanitaires favorables et, plus largement, sur des politiques sociales et de développement. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, leurs partenaires et les responsables de la supervision des programmes doivent collaborer activement pour définir les priorités générales du développement économique et social. De même, les responsables du développement doivent reconnaître que la tuberculose est une préoccupation sociale appelant une attention prioritaire.

40. *Déterminants sociaux de la tuberculose.* Le deuxième pilier comprend également des mesures qui, au-delà du secteur de la santé, peuvent aider à prévenir la tuberculose en agissant sur les déterminants sociaux sous-jacents. Les interventions proposées visent notamment à réduire la pauvreté, à garantir la sécurité alimentaire et à améliorer les conditions de vie et de travail. D'autres ciblent directement les facteurs de risque : lutte antitabac, réduction de l'usage nocif de l'alcool, prévention et prise en charge du diabète. La prévention de la tuberculose nécessitera également que les gouvernements prennent des mesures pour réduire les vulnérabilités et les risques chez les personnes les plus sensibles à la maladie.

41. *Approche pluridisciplinaire et multisectorielle.* La mise en œuvre des composantes du deuxième pilier nécessite une approche pluridisciplinaire et multisectorielle. En seront responsables non seulement les ministères de la santé, mais aussi ceux des finances, du travail, de la protection sociale, du logement, de l'exploitation minière et de l'agriculture. Pour inciter les différents ministères à agir, il faudra que les plus hauts niveaux de l'État s'engagent et jouent leur rôle de tutelle. Cette approche devrait garantir l'affectation de ressources suffisantes et la responsabilisation indispensable pour assurer des soins cliniques optimaux et intégrés ; une protection contre la charge économique catastrophique associée à la maladie ; des interventions sociales destinées à réduire la vulnérabilité à la maladie ; et la protection et la promotion des droits de l'homme.

Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention

42. *Élaborer des plans stratégiques nationaux ambitieux.* Pour intensifier durablement les interventions de soins et de prévention, il faudra mobiliser un engagement politique de haut niveau ainsi que des ressources financières et humaines adéquates. La formation continue et la supervision du personnel sont fondamentales pour assurer durablement ces interventions à bien plus grande échelle. Une coordination centrale sous la tutelle des pouvoirs publics est indispensable. Elle doit tout d'abord permettre d'élaborer un plan stratégique national, intégré au plan national pour le secteur de la santé, en prenant en compte l'épidémiologie de la tuberculose, la structure et les fonctions du système de santé (y compris les systèmes d'achat et d'approvisionnement), la disponibilité des ressources, les politiques réglementaires, les liens avec les services sociaux, les populations migrantes et la collaboration transfrontières, le rôle des communautés, des organisations de la société civile et du secteur privé, et la coordination avec toutes les parties prenantes. Le plan stratégique national doit être à la fois ambitieux et complet et comprendre cinq sous-plans distincts : un plan principal, un plan budgétaire, un plan de suivi et d'évaluation, un plan opérationnel et un plan d'assistance technique.

43. *Mobiliser des ressources adéquates.* L'extension des soins et de la prévention à l'échelle du secteur de la santé et au-delà ne sera possible qu'avec un financement suffisant. Le plan stratégique national doit être accompagné d'un budget adapté précisant clairement les déficits de financement. Une budgétisation correcte devrait faciliter la mobilisation des ressources auprès des différentes sources internationales et nationales et permettre la pleine mise en œuvre du plan. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les ressources actuellement disponibles sont inadaptées ou ne suffisent qu'à financer des plans peu ambitieux. Des efforts concertés doivent être engagés pour mobiliser des ressources additionnelles et financer ainsi des plans stratégiques nationaux réellement ambitieux en augmentant progressivement le financement intérieur.

Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et de tous les dispensateurs de soins publics et privés

44. *Mobiliser les communautés et la société civile.* Toute action résolue pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose imposera de mettre en place des partenariats durables dans l'ensemble du secteur de la santé et du secteur social et entre le secteur de la santé et les communautés. Des membres avertis de la communauté peuvent notifier les cas suspects de tuberculose, les adresser à un professionnel pour diagnostic, leur apporter un soutien durant le traitement et aider à combattre la stigmatisation et la discrimination. Les organisations de la société civile possèdent des capacités particulières dont les programmes de lutte contre la tuberculose pourraient tirer profit. Ces compétences consistent par exemple à nouer un dialogue avec les groupes vulnérables, à mobiliser les communautés, à transmettre des informations, à créer une demande de soins, à élaborer des modèles efficaces de prestation de soins et à agir sur les déterminants de l'épidémie de tuberculose. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devraient nouer des relations avec les organisations de la société civile qui pour le moment ne participent pas aux soins antituberculeux, les encourager à intégrer les soins antituberculeux à assise communautaire dans leurs activités et élargir le réseau de structures de soins et de prévention. La société civile devrait également prendre part à l'élaboration et à la planification des politiques ainsi qu'au suivi périodique de la mise en œuvre des programmes.

45. *Renforcer les approches public-privé et promouvoir les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose.* Dans nombre de pays, les soins antituberculeux sont prodigués par différents dispensateurs de soins privés : pharmaciens, praticiens des secteurs formel et informel, organisations non gouvernementales et confessionnelles, et structures sanitaires d'entreprise. Plusieurs dispensateurs publics ne relevant pas des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose assurent

aussi des soins (grands hôpitaux publics, organismes de sécurité sociale, services de santé pénitentiaires, services de santé militaires, notamment). De nombreux dispensateurs de soins n'ont pas été associés à l'action coordonnée contre la tuberculose, ce qui a contribué à la stagnation de la notification des cas, à des problèmes de prise en charge et à un usage irrationnel des antituberculeux, lequel a favorisé la propagation de la tuberculose pharmacorésistante. Les programmes nationaux de lutte devront renforcer les approches public-privé qui fonctionnent déjà bien dans nombre de pays et qui sont propres à chacun d'entre eux, et une étroite collaboration avec les associations de professionnels de la santé sera nécessaire à cette fin. Les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose (ou « *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose* »), d'autres outils et lignes directrices élaborés par l'OMS, et des systèmes modernes d'information et de communication peuvent être utiles à cet égard.

Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse

46. *Avancer rapidement vers la couverture sanitaire universelle.* La couverture sanitaire universelle, qui désigne la situation dans laquelle chacun peut utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans risquer de difficultés financières pour leur paiement, revêt une importance fondamentale pour des soins et une prévention efficaces contre la tuberculose. Pour l'instaurer, il faut un système adapté, juste et durable de prépaiement des soins de santé, offrant une couverture géographique complète, associé à une réelle assurance qualité des services et à un dispositif de suivi et d'évaluation. Pour la tuberculose, plus particulièrement, cela suppose : a) d'élargir l'accès à l'ensemble des services de qualité recommandés dans la présente stratégie, dans le cadre des services généraux de santé ; b) d'élargir la couverture, y compris pour le coût des consultations et du dépistage, des médicaments et des tests de suivi et pour toutes les dépenses associées à un traitement curatif ou préventif complet ; et c) d'élargir l'accès aux services à tous ceux qui en ont besoin, en particulier les groupes vulnérables qui se heurtent à plus d'obstacles et qui sont le plus gravement touchés.

47. *Renforcer les cadres réglementaires.* Les politiques et cadres réglementaires nationaux sur le financement des soins et l'accès aux soins, la production de qualité garantie et l'utilisation des médicaments et des produits de diagnostic, les services de santé de qualité garantie, la lutte anti-infectieuse, les statistiques d'état civil et les systèmes de surveillance des maladies sont de puissants leviers indispensables pour des soins et une prévention efficaces en matière de tuberculose. Dans les pays à forte charge de tuberculose, ces cadres doivent être d'urgence renforcés et mis en œuvre. La stratégie appelle à des améliorations dans plusieurs domaines, précisés ci-dessous.

48. *Rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose.* De nombreux cas de tuberculose ne sont pas notifiés, en particulier ceux pris en charge par des dispensateurs de soins privés ne relevant pas des programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Cette sous-notification entrave la surveillance de la maladie, les investigations concernant les contacts, la gestion des flambées et la lutte anti-infectieuse. Il est essentiel qu'une loi sur les maladies infectieuses ou un dispositif équivalent existe et soit bien appliqué, et impose, entre autres choses, une obligation de déclaration à tous les soignants.

49. *Veiller à ce que les décès par tuberculose soient enregistrés dans les statistiques d'état civil.* La plupart des pays supportant une forte charge de tuberculose ne possèdent pas de système complet d'enregistrement des faits d'état civil et la qualité des informations sur le nombre de décès par tuberculose est souvent insuffisante. Un bon système d'enregistrement des faits d'état civil doit être en place pour que chaque décès dû à la tuberculose soit correctement enregistré.

50. *Réglementer la production, la qualité et l'utilisation des produits de diagnostic et des médicaments antituberculeux.* Les antituberculeux de mauvaise qualité exposent les patients à des risques importants tandis que la prescription de schémas thérapeutiques irrationnels compromet l'issue du traitement et peut entraîner une pharmacorésistance. De même, l'utilisation de produits de diagnostic mal adaptés (comme les tests sérologiques, par exemple) entraîne des diagnostics erronés. Une réglementation est nécessaire sur l'enregistrement, l'importation et la fabrication de produits médicaux et il faut des ressources pour la faire appliquer. Il faudrait réglementer le subventionnement des produits médicaux et définir quels professionnels de la santé sont autorisés à prescrire et délivrer des médicaments antituberculeux.

51. *Prendre des mesures complètes de lutte anti-infectieuse.* Une réglementation adaptée est nécessaire pour combattre efficacement l'infection dans les services de soins de santé et d'autres lieux où le risque de transmission est élevé. Des mesures gestionnaires, administratives, environnementales et personnelles de lutte anti-infectieuse devraient être intégrées à la législation sur les maladies infectieuses et à la réglementation sur la construction et l'organisation des établissements de santé.

Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

52. *Alléger la charge économique associée à la tuberculose.* Une part importante des malades supportent une charge économique catastrophique associée aux coûts directs et indirects de la maladie et des soins. La tuberculose peut aussi avoir des répercussions sociales : stigmatisation et isolement, interruption des études, perte d'emploi, divorce. Les conséquences négatives s'étendent souvent à la famille des malades. Dès lors, même lorsque le diagnostic et le traitement sont gratuits, des mesures de protection sociale s'imposent pour atténuer la perte de revenus et les coûts non médicaux liés à la mise en place et à la poursuite des soins.

53. *Élargir la couverture de la protection sociale.* Le système de protection sociale devrait couvrir les besoins des malades de la tuberculose en prévoyant, par exemple : a) des mécanismes de compensation pour la charge financière associée à la maladie (par exemple assurance-maladie, pension d'invalidité, prestations sociales, autres transferts monétaires, bons ou colis alimentaires) ; b) une législation pour protéger les malades de la tuberculose de la discrimination, laquelle peut prendre, par exemple, la forme d'une expulsion du lieu de travail, d'un établissement d'enseignement ou de santé, des systèmes de transport ou de son propre logement ; et c) des instruments pour protéger et promouvoir les droits de l'homme, en particulier pour empêcher la stigmatisation et à la discrimination, en accordant une attention particulière à la parité hommes-femmes, à l'appartenance ethnique et à la protection des groupes vulnérables. Ces instruments devraient comprendre un système de renforcement des capacités pour que les communautés touchées puissent exprimer leurs besoins et protéger leurs droits, et demander des comptes à ceux qui portent atteinte à leurs droits fondamentaux ou sont chargés de les défendre.

54. *Combattre la pauvreté et les facteurs de risque connexes.* La pauvreté est un puissant déterminant de la tuberculose. Ainsi, les lieux de vie et de travail surpeuplés et mal ventilés qui lui sont souvent associés sont des facteurs de risque directs de transmission. La dénutrition est également un facteur de risque important pour la forme évolutive. De plus, la pauvreté est corrélée à une mauvaise connaissance générale des questions de santé et à des difficultés pour mettre en pratique ce savoir, d'où découle une exposition à plusieurs facteurs de risque de la tuberculose. La réduction de la pauvreté atténue le risque de transmission et celui de développement de la forme évolutive. Elle concourt également à un meilleur accès aux services de santé et favorise l'observance du traitement.

55. *Appliquer des approches visant à intégrer la santé dans toutes les politiques.* Les soins et la prévention bénéficieront énormément d'approches qui cherchent à agir sur les déterminants des problèmes de santé en intégrant la santé dans toutes les politiques. Il s'agit par exemple :

a) d'appliquer des stratégies globales de réduction de la pauvreté et d'étendre la protection sociale ; b) d'améliorer les conditions de vie et de travail et de réduire l'insécurité alimentaire ; c) de traiter les problèmes de santé des populations migrantes et de renforcer la collaboration transfrontières ; d) de mobiliser différentes parties prenantes, y compris les communautés touchées par la tuberculose, en vue de cerner les déterminants sociaux de la maladie au niveau local ; et e) de prévenir les facteurs de risque directs de la tuberculose, y compris le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et la consommation de drogues, de promouvoir une alimentation saine et de prodiguer des soins cliniques appropriés pour les pathologies qui augmentent le risque de tuberculose (diabète, par exemple).

TROISIÈME PILIER : INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

56. *Investir davantage dans la recherche.* Les progrès dans la lutte antituberculeuse sont entravés par l'absence de nouveaux outils plus efficaces de dépistage, de traitement et de prévention, mais aussi par les faiblesses des systèmes de santé, qui les empêchent de fournir un traitement et un diagnostic optimaux avec les outils existants. Pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, il faudra investir massivement dans l'élaboration de nouveaux outils de diagnostic, de traitement et de prévention et veiller à ce qu'ils soient accessibles et utilisés de manière optimale dans les pays tout en faisant en sorte que les technologies existantes soient mieux et plus largement exploitées. Cela ne sera possible qu'en augmentant les investissements et en mobilisant les partenaires, la communauté des chercheurs et les programmes nationaux de lutte antituberculeuse.

57. *Mener des recherches pour éliminer la tuberculose.* De nouvelles technologies et de nouveaux modèles de prestation de services révolutionnaires sont nécessaires pour éliminer la tuberculose. Cela suppose d'intensifier la recherche – depuis la recherche fondamentale, en vue de stimuler l'innovation pour améliorer les produits de diagnostic, les médicaments et les vaccins, jusqu'à la recherche sur les questions opérationnelles et sur les systèmes de santé, en vue d'améliorer l'efficacité programmatique actuelle et de mettre en place de nouvelles stratégies et interventions reposant sur de nouveaux outils. Une feuille de route internationale pour la recherche sur la tuberculose a été établie pour mettre en exergue la nécessité de relancer et de compléter les efforts dans ce domaine. Elle indique les domaines prioritaires dans lesquels il faudra investir à tous les stades de la recherche et fournit un cadre axé sur les résultats. Il faudra également recenser les efforts déployés dans les différents domaines de recherche, de façon à suivre les progrès accomplis. La recherche pour l'élimination de la tuberculose nécessitera d'adopter une approche pluridimensionnelle, éclairée par les parties prenantes, dont les scientifiques, les experts en santé publique, les gestionnaires des programmes de lutte antituberculeuse, les partenaires financiers, les responsables de l'élaboration des politiques et les représentants de la société civile. Guidée par les besoins cliniques et programmatiques, cette approche devrait non seulement aider à mener une recherche axée sur la santé publique pour l'élaboration de nouveaux outils et stratégies, mais aussi faciliter la bonne intégration de ces derniers dans les programmes actuels. Il est important que la tuberculose devienne un domaine clé des programmes nationaux de recherche en santé.

Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies

58. *Mettre au point un test rapide pour le diagnostic de la tuberculose sur le lieu de soins.* Depuis 2007, plusieurs nouveaux tests et méthodes de diagnostic ont été approuvés par l'OMS : culture en milieu liquide avec spéciation rapide comme étalon de référence pour la confirmation biologique ; hybridation inverse sur bandelette pour le diagnostic rapide de la tuberculose multirésistante ; méthodes de culture et tests de pharmacosensibilité non commerciaux ; microscopes à diode électroluminescente ; et test d'amplification d'acide nucléique pour le diagnostic rapide et simultané de la tuberculose et de la tuberculose résistante à la rifampicine. Cependant, on ne dispose toujours pas d'un test précis et rapide

réalisable sur le lieu de soins. Pour le mettre au point, il faudra investir davantage dans la recherche sur les biomarqueurs et surmonter les difficultés liées à la transformation de technologies de laboratoire sophistiquées en des dispositifs fiables, précis et financièrement abordables à utiliser sur les lieux de soins.

59. *Élaborer de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques pour le traitement de toutes les formes de tuberculose.* Le nombre de nouveaux médicaments en préparation a considérablement augmenté ces 10 dernières années. Près d'une douzaine d'antituberculeux nouveaux ou affectés à un nouvel usage font actuellement l'objet de recherches cliniques. La bédaquiline, premier antituberculeux mis au point depuis des décennies, a été approuvé en 2013 par l'OMS pour le traitement de la tuberculose multirésistante. Un deuxième médicament nouveau, le délamanide, également destiné à traiter la tuberculose multirésistante, est en cours d'examen par l'OMS. De nouveaux schémas thérapeutiques utilisant des médicaments nouveaux ou affectés à un nouvel usage, des adjuvants et des traitements de soutien sont à l'étude et les premiers résultats sont prometteurs. Pour de nouveaux progrès, des investissements s'imposent à la fois dans la recherche et dans le renforcement des capacités nécessaires pour effectuer des essais conformes aux normes internationales et trouver des moyens de réduire la durée des essais de médicaments antituberculeux.

60. *Renforcer la recherche sur la détection et le traitement de l'infection latente.* À l'échelle mondiale, on estime que plus de 2 milliards de personnes sont infectées par *Mycobacterium tuberculosis*, mais seulement 5 % à 15 % des personnes infectées contracteront la forme évolutive au cours de leur vie. Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, il faudra supprimer ce réservoir d'infection. Des recherches sont nécessaires pour développer de nouveaux tests diagnostiques permettant de repérer les sujets présentant une infection tuberculeuse latente chez qui la maladie pourrait se développer. Il faudra aussi mettre au point des stratégies de traitement sûres pour empêcher le développement de la maladie chez les sujets à infection latente, par exemple de nouveaux médicaments ou de nouvelles associations médicamenteuses et différentes interventions pour identifier et atténuer les facteurs de risque d'évolution. De plus amples recherches seront nécessaires pour étudier l'impact et la sécurité de stratégies de prévention ciblées et de masse.

61. *Mettre au point un vaccin efficace contre la tuberculose.* Le vaccin BCG, vieux d'un siècle, confère une protection utile contre les formes graves de tuberculose chez le nourrisson et le jeune enfant, mais son efficacité est limitée contre les autres formes. De nombreux progrès ont été accomplis dans la mise au point de nouveaux vaccins ; on compte aujourd'hui 12 vaccins candidats soumis à essais cliniques. Des travaux de recherche et des investissements supplémentaires sont nécessaires pour relever plusieurs défis scientifiques majeurs et définir les priorités de la recherche vaccinale future. Un vaccin postexposition pour prévenir la maladie chez les sujets à infection latente sera indispensable pour pouvoir éliminer la tuberculose dans un avenir proche.

Recherche en vue d'optimiser la mise en œuvre et l'impact et de promouvoir l'innovation

62. *Investir dans la recherche appliquée.* Les investissements dans la recherche fondamentale doivent être complétés par d'autres dans la recherche appliquée, en vue de faciliter l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre rapides de politiques reposant sur des bases factuelles. Pour obtenir des éléments factuels permettant d'améliorer les stratégies actuelles et d'introduire de nouveaux outils, il faudra mener des recherches visant à mieux comprendre les enjeux et à mettre au point des interventions utiles pour améliorer les politiques, mieux concevoir et exploiter les systèmes de santé et trouver des méthodes plus efficaces de prestation de services. Des travaux sont également nécessaires pour déceler et supprimer les freins à la mise en œuvre des politiques nouvelles et existantes et pour fournir des données en se plaçant dans l'optique des patients et des systèmes de santé.

63. *Utiliser la recherche pour éclairer et améliorer la mise en œuvre.* La plupart des innovations ne peuvent se traduire en interventions locales efficaces sans une planification et une adaptation rigoureuses et des partenariats avec les parties prenantes. Outre la surveillance de routine, une recherche bien planifiée et bien menée est nécessaire pour faire un bilan de la situation épidémiologique et du système de santé aux niveaux national et local des aspects sociocomportementaux en matière de consultation, d'observance du traitement, de stigmatisation et de discrimination, et pour évaluer différents modèles de mise en œuvre.

64. *Créer un environnement favorable à la recherche.* En favorisant une recherche plus efficace et plus pertinente – recherche opérationnelle, recherche sur les systèmes de santé et recherche en sciences sociales –, on contribuera à la mise en œuvre et à l'élaboration de politiques nationales et mondiales. À cette fin, de bons systèmes d'établissement des priorités, de planification et de mise en œuvre de la recherche doivent être en place au niveau des pays. Les indicateurs permettant de mesurer les progrès doivent porter sur les investissements dans les résultats ainsi que dans l'impact des activités de recherche. Un effort concerté, de large portée, est nécessaire pour développer le potentiel de recherche, allouer des ressources appropriées et encourager les parties prenantes à travailler ensemble. Un environnement favorable est nécessaire pour mener des recherches à visée programmatique, traduire les résultats en autant de politiques et pratiques, et permettre ainsi aux programmes de lutte contre la tuberculose de réaliser leur plein potentiel.

ADAPTER ET METTRE EN ŒUVRE LA STRATÉGIE

Établir et entretenir un dialogue stratégique

65. *Faire participer toutes les parties prenantes à l'adoption et à l'adaptation de la stratégie.* Pour adapter et mettre en œuvre la stratégie, la première étape pour les États Membres consisterait à mener de vastes consultations nationales avec un large éventail de parties prenantes, y compris les communautés les plus touchées par la tuberculose, en vue d'examiner la stratégie, de l'adopter et de préparer son adaptation. Une application généralisée ne serait pas appropriée si la stratégie mondiale n'est pas adaptée aux besoins locaux, évalués en fonction de la nature de l'épidémie de tuberculose, du système de santé existant, du programme de développement économique et social et des demandes exprimées par les populations à risque. Il convient en outre de se fonder sur les capacités des systèmes de santé et celles des partenaires.

66. *Utiliser une approche pluridisciplinaire.* Pour que la stratégie soit mise en œuvre efficacement, il faudra que de nombreux acteurs participent sur le mode du partage des responsabilités. Le champ des comités consultatifs actuels sur la tuberculose devra s'étendre au-delà des compétences cliniques, épidémiologiques et de santé publique. Un plus large éventail de capacités devra être mobilisé auprès de la société civile et des domaines de la finance et de la politique de développement, des droits de l'homme, de la protection sociale, de la réglementation, de l'évaluation des technologies de la santé, des sciences sociales et de la communication. Le travail réalisé pour adapter la nouvelle stratégie antituberculeuse mondiale au contexte national pourra venir en complément de la planification stratégique nationale en santé, mais nécessitera des efforts importants.

67. *Se préparer à l'élaboration de nouveaux plans stratégiques.* Les pays suivent différents cycles de planification du développement. Il faudra peut-être modifier les plans stratégiques et opérationnels existants sur la base des nouvelles approches éventuelles. Des plans stratégiques nationaux détaillés sont également essentiels pour mobiliser des financements de sources intérieures et internationales. Lors de l'élaboration de nouveaux plans stratégiques nationaux ou de la modification de ceux existants, il convient de prendre en considération le cadre recommandé par la nouvelle stratégie.

Bilan de la situation épidémiologique et état des lieux du système de santé

68. *Évaluer en détail le contexte épidémiologique et faire un état des lieux du système de santé.* Pour pouvoir adopter la stratégie et se préparer à son adaptation, il faudra d'abord évaluer en détail la situation épidémiologique nationale et faire un état des lieux du système de santé. Correctement réalisé, ce bilan devrait fournir des informations importantes, par exemple : groupes de population les plus touchés ou les plus à risque ; caractéristiques et tendances en fonction de l'âge et du sexe ; prévalence des différentes formes de tuberculose et des principales comorbidités, y compris le VIH, la dénutrition, le diabète, le tabagisme et l'abus d'alcool ; variations notables au niveau infranational et entre les zones urbaines et rurales ; distribution et types de dispensateurs de soins ; systèmes de protection sociale disponibles et couplages actuels et potentiels propices aux soins et à la prévention de la tuberculose.

69. *Collecter et utiliser des données pour dresser un état des lieux plus précis des systèmes.* Les rapports de routine et, dans certains pays, les résultats des enquêtes nationales ou régionales sur la prévalence de la tuberculose peuvent fournir une partie des informations utiles pour évaluer le contexte. Les autres données requises peuvent être recueillies en examinant les évaluations périodiques des programmes nationaux, les évaluations de terrain et les études quantitatives et qualitatives locales. À cette fin, les pays devront renforcer leurs capacités pour mettre en place un système d'information permettant de connaître les caractéristiques de l'épidémie de tuberculose et utiliser correctement les données produites par le système à tous les niveaux.

MESURER LES PROGRÈS ET L'IMPACT

70. Pour la mise en œuvre de chaque composante de la stratégie mondiale, il est essentiel de fixer des cibles et de suivre les progrès. La surveillance devrait être effectuée systématiquement au moyen de méthodes normalisées et en se fondant sur des données de qualité établie. Le Tableau 2 ci-dessous montre quels indicateurs peuvent être utilisés pour suivre les progrès dans la mise en œuvre des différentes composantes et sous-composantes de la stratégie. Les principaux indicateurs de la charge de la maladie sont l'incidence, la prévalence et la mortalité. Compte tenu des cibles globales de la stratégie pour 2035, il faut accorder une attention particulière à l'évolution des tendances de la mortalité et de l'incidence.

71. Les données sur la mortalité sont essentielles pour fixer des priorités entre les interventions de santé publique et évaluer les progrès accomplis en matière de lutte et du point de vue de la santé globale de la population (y compris les inégalités en santé). Un système solide d'enregistrement des faits d'état civil consignait les causes de décès est essentiel pour mesurer les tendances de la mortalité par tuberculose. Les données de ce système peuvent également servir à déterminer pour quels sous-groupes de population le ratio mortalité/notification des cas est plus élevé, ce qui permet de cibler les interventions. La qualité de ces données est contrôlée à l'échelle mondiale par l'OMS¹ et des méthodes statistiques peuvent être utilisées si la couverture est incomplète ou le codage erroné. Les pays possédant déjà des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil doivent garantir que les données sont de qualité suffisante. Ceux qui n'en disposent pas doivent, eux, les mettre en place. De plus en plus de pays optent provisoirement pour des systèmes d'enregistrement par échantillons.

¹ Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Recensement des décès et des causes de décès : une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2005 ; 83(3):171-7.

72. À l'échelle mondiale, on estime que l'incidence recule lentement au taux d'environ 2 % par an. Compte tenu des cibles pour 2025 et 2035, il faudra, après 2015, accorder une grande attention à la mesure de ce rythme de baisse. Dans les pays à haut revenu dotés de systèmes de surveillance de la tuberculose et de systèmes de santé performants, les systèmes de notification des cas rendent compte de la totalité ou presque des cas incidents. Mais, dans les autres pays, les notifications systématiques de cas fournissent des données biaisées du fait du sous-diagnostic (cas non diagnostiqués) et de la sous-notification (cas diagnostiqués par les professionnels de la santé mais non déclarés aux autorités de santé publique). Dans ces pays, les études de recensement et la modélisation capture-recapture peuvent servir à estimer l'incidence de la tuberculose.

73. Pour mesurer correctement les tendances de l'incidence de la tuberculose, il faut renforcer les systèmes de surveillance de la tuberculose de sorte qu'ils couvrent tous les dispensateurs de soins et réduisent le niveau de sous-notification. L'OMS a élaboré une liste type pour la surveillance de la tuberculose (« Standards and benchmarks for tuberculosis surveillance and vital registration systems ») qui sert à évaluer la capacité du système national de surveillance de recenser correctement les cas de tuberculose. Cette liste fixe 10 normes à respecter pour que les données de notification et les statistiques d'état civil soient considérées respectivement comme des mesures directes de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité par tuberculose. Les pays satisfaisant à toutes les normes peuvent être considérés comme ayant un système de surveillance approprié. La liste type de l'OMS devrait être utilisée pour améliorer progressivement la surveillance de la tuberculose, l'objectif ultime étant de mesurer les tendances d'évolution des cas de tuberculose en se fondant directement sur les données de notification de tous les pays.

74. La prévalence est un indicateur très utile de la charge de morbidité tuberculeuse. Elle peut être directement mesurée au moyen d'enquêtes en population.¹ Les enquêtes de prévalence fournissent également des informations utiles pour améliorer les politiques, en particulier celles qui concernent l'accès à la santé et au diagnostic de la tuberculose. Il n'est pas toujours possible de mesurer la prévalence de la tuberculose au moyen d'enquêtes nationales. Les enquêtes nationales de prévalence sont importantes dans les zones à forte charge et seront particulièrement pertinentes et utiles pour mesurer directement l'impact dans les pays qui auront mené une enquête de référence ou de comparaison vers 2015. Le Groupe spécial mondial de l'OMS sur la mesure de l'impact de la tuberculose a fixé des critères pour définir les priorités des enquêtes nationales de prévalence, et il travaille avec les pays et avec les autres partenaires pour soutenir la mise en œuvre et l'analyse des enquêtes. Le groupe spécial suit étroitement la mise en œuvre de l'ensemble des enquêtes pour garantir une comparabilité internationale en utilisant les méthodes et normes recommandées par l'OMS. Il évalue également les progrès accomplis par rapport aux cibles de réduction de la prévalence.

¹ Organisation mondiale de la Santé. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Genève, 2011.
http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook/en/index.html.

Tableau 2. Liste indicative des principaux indicateurs mondiaux de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose pour l'après-2015

COMPOSANTE	INDICATEURS
PREMIER PILIER : SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT	
A. Diagnostic précoce	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de cas suspects de tuberculose ayant subi un test de diagnostic rapide recommandé par l'OMS – Pourcentage de malades de la tuberculose pour qui on dispose de résultats de tests de pharmacosensibilité – Pourcentage de cas indicateurs de tuberculose répondant aux critères dont les contacts ont fait l'objet d'investigations
B. Traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Taux de réussite des traitements antituberculeux – Pourcentage de patients présentant une tuberculose pharmacorésistante qui suivent un traitement de deuxième intention
C. Co-infection VIH/tuberculose et comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de malades de la tuberculose ayant été soumis au dépistage du VIH – Pourcentage de patients séropositifs sous thérapie antirétrovirale
D. Traitement préventif	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et d'enfants âgés de moins de cinq ans répondant aux critères qui sont des contacts de patients traités pour une infection tuberculeuse latente
DEUXIÈME PILIER : POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN	
A. Engagement du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage du budget annuel défini dans les plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse qui est financé
B. Participation des communautés et des dispensateurs de soins	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage des cas de tuberculose diagnostiqués qui ont été notifiés
C. Couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de la population sans dépenses de santé catastrophiques – Pourcentage de pays dotés d'un système certifié de surveillance de la tuberculose
D. Protection sociale, déterminants sociaux	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de familles touchées confrontées à des coûts catastrophiques du fait de la tuberculose – Pourcentage de la population qui ne souffre pas de dénutrition
TROISIÈME PILIER : INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION	
A. Découverte	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage du nombre souhaitable de nouveaux produits de diagnostic, médicaments et vaccins antituberculeux en préparation
B. Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> – Pourcentage de pays qui introduisent à grande échelle de nouveaux produits de diagnostic, médicaments ou vaccins

RÔLE DU SECRÉTARIAT

75. Le Secrétariat, à tous les niveaux de l'Organisation, prêtera son concours aux États Membres pour l'examen, l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre de leurs stratégies de lutte antituberculeuse après 2015 en s'appuyant sur le cadre fourni dans la stratégie. L'OMS exploitera ses avantages comparatifs dans les domaines ci-dessous relevant de ses fonctions essentielles et fera appel à son Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose et à ses organes consultatifs régionaux, ainsi qu'aux organes directeurs de l'Organisation, pour orienter, soutenir et évaluer son action.

76. L'OMS poursuivra son action en matière de politique générale et de fixation de normes en s'appuyant sur les lignes directrices actuelles et futures sur la tuberculose. Le Secrétariat fournira les orientations et les outils stratégiques nécessaires pour adapter la stratégie et la mettre en œuvre dans différents contextes nationaux. Ces outils devront être affinés à la lumière des données supplémentaires obtenues sur les approches efficaces et les bonnes pratiques. Des orientations périodiques seront nécessaires sur l'utilisation des nouveaux produits de diagnostic de la tuberculose, des nouvelles méthodes de test de pharmacosensibilité et des nouveaux schémas thérapeutiques, dès qu'ils seront disponibles. L'OMS œuvrera avec ses partenaires pour les encourager à produire des données supplémentaires et des recommandations de politique générale sur la manière dont les programmes nationaux de lutte antituberculeuse peuvent participer au programme de développement pour agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose.

77. Pour que la stratégie puisse avoir un impact rapide et pour soutenir les États Membres, le Secrétariat s'acquittera de sa fonction essentielle de coordination du soutien technique. Il continuera à cet égard de favoriser la contribution des partenaires aux niveaux mondial, national et local. Le mécanisme d'assistance technique pour la lutte contre la tuberculose (TBTEAM), dirigé par l'OMS, aide à faciliter et à mobiliser le financement de l'assistance technique moyennant des partenariats avec les principaux organismes d'aide au développement. Pour combler les carences techniques des organismes d'aide, il faudra collaborer avec des experts travaillant dans des domaines de la santé mondiale autres que la tuberculose et envoyer davantage de jeunes collaborateurs sur le terrain.

78. L'OMS continuera de renforcer son rôle de tutelle consistant à créer une demande mondiale pour la recherche, à fixer les priorités entre les besoins de recherche sur la tuberculose et à favoriser, avec les partenaires, la bonne réalisation de travaux de recherche utiles pour étayer la stratégie mondiale et nationale et pour élaborer et mettre en œuvre les politiques. Cela supposera de continuer de travailler avec les scientifiques, les épidémiologistes, les experts des sciences sociales, les innovateurs des secteurs public et privé et du monde universitaire, et les populations touchées. Cela signifiera également que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devront travailler avec les partenaires universitaires et les établissements de recherche associés, les partenariats de recherche publics et les partenariats public-privé.

79. L'OMS favorisera la mise en place de partenariats efficaces pour soutenir l'action qu'il est proposé d'engager dans le cadre des trois piliers de la nouvelle stratégie. Ces partenariats visent à aider les États Membres à instaurer l'accès universel aux soins antituberculeux et à la prévention et à atteindre les populations vulnérables et les communautés les plus touchées par l'épidémie de tuberculose dans le monde. L'OMS œuvrera avec le Partenariat Halte à la tuberculose et établira de nouveaux partenariats pour mobiliser un engagement et une innovation productifs pour les éléments de la stratégie qui ne relèvent pas du secteur de la santé.

80. Lorsque la Stratégie Halte à la tuberculose 2006-2015 a été lancée par l'OMS, elle a été rapidement transposée en un plan d'action mondial complet et chiffré par le Partenariat Halte à la tuberculose. De la même manière, s'agissant de la stratégie mondiale pour l'après-2015, l'OMS soutiendra activement l'élaboration, par le Partenariat Halte à la tuberculose, d'un plan d'investissement mondial qui présente les activités à mener et définit les besoins de financement pour atteindre les cibles ambitieuses en franchissant les jalons prévus. L'OMS travaillera en étroite collaboration avec le Partenariat Halte à la tuberculose et contribuera à préparer le plan d'action mondial et le plan d'investissement pour orienter les efforts de soins et de prévention après 2015 en apportant l'aide nécessaire sur les plans stratégique, scientifique et technique.

ANNEXE 2

**TEXTE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR AMENDÉ DE
L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ¹**

[A67/5 – 7 mai 2014]

CONDUITE DES DÉBATS AUX SÉANCES PLÉNIÈRES

Article 48

Des propositions formelles relatives à des points de l'ordre du jour peuvent être présentées jusqu'au premier jour d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et au plus tard deux jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire. Toutes ces propositions sont renvoyées à la commission à laquelle le point en question de l'ordre du jour a été déféré, sauf si le point est examiné directement en séance plénière.

[Article 49 supprimé]

.....

¹ Voir la résolution WHA67.2.

ANNEXE 3

PLAN D'ACTION MONDIAL DE L'OMS RELATIF AU HANDICAP 2014-2021 : UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POUR TOUTES LES PERSONNES HANDICAPÉES^{1,2}

[A67/16 – 4 avril 2014]

1. En mai 2013, dans la résolution WHA66.9 sur le handicap, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a fait siennes les recommandations du *Rapport mondial sur le handicap*.³ Elle a prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres⁴ et d'autres organisations du système des Nations Unies, un plan d'action complet de l'OMS sur la base des données scientifiques figurant dans le *Rapport mondial sur le handicap* et conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 61/106) et au rapport de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs de développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées, « *La voie à suivre : un programme de développement qui tienne compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà* ».

2. Le handicap est universel. Chacun, ou un membre de sa famille, peut souffrir d'un handicap et éprouver des difficultés fonctionnelles à un moment donné de sa vie, surtout à un âge avancé. Suivant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et sa version pour enfants et adolescents, « handicap » est employé ici comme terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation qui représentent les aspects négatifs de l'interaction entre une personne (atteinte d'une affection) et les facteurs contextuels (personnels et environnementaux). Le handicap n'est un phénomène ni purement biologique ni purement social.

3. L'OMS considère le handicap comme un problème de santé publique mondial, une question de droits de l'homme et une priorité de développement. Le handicap est un problème de santé publique mondial car de nombreux obstacles empêchent les personnes handicapées d'accéder, à toutes les étapes de la vie, aux services de santé et services connexes comme la réadaptation, et parce que ces personnes sont en moins bonne santé que le reste de la population. Certaines atteintes peuvent également être un facteur de risque d'autres problèmes de santé, souvent mal pris en charge, comme une plus grande incidence de l'obésité chez les personnes atteintes du syndrome de Down et une plus forte prévalence du diabète ou du cancer de l'intestin chez les schizophrènes. Le handicap est aussi une question de droits de l'homme car les adultes, les adolescents et les enfants handicapés sont stigmatisés et victimes de discrimination et d'inégalités ; les atteintes à leurs droits, notamment leur dignité, sont multiples – actes de violence, maltraitance, préjugés et manque de respect du fait de leur handicap – et ils sont privés d'autonomie. Le handicap est une priorité de développement parce qu'il

¹ Voir la résolution WHA67.7.

² Le terme de « personnes handicapées » englobe ici les enfants et les jeunes. C'est le terme utilisé dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 61/106).

³ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

⁴ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

est plus fréquent dans les pays à bas revenu et parce que le handicap et la pauvreté s'entretiennent mutuellement et forment un cercle vicieux. La pauvreté augmente le risque d'incapacités du fait de la malnutrition, du manque de soins de santé et de la précarité des conditions de vie, de travail et de déplacement. Le handicap peut conduire à une baisse du niveau de vie et à la pauvreté faute d'accès à l'éducation et à l'emploi, et par les dépenses qu'il occasionne.

4. Le plan d'action s'appliquera et devrait profiter à toutes les personnes handicapées, depuis leur naissance jusqu'à leur vieillesse. Le terme de « personnes handicapées » désigne les catégories classiques comme les enfants présentant une paralysie cérébrale à la naissance, les personnes en fauteuil roulant, aveugles, sourdes, qui présentent des déficiences intellectuelles ou des troubles mentaux, mais aussi le vaste groupe des personnes qui éprouvent des difficultés fonctionnelles imputables à des pathologies très diverses telles que maladies non transmissibles, maladies infectieuses, troubles neurologiques, traumatismes et affections résultant du processus de vieillissement. L'article premier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées définit celles-ci comme des personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

5. Si la mission de l'OMS est en grande partie consacrée à la prévention des affections pouvant entraîner décès, morbidité ou handicap, le présent plan vise, lui, à améliorer l'état de santé, le fonctionnement et le bien-être des personnes handicapées. Par conséquent, il n'aborde la prévention que dans la mesure où les personnes handicapées doivent pouvoir accéder comme les autres aux services et aux programmes de prévention. La prévention regroupe toute une gamme de mesures destinées à réduire les risques ou les menaces pour la santé : la promotion de modes de vie sains, par exemple par des conseils pour une bonne nutrition, un exercice physique régulier et l'abstinence tabagique ; la protection contre les maladies, par exemple la vaccination contre les maladies infectieuses ou des pratiques obstétricales sûres ; la détection d'une pathologie secondaire ou d'une comorbidité à un stade précoce, par exemple le dépistage du diabète ou de la dépression ; et la réduction des effets d'une affection, notamment par la prise en charge de la douleur, par des programmes de réadaptation, par l'entraide entre patients ou par l'élimination des difficultés d'accès. Faciliter l'accès des personnes handicapées aux services et aux programmes de prévention pour qu'elles puissent jouir d'une meilleure santé est un axe important, qui est couvert par les objectifs 1 et 2 du plan.

APERÇU DE LA SITUATION MONDIALE

6. On dénombre plus d'un milliard de personnes handicapées dans le monde, ce qui représente 15 % environ de la population mondiale ou une personne sur sept. Sur ce nombre, entre 110 et 190 millions d'adultes éprouvent des difficultés fonctionnelles importantes. On estime que quelque 93 millions d'enfants – un sur 20 chez les moins de 15 ans – souffrent d'un handicap modéré à grave. Le nombre de personnes handicapées va continuer à augmenter du fait du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques partout dans le monde. Les caractéristiques du handicap dans un pays donné dépendent des tendances de la morbidité et de facteurs environnementaux et autres, par exemple les accidents de la route, les chutes, la violence, les situations d'urgence humanitaire comme les catastrophes naturelles et les conflits, une mauvaise hygiène alimentaire et l'abus de substances psychoactives.

7. Les plus touchés par le handicap sont les femmes, les personnes âgées et les pauvres. Les enfants de ménages défavorisés, les enfants des peuples autochtones ou des minorités ethniques sont eux aussi beaucoup plus exposés au risque de handicap. Les femmes et les filles handicapées sont souvent en butte à une « double discrimination » alliant violence sexiste, mauvais traitements et

marginalisation. De ce fait, les femmes handicapées sont souvent plus défavorisées que les hommes handicapés et que les autres femmes. Les autochtones, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les apatrides, les réfugiés, les migrants et les détenus handicapés ont eux aussi difficilement accès aux services. La prévalence du handicap est plus élevée dans les pays à bas revenu que dans les pays à haut revenu. Dans le document final de la réunion de haut niveau sur le handicap et le développement qu'elle a tenue en 2013, l'Assemblée générale des Nations Unies note que, selon les estimations, 80 % des personnes handicapées vivent dans les pays en développement et souligne qu'il faut associer les personnes handicapées à tous les aspects du développement, y compris au programme de développement pour l'après-2015.

8. De manière générale, l'accès aux services est très difficile pour les personnes handicapées, qu'il s'agisse des soins de santé (soins médicaux, thérapies et aides techniques), de l'éducation, de l'emploi ou des services sociaux, parmi lesquels le logement et les transports. Les obstacles que les personnes handicapées rencontrent viennent par exemple de ce que la législation, les politiques et les stratégies ne sont pas adaptées ou tiennent à l'absence de services, à des problèmes de prestation de services, à une méconnaissance de la question du handicap, à des attitudes négatives et discriminatoires, à des problèmes d'accessibilité, au manque de financement et à l'impossibilité, pour ces personnes, de participer aux décisions qui influent directement sur leur vie. Il existe aussi des obstacles spécifiques qui empêchent les personnes handicapées de s'exprimer et de chercher, recueillir et communiquer des informations et des idées sur un pied d'égalité avec les autres et par les moyens de communication de leur choix.

9. Ces obstacles contribuent à faire des personnes handicapées des personnes défavorisées. En particulier dans les pays en développement, les personnes handicapées jouissent d'une moins bonne santé, sont plus pauvres, sont moins instruites, ont moins souvent un emploi, sont moins indépendantes que les autres et leur participation est réduite. Beaucoup de ces obstacles peuvent être levés et la situation défavorisée des personnes handicapées n'est pas inéluctable. Le *Rapport mondial sur le handicap* synthétise les meilleures preuves scientifiques dont on dispose sur les moyens de vaincre les obstacles auxquels les personnes handicapées sont confrontées dans l'accès aux services de santé, de réadaptation, d'aide et de soutien, dans leur environnement (par exemple dans les bâtiments et les transports) et dans les domaines de l'éducation et de l'emploi.

IDÉAL, BUT, OBJECTIFS, PRINCIPES DIRECTEURS ET APPROCHES

10. L'idéal vers lequel tend le plan d'action est un monde où toutes les personnes handicapées ainsi que leurs familles vivent dans la dignité, jouissent de l'égalité des droits et des chances et peuvent réaliser pleinement leur potentiel.

11. Le plan d'action a pour but général de contribuer à garantir à toutes les personnes handicapées un état de santé, un fonctionnement et un bien-être optimaux et le respect de leurs droits fondamentaux.

12. Le plan d'action vise trois objectifs :

- 1) éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et aux programmes de santé ;
- 2) renforcer et étendre les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire ; et
- 3) renforcer la collecte de données sur le handicap qui soient pertinentes et comparables au niveau international et soutenir la recherche sur le handicap et les services qui s'y rapportent.

13. Le plan d'action contribue à l'application de mesures destinées à faire respecter les droits des personnes handicapées, qui sont inscrits dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en particulier dans les articles 9 (Accessibilité), 11 (Situations de risque et situations d'urgence humanitaire), 12 (Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité), 19 (Autonomie de vie et inclusion dans la société), 20 (Mobilité personnelle), 25 (Santé), 26 (Adaptation et réadaptation), 28 (Niveau de vie adéquat et protection sociale), 31 (Statistiques et collecte des données), 32 (Coopération internationale) et 33 (Application et suivi au niveau national). Il concourt aussi à l'application des articles 4 (Obligations générales), 5 (Égalité et non-discrimination), 6 (Femmes handicapées), 7 (Enfants handicapés) et 21 (Liberté d'expression et d'opinion, et accès à l'information). Il propose des mesures pour concrétiser les engagements pris dans le document final que l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté à sa réunion de haut niveau sur le handicap et le développement (New York, 23 septembre 2013) en vue de garantir l'accès des personnes handicapées aux services de santé, y compris aux services d'adaptation et de réadaptation ainsi qu'aux appareils d'assistance, d'améliorer la collecte, l'analyse et le suivi des données sur le handicap, de mieux cerner et faire comprendre la problématique du handicap et de mieux y sensibiliser la société.

14. Le plan d'action contribue aux efforts permanents que fait l'Organisation pour intégrer la question du handicap dans ses programmes, conformément aux résolutions adoptées récemment par l'Assemblée générale des Nations Unies.¹ Il est en harmonie avec le douzième programme général de travail, 2014-2019, et tient compte notamment des nouvelles réalités politiques, économiques, sociales et environnementales ainsi que de l'évolution des priorités de santé. Il complète et accompagne la mise en œuvre d'autres plans et stratégies de l'Organisation, notamment ceux qui portent sur le vieillissement en bonne santé, la santé génésique, la santé de la mère et de l'enfant, les situations d'urgence et les catastrophes, la santé mentale, la cécité et les déficiences visuelles évitables, ou encore les maladies non transmissibles.

15. Le plan d'action repose sur les principes suivants, dont la plupart sont énoncés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées :

- le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- la non-discrimination ;
- la participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;
- le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- l'égalité des chances ;
- l'accessibilité ;

¹ Résolutions 66/288 (L'avenir que nous voulons), 66/229 (Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif s'y rapportant), 66/124 (Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs de développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées), 65/186 (Réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs aux personnes handicapées d'ici 2015 et au-delà), 68/3 (Document final de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées : « La voie à suivre : un programme de développement qui tienne compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà ») et 64/131 (Réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs aux personnes handicapées).

- l'égalité entre hommes et femmes ;
- le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité ;
- le respect continu de la dignité et de la valeur des personnes handicapées à mesure qu'elles vieillissent.

16. Alors qu'elles connaissent mieux que quiconque leur handicap et leur situation, les personnes handicapées ont été exclues du processus de prise de décisions sur les questions qui influencent directement leur existence. Conformément à l'article 4 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, il convient de consulter étroitement et de faire participer ces personnes, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, à tous les stades de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des lois et des services qui les concernent.

17. Le plan d'action est conçu et sera mis en œuvre selon les approches suivantes :

- une approche fondée sur les droits de l'homme, prévoyant notamment l'autonomisation des personnes handicapées ;
- la prise en compte de tous les stades de l'existence et notamment la continuité des soins ;
- la couverture sanitaire universelle ;
- une approche culturellement adaptée et centrée sur la personne ;
- la réadaptation multisectorielle/à base communautaire ;¹
- la conception universelle (voir le paragraphe 29 ci-dessous).

MESURES QU'IL EST PROPOSÉ DE PRENDRE AUX ÉTATS MEMBRES, AUX PARTENAIRES INTERNATIONAUX ET NATIONAUX ET AU SECRÉTARIAT

18. Des mesures spécifiques, indiquant ce qu'il est possible de faire pour atteindre les trois objectifs du plan, sont proposées aux États Membres, aux partenaires internationaux et nationaux et au Secrétariat. Différentes options sont présentées concernant la façon d'appliquer les mesures ; elles correspondent à la contribution des différents acteurs. Les mesures et les contributions sont conçues d'après les solutions éprouvées que présente le *Rapport mondial sur le handicap* pour éliminer les obstacles à l'accès aux services, et sur la base du travail technique que fait le Secrétariat pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. Il est essentiel pour les pays d'adapter leurs mesures au contexte qui est le leur.

19. Comme le handicap est une question qui concerne tous les secteurs et qui implique différents acteurs, la mise en œuvre du plan d'action exigera d'un large ensemble de partenaires internationaux, régionaux et nationaux qu'ils s'engagent avec détermination, mobilisent des ressources et agissent

¹ La réadaptation à base communautaire propose une méthodologie opérationnelle pour respecter les droits de l'homme et réaliser les objectifs de développement au niveau communautaire ; elle suit une approche multisectorielle globale qui permet d'autonomiser les personnes handicapées et leurs familles.

concrètement, et elle nécessitera la création de réseaux régionaux et mondiaux ou leur renforcement. Le rôle prépondérant incombe aux gouvernements nationaux et locaux, mais la participation d'autres acteurs est elle aussi importante, notamment les organisations du système des Nations Unies, les organismes d'aide au développement et les organisations de personnes handicapées ; les prestataires de services, y compris au sein de la société civile et les organisations d'inspiration religieuse ; les instituts universitaires ; le secteur privé ; les communautés ; et les personnes handicapées et leurs familles. Le plan tient compte également du soutien important que les aidants formels et informels apportent aux personnes handicapées et de l'appui particulier dont ils ont besoin pour pouvoir remplir ce rôle.

20. Pour aboutir, le plan devra suivre une approche véritablement multisectorielle qui prévoit des mécanismes pratiques de coordination et de mise en œuvre entre les ministères concernés et les départements chargés de la prestation des services de santé, de réadaptation et autres services apparentés destinés aux personnes handicapées. Les secteurs concernés de l'administration publique sont notamment la santé, les services pour handicapés, la protection sociale, les services sociaux et communautaires, les finances, les infrastructures, les transports, les communications, le travail et l'éducation. Une bonne coordination est cruciale, mais c'est à chaque ministère, département ou organisme qu'il revient au premier chef de faire en sorte que ses principaux domaines d'activité soient accessibles aux personnes handicapées et répondent à leurs besoins.

21. L'un des moyens de faciliter la collaboration multisectorielle est de miser sur la réadaptation à base communautaire. Cette activité est devenue une stratégie multisectorielle qui fournit des indications pratiques sur la façon de relier entre eux les services destinés à la population en général et de développer leur potentiel pour que les personnes handicapées et leurs familles aient accès à l'éducation, à l'emploi, aux services de santé et aux services sociaux et pour qu'elles en tirent profit. La réadaptation à base communautaire passe par l'action conjuguée des personnes handicapées, de leurs familles, de leurs organisations et de leurs communautés, ainsi que celle des services étatiques et non gouvernementaux dans le domaine de la santé et dans les domaines éducatif, professionnel, social et autres. Plus de 90 pays suivent actuellement cette approche pour la réadaptation, l'égalisation des chances, la lutte contre la pauvreté et l'intégration sociale des personnes handicapées.

22. Le plan d'action tient compte de la très grande diversité de contextes et de points de départ des pays et des régions qui cherchent à garantir l'accès des personnes handicapées aux services de santé et à leur offrir des programmes et un soutien particuliers. Le plan définit une structure et donne des orientations, mais il n'offre pas de solution valable dans tous les cas. Les mesures qui permettront d'atteindre les objectifs du plan doivent cadrer avec les obligations, les politiques, les plans et les cibles existants aux niveaux régional et national.

SUIVI DES PROGRÈS ACCOMPLIS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION

23. Les indicateurs de réussite définis pour chaque objectif peuvent être utilisés pour suivre et mesurer les progrès accomplis par rapport au but du plan. Les données de référence et les cibles seront déterminées une fois le plan approuvé. Étant donné que les cibles seront volontaires et mondiales, il n'est pas attendu de chaque État Membre qu'il atteigne toutes les cibles spécifiques, mais qu'il contribue à leur réalisation à des degrés divers. Comme indiqué dans les mesures relevant de l'objectif 3, le Secrétariat donnera des conseils, dispensera une formation et fournira un appui technique aux États Membres qui en feront la demande pour leur permettre de mieux analyser les données sur le handicap et de les utiliser de manière efficace et économique. Il est recommandé de suivre la mise en œuvre du présent plan d'action et d'en rendre compte aux organes directeurs à mi-parcours (2017) et au cours de la dernière année (2021).

OBJECTIF 1 : ÉLIMINER LES OBSTACLES ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET AUX PROGRAMMES DE SANTÉ

24. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La Constitution de l'OMS fait de la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre un droit fondamental de tout être humain. Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Pour promouvoir le droit à la santé, les États Membres doivent créer des conditions dans lesquelles i) chacun peut jouir du meilleur état de santé possible ; et ii) les services de santé sont fournis sur la base du consentement libre et éclairé.

25. Le handicap revêt de multiples formes. Même si certaines affections associées au handicap engendrent des besoins de soins importants et d'autres non, les personnes handicapées ont les mêmes besoins en matière de soins généraux que tout un chacun et doivent donc pouvoir accéder aux services de santé classiques. Les personnes handicapées peuvent être plus vulnérables aux affections secondaires évitables, aux comorbidités et aux états liés au vieillissement, et avoir besoin de services de santé spécialisés. Elles sont parfois soumises à des traitements ou à d'autres mesures de protection sans leur consentement. Des études indiquent également que certains groupes de personnes handicapées sont plus enclins aux comportements à risque tels que le tabagisme, une mauvaise hygiène alimentaire et la sédentarité. Elles risquent davantage d'être victimes de violences que les autres personnes et sont plus exposées au risque de traumatismes résultant d'un accident de la route, de brûlures ou d'une chute. Par exemple, les enfants ont trois ou quatre fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence s'ils sont handicapés. Les enfants souffrant d'une affection mentale ou d'une déficience intellectuelle comptent parmi les plus vulnérables, avec un risque d'être victimes de sévices sexuels 4,6 fois supérieur à celui des enfants non handicapés.

26. Les situations d'urgence ne sont pas seulement à l'origine de handicaps, elles peuvent rendre plus vulnérables encore les personnes handicapées, dont les besoins essentiels et spécifiques sont souvent omis ou ignorés au stade de la gestion des risques associés aux urgences. Souvent, leurs besoins ne sont ni recensés ni pris en compte avant, pendant et après une crise. Les personnes handicapées sont rarement consultées et représentées lors de la conception des politiques et des programmes de gestion des risques associés aux urgences.

27. Une bonne santé permet de participer à tout un éventail d'activités, notamment l'éducation et l'emploi. Or il est attesté que les personnes handicapées, à toutes les étapes de la vie, ne jouissent pas de l'égalité d'accès aux services de santé, ont davantage de besoins non satisfaits en matière de soins et sont en moins bonne santé que le reste de la population. Souvent, les systèmes de santé ne répondent pas adéquatement aux besoins à la fois généraux et particuliers des personnes handicapées en matière de soins. Les personnes handicapées se heurtent à une série d'obstacles comportementaux, physiques et systémiques lorsqu'elles cherchent à se faire soigner. D'après l'enquête sur la santé dans le monde, par rapport au reste de la population, les hommes et femmes handicapés sont deux fois plus nombreux à juger que les installations de santé et les compétences des dispensateurs de soins sont inadéquates, et risquent trois fois plus de se voir refuser des soins et quatre fois plus de subir de mauvais traitements au sein du système de santé. La moitié des personnes handicapées ne peuvent payer les soins dont elles ont besoin ; les personnes handicapées ont une probabilité une fois et demie supérieure à celle des autres personnes de faire face à des dépenses de santé catastrophiques.¹

¹ Lorsque les patients doivent payer des honoraires ou participer aux frais de santé, il arrive que le montant soit si élevé par rapport à leurs revenus que le patient ou le ménage subit une « catastrophe financière ». L'OMS a proposé de considérer les dépenses de santé comme catastrophiques quand elles sont supérieures ou égales à 40 % du revenu dont un ménage dispose une fois ses besoins essentiels couverts.

28. Les obstacles qui empêchent d'accéder aux services de santé sont notamment les obstacles physiques liés à la conception architecturale des établissements de santé, au matériel médical et aux transports ; le manque de connaissances et de compétences des dispensateurs de soins ; les idées fausses quant à la santé des personnes handicapées, qui incitent à croire qu'elles n'ont pas besoin des services et des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ; le manque de respect pour les personnes handicapées ou les attitudes et les comportements négatifs à leur égard ; les difficultés d'accès à l'information et les problèmes de communication ; et le fait que les personnes handicapées sont mal informées sur leur droit d'accès aux services de santé. S'il est vrai qu'en matière d'accès aux soins, les deux sexes sont confrontés à des obstacles, les hommes ont moins tendance que les femmes à estimer qu'ils sont ou que leurs enfants sont suffisamment malades pour avoir besoin de soins et à savoir comment y accéder. Les hommes font aussi état de plus grandes difficultés d'accès au financement des soins de santé.

29. L'article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées entérine leur droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. L'article 9 (Accessibilité) présente les mesures à prendre pour assurer aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication (y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication), et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, aussi bien par des acteurs étatiques que non étatiques, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures comprennent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité, en ce qui concerne les bâtiments, la voirie, les transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs (y compris les installations médicales) et les services d'information, de communication et autres services (y compris les services électroniques et les services d'urgence). Étant donné la diversité des usagers des services de santé, le principe de conception universelle est important pour concevoir des produits, des équipements, des programmes et des services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale.

30. On réduira les disparités en santé en veillant à ce que les personnes handicapées soient mieux prises en compte à tous les niveaux du système de santé et en rendant les programmes de santé publique (dont les programmes pour un mode de vie sain, qui incitent à avoir une meilleure alimentation et à faire de l'exercice physique) accessibles aux personnes handicapées, à toutes les étapes de la vie. Étant donné la multitude de facteurs qui limitent l'accès des personnes handicapées aux soins de santé, il faut agir dans toutes les composantes du système de santé, y compris pour améliorer la gouvernance, mieux informer, mieux sensibiliser et recueillir davantage de données au sein des ministères de la santé et des ministères connexes, afin qu'ils accordent plus d'importance à la question du handicap et améliorent l'accès aux services. Il est recommandé de maintenir des socles nationaux de protection sociale¹ comportant des garanties élémentaires de sécurité sociale pour assurer l'accès universel à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale. Les politiques de santé nationales doivent explicitement reconnaître que certains groupes de personnes handicapées sont confrontés à des inégalités en santé ; cette reconnaissance sera un pas décisif pour réduire les disparités en santé et pour promouvoir la collaboration et une approche coordonnée entre les dispensateurs de soins de santé. La réadaptation à base communautaire est une stratégie importante pour mieux coordonner les services de santé, en garantir et en améliorer l'accès, notamment dans les zones rurales et éloignées.

¹ Recommandation de l'Organisation internationale du travail concernant les socles nationaux de protection sociale, 2012 (N° 202) : recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale, adoptée le 14 juin 2012.

31. L'apport des personnes handicapées est indispensable si l'on veut éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé, car ce sont elles qui se heurtent à ces barrières et qui les connaissent le mieux. Il importe de veiller à ce que l'information sanitaire soit diffusée sous une forme accessible et à ce que les modes de communication soient adaptés aux besoins des personnes handicapées (langue des signes, par exemple). Certaines personnes handicapées auront aussi besoin d'un soutien pour faire valoir leur droit à la santé et l'égalité d'accès aux services de santé.

OBJECTIF 1 : ÉLIMINER LES OBSTACLES ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET AUX PROGRAMMES DE SANTÉ		
Indicateurs de réussite	Moyens de vérification	Preuves de réussite
<p>1.1 X % des pays ont des politiques de santé nationales indiquant expressément que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible</p> <p>1.2 X % des pays interdisent aux assurances-maladie toute discrimination fondée sur un handicap préexistant</p> <p>1.3 Proportion de personnes handicapées qui ont accès aux services de santé dont elles ont besoin</p> <p>1.4 X % de ménages au sein desquels des personnes handicapées font face à des dépenses catastrophiques par paiement direct des services de santé</p>	<p>Collecte de données par enquêtes auprès des informateurs clés au sein des ministères de la santé et de la société civile/des organisations de personnes handicapées, organisées par le Secrétariat pour obtenir une base de référence, puis au bout de 5 et 10 ans</p> <p>Enquête modèle sur le handicap (voir l'objectif 3) et autres enquêtes nationales sur le handicap et la santé menées dans le cadre du suivi et de la méthode de mesure de la couverture sanitaire universelle</p>	<p>Existence d'une politique de santé conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées</p> <p>Couverture sanitaire universelle qui englobe les personnes handicapées</p>

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 1	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
<p>1.1 Élaborer des lois, des politiques, des stratégies et des plans et/ou les réformer pour qu'ils concordent avec les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revoir et réviser les politiques existantes en éliminant les dispositions discriminatoires pour faciliter l'accès et la participation des personnes handicapées dans le secteur de la santé et d'autres secteurs Mobiliser le secteur de la santé pour qu'il contribue à l'élaboration d'une stratégie nationale multisectorielle concernant le handicap, doublée d'un plan d'action, qui définit clairement les axes de responsabilité et qui prévoit des mécanismes de coordination, de suivi et de notification Fournir un appui au secteur de la santé pour suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques de santé et veiller au respect des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un appui technique ; élaborer des lignes directrices qui aident à renforcer les systèmes de santé en tenant compte de la question du handicap, dans l'optique de la couverture sanitaire universelle Fournir un appui technique et renforcer la capacité qu'ont les ministères de la santé et les autres secteurs concernés d'élaborer et d'appliquer des lois, des politiques, des stratégies et des plans et de suivre leur mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> Multiplier les possibilités d'échanger des informations sur les politiques propres à promouvoir la santé des personnes handicapées Participation des organismes nationaux concernés, y compris des organisations de personnes handicapées et d'autres entités de la société civile, à la réforme des lois, des politiques, des stratégies et des plans portant sur la santé et le handicap

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 1	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les services de santé centrés sur la personne et la participation active des hommes, des femmes, des garçons et des filles handicapés et des organisations qui les représentent tout au long du processus 		
<p>1.2 Assurer un leadership et une gouvernance de la santé qui tiennent compte de la question du handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner des points focaux chargés de la question du handicap dans les ministères de la santé et dresser des plans d'action internes qui favorisent l'intégration et l'accès aux services de santé classiques • Veiller à la participation du secteur de la santé aux organismes nationaux de coordination dans le domaine du handicap • Veiller à la participation des organisations de personnes handicapées à l'élaboration des politiques de santé et aux processus d'assurance de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui aux États Membres désireux de développer leur aptitude au leadership ; mettre au point et dispenser un module de formation sur la prise en compte de la question du handicap dans le secteur de la santé • Dans le cadre des initiatives existantes ou apparentées, organiser des ateliers régionaux sur la couverture sanitaire universelle et l'équité à l'intention du personnel des ministères de la santé, des responsables politiques et des représentants d'organisations de personnes handicapées, en s'appuyant sur l'expérience des pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui aux ministères de la santé désireux de développer leur aptitude au leadership pour faire en sorte que les services de santé prennent en compte les personnes handicapées (article 32 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées) • Renforcer la capacité des organisations de personnes handicapées de participer effectivement à la gouvernance des services de santé
<p>1.3 Éliminer les obstacles au financement et à l'accessibilité économique en faisant des choix et en prenant des mesures qui permettent aux personnes handicapées d'obtenir les soins dont elles ont besoin sans paiements directs excessifs ni dépenses catastrophiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter des ressources suffisantes à la réalisation des volets santé de la stratégie et du plan d'action nationaux relatifs au handicap • Faire en sorte que les régimes nationaux de financement des soins de santé prévoient des forfaits minimaux ainsi que des mesures de lutte contre la pauvreté et de protection sociale qui ciblent les besoins des personnes handicapées et y répondent, et faire en sorte que les personnes handicapées soient informées de l'existence de ces régimes de financement • Réduire ou supprimer les paiements directs à la charge des personnes handicapées qui n'ont pas les moyens de financer les soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique aux États Membres désireux de mettre en place des mesures de financement de la santé qui rendent les services plus accessibles et plus abordables 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique et financier aux États Membres pour faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux services de soins de santé classiques • Donner des conseils aux États Membres sur les moyens d'établir et de maintenir des socles nationaux de protection sociale • Aider les personnes handicapées à accéder à l'information sur les options concernant le financement des soins de santé

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 1	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des approches multisectorielles pour couvrir les frais indirects qu'occasionne l'accès aux soins (transports, par exemple) • S'il existe des régimes d'assurance-maladie privés, veiller à ce qu'ils soient abordables et accessibles pour les personnes handicapées 		
<p>1.4 Éliminer les obstacles à la prestation de services (y compris les obstacles à l'accès physique, les problèmes d'information, de communication et de coordination) dans tous les programmes de soins, y compris les programmes de santé sexuelle et génésique, les initiatives de promotion de la santé et autres initiatives de santé publique s'adressant à la population</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter des normes nationales d'accessibilité (conformément aux principes de conception universelle) et veiller à ce que les installations de santé classiques y soient conformes • Prévoir un large éventail d'aménagements raisonnables pour éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux services de santé classiques, notamment l'adaptation structurelle des locaux, un matériel de conception universelle, l'adaptation des systèmes de rendez-vous, des modèles différents de prestation de services et la communication d'informations sous une forme adaptée – langue des signes, braille, gros caractères, Easy Read et informations graphiques • Favoriser les mécanismes permettant de mieux assurer la continuité des soins pour les personnes handicapées, à toutes les étapes de la vie, notamment : planification du retour à domicile, travail en équipe multidisciplinaire, mise en place de circuits d'orientation-recours et répertoires des services • Promouvoir et rendre plus facilement accessibles les initiatives de santé publique générales qui visent à promouvoir et protéger la santé au niveau national ou local • Favoriser l'intégration des systèmes d'orientation-recours dans les activités des programmes de réadaptation à base communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à repérer les obstacles qui entravent l'accès à certains services en fournissant l'appui technique nécessaire pour recueillir des données ventilées en fonction du handicap sur l'utilisation des services • Établir une documentation de référence sur les questions d'accessibilité pour les établissements de santé • Donner des conseils techniques pour faciliter la prise en compte des personnes handicapées dans les politiques, les stratégies et les programmes de santé publique • Promouvoir le renforcement des capacités des programmes de réadaptation à base communautaire, surtout dans les domaines liés à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les groupes de consommateurs à évaluer l'accessibilité et à recenser les obstacles qui peuvent empêcher les personnes handicapées d'accéder aux services de santé • Financer des programmes pilotes visant à mettre en lumière les avantages que présente l'intégration des personnes handicapées • Permettre aux personnes handicapées d'optimiser leur santé grâce à l'information, à la formation et à l'entraide • Concourir à l'élaboration de programmes de réadaptation à base communautaire

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 1	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
<p>1.5 Remédier aux problèmes spécifiques de qualité des soins que rencontrent les personnes handicapées, concernant notamment les connaissances, l'attitude et les pratiques des agents de santé, et la participation des personnes handicapées aux décisions qui les concernent directement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Par une communication ciblée et des campagnes dans les médias sociaux conçues avec les organisations de personnes handicapées, contribuer à ce que les personnes handicapées soient mieux acceptées, mieux comprises et mieux perçues • Renforcer l'enseignement et la formation en encourageant et en facilitant la prise en compte de la question du handicap dans les programmes d'études de niveau licence et dans la formation continue des prestataires de services concernés 	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux faire comprendre pourquoi et combien il est important d'intégrer les questions de handicap (y compris de droits) dans les programmes d'études de médecine et de soins infirmiers et dans d'autres programmes d'enseignement qui touchent à la santé • Concevoir des programmes d'études modèles sur le handicap pour le personnel de santé et le personnel des services d'adaptation et de réadaptation • Fournir un appui technique aux États Membres désireux d'appliquer les programmes d'études modèles sur le handicap et la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un enseignement sur la santé et les droits des personnes handicapées dans les programmes d'études de niveau licence et de formation continue de tous les agents de santé • Faire en sorte que, lorsque l'occasion s'en présente, l'enseignement ou la formation soient assurés par des personnes handicapées • Dispenser une formation et offrir un soutien aux agents communautaires et aux aidants informels qui aident les personnes handicapées à accéder aux services de santé • Offrir la possibilité aux personnes handicapées d'acquérir des compétences utiles pour défendre leur propre cause et surmonter les problèmes spécifiques qui les empêchent d'accéder aux services de santé
<p>1.6 Répondre aux besoins particuliers des personnes handicapées dans tous les aspects de la gestion des risques associés aux urgences sanitaires – prévention, préparation, intervention et redressement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la question du handicap dans les politiques, les évaluations, les plans et les programmes de gestion des risques associés aux urgences sanitaires • Prévoir des mesures de gestion des risques associés aux urgences dans les politiques, les services et les programmes portant sur le handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils et un appui techniques qui rendent plus apte à prendre en compte la question du handicap dans la gestion des risques associés aux urgences sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les cadres et les dispositifs mondiaux, régionaux et nationaux multisectoriels portant sur les politiques de santé, prendre en compte la question du handicap dans la gestion des risques associés aux urgences • Prendre en compte la question du handicap dans les évaluations des risques et prendre des dispositions en faveur des personnes handicapées dans les services de santé assurés lors des opérations d'urgence et de redressement

OBJECTIF 2 : RENFORCER ET ÉTENDRE LES SERVICES D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION, D'AIDE TECHNIQUE, D'AIDE ET DE SOUTIEN, ET LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE

32. Toutes les personnes handicapées n'ont pas recours aux services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, et à la réadaptation à base communautaire, mais beaucoup d'entre elles en ont besoin. L'accès à différents services et technologies est souvent une condition nécessaire pour que les personnes handicapées puissent se rendre au travail, participer à la vie de la communauté et accéder aux soins de santé, et pour que les enfants et adolescents handicapés puissent aller à l'école. Ces services visent surtout à permettre à l'individu de participer et d'être inclus dans la communauté.

33. L'article 26 (Adaptation et réadaptation) de la Convention relative aux droits des personnes handicapées souligne la nécessité pour les États Parties de prendre des mesures appropriées pour organiser, renforcer et développer des services et programmes d'adaptation et de réadaptation dans les domaines de la santé, de l'emploi, de l'éducation et des services sociaux. Il est également stipulé à l'article 26 que les États Parties favorisent l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation. En outre, au titre de l'article 4 (Obligations générales), de l'article 20 (Mobilité personnelle) et de l'article 32 (Coopération internationale), les États Parties et la communauté internationale sont appelés à investir pour faciliter l'accès à des aides techniques de bonne qualité, par exemple en faisant en sorte que leur coût soit abordable.

34. L'adaptation et la réadaptation peuvent limiter les conséquences de nombreux problèmes de santé (comme les maladies et les traumatismes). Ces deux stratégies sont définies dans le *Rapport mondial sur le handicap* comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement ». Englobant les soins médicaux, les thérapies et les aides techniques, ces mesures devraient commencer le plus tôt possible et être disponibles aussi près que possible du lieu d'habitation des personnes handicapées.

35. Les aides techniques évoluent rapidement ; elles comprennent tout instrument, appareil, équipement ou produit, acheté dans le commerce, modifié ou personnalisé, qui sert à accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles d'une personne handicapée. Les aides techniques incluent les aides optiques, les aides auditives, les systèmes de communication améliorée et alternative, les déambulateurs, les fauteuils roulants et les prothèses, telles que les jambes artificielles. Ce domaine englobe aussi les technologies de l'information et de la communication comme les ordinateurs, les logiciels de lecture à l'écran et les téléphones personnalisés. Les aides techniques jouent un rôle important en ce qu'elles permettent aux personnes handicapées de fonctionner et de participer aux activités.

36. Les services d'aide et de soutien permettent aux personnes handicapées d'effectuer les activités de la vie quotidienne et de participer à leur communauté. Ces services, souvent fournis par les membres de la famille et les réseaux sociaux, ainsi que par les aidants formels, comprennent l'aide personnelle, les services pour une vie autonome, les services de relève, l'interprétation en langue des signes, le soutien à l'emploi et à l'éducation, et l'information et les conseils.

37. Les programmes de réadaptation à base communautaire peuvent fournir des services de réadaptation, des aides techniques et des services de soutien dans les pays aux ressources limitées et donner des moyens d'agir aux personnes handicapées et à leurs familles. Les lignes directrices de

l'OMS sur le sujet suggèrent des moyens pratiques pour relier entre eux les services destinés à la population générale, en renforcer le potentiel et faciliter l'accès aux services spécifiques.¹

38. Les investissements dans l'adaptation et la réadaptation et dans la fourniture d'aides techniques sont profitables parce qu'ils renforcent les capacités humaines et peuvent aider les personnes ayant des limitations fonctionnelles à rester ou à retourner chez elles ou dans leur communauté, à mener une vie autonome et à faire des études, à travailler et à participer à la vie civique. Ces investissements peuvent en outre réduire le besoin de services de soutien formel ainsi que la charge physique pour les aidants et le temps qu'ils consacrent à leur tâche.

39. Il n'existe pas de données mondiales sur les besoins en matière de services d'adaptation, de réadaptation, d'aides techniques, d'aide et de soutien, ou sur le type et la qualité des mesures appliquées, ni d'estimations des besoins non satisfaits. Mais les données à l'échelon national révèlent d'importantes lacunes dans la fourniture des services et l'accès à ces services dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Les données de quatre pays d'Afrique australe, par exemple, ont montré que 26 % à 55 % seulement des personnes bénéficiaient de la réadaptation médicale qui leur était nécessaire. La production d'aides auditives couvre actuellement moins de 10 % des besoins dans le monde, et l'on répond à moins de 3 % des besoins en aides auditives dans les pays en développement chaque année. Les besoins en matière de services peuvent être aggravés par des facteurs environnementaux comme les catastrophes et les conflits.

40. Il existe des obstacles importants à la fourniture de services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, y compris le manque de hiérarchisation ; l'absence de politiques et de plans ; les coûts élevés et l'absence ou l'inadéquation des mécanismes de financement ; l'insuffisance des effectifs de professionnels qualifiés ; l'absence d'installations et d'équipements ; et l'inefficacité des modèles de services et le manque d'intégration et de décentralisation des services (par exemple fourniture des services d'adaptation et de réadaptation dans le cadre des soins de santé primaires et secondaires). Les principaux centres d'adaptation et de réadaptation sont généralement situés dans les zones urbaines et, souvent, même les services thérapeutiques de base ne sont pas disponibles dans les zones rurales. Se déplacer pour accéder aux services d'adaptation et de réadaptation secondaires ou tertiaires peut être coûteux et prendre beaucoup de temps, et les transports publics ne sont souvent pas adaptés aux personnes à mobilité réduite. Les femmes peuvent être confrontées à des difficultés supplémentaires pour se rendre dans un service de soins. Le manque de travaux de recherche et de données sur les besoins, les besoins non satisfaits, le type et la qualité des services fournis, les coûts et les bienfaits limite également le développement de services d'adaptation et de réadaptation efficaces. Enfin, les personnes handicapées ne sont pas suffisamment consultées, ni suffisamment impliquées dans la prestation de services d'adaptation et de réadaptation.

41. L'adaptation et la réadaptation sont des activités intersectorielles qui peuvent être assurées par des professionnels de santé avec la coopération de spécialistes de l'éducation, de l'emploi, de la protection sociale et d'autres domaines. Lorsque les ressources sont limitées, ces services peuvent être fournis par des non-spécialistes, comme des agents communautaires, secondant la famille, les amis et les associations locales. Bien que les ministères de la santé jouent un rôle central pour ce qui est de garantir l'accès à des services appropriés, de qualité, dispensés en temps utile et à un coût abordable, il est important de reconnaître et d'organiser les liens avec d'autres ministères, notamment avec le ministère de la protection sociale (qui peut fournir des appareils d'assistance ou des subventions pour les services et les équipements), celui de l'emploi (pour la réadaptation professionnelle) et celui de l'éducation (pour la formation du personnel). Les entités non gouvernementales, y compris les organisations confessionnelles et les entreprises privées, contribuent souvent beaucoup à la fourniture

¹ Réadaptation à base communautaire – Guide de RBC. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

de services d'adaptation et de réadaptation. Les gouvernements ont un rôle important à jouer pour déterminer les mécanismes par lesquels ces services peuvent être coordonnés et réglementés entre les secteurs et les partenaires.

42. L'adaptation et la réadaptation sont des activités volontaires, toutefois certaines personnes peuvent avoir besoin d'une assistance pour le choix d'un traitement. Dans tous les cas, les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire devraient donner des moyens d'agir aux personnes handicapées et à leurs familles. La participation active des personnes handicapées et des familles ayant un enfant handicapé, et la prise de décisions par elles, sont essentielles pour le succès des services d'adaptation, de réadaptation, d'aide et de soutien.

OBJECTIF 2 : RENFORCER ET ÉTENDRE LES SERVICES D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION, D'AIDE TECHNIQUE, D'AIDE ET DE SOUTIEN, ET LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE		
Indicateurs de réussite	Moyens de vérification	Preuves de réussite
<p>2.1 X % des pays ont des politiques nationales sur les services d'adaptation et de réadaptation et sur les services ou programmes communautaires en faveur des personnes handicapées</p> <p>2.2 Nombre de diplômés d'établissements d'enseignement pour 10 000 habitants – par niveau d'études et par discipline (par exemple rééducation physique, physiothérapie, ergothérapie, et prothèses et orthèses)</p> <p>2.3 Proportion de la population couverte par les services de réadaptation à base communautaire ou d'autres services communautaires</p> <p>2.4 Proportion de personnes handicapées qui reçoivent les aides techniques dont elles ont besoin (par exemple aides auditives, aides optiques, prothèses et/ou orthèses)</p>	<p>Utilisation de la Classification internationale type des professions, et d'enquêtes réalisées par les organisations professionnelles</p> <p>Collecte de données par enquêtes auprès des informateurs clés au sein des ministères de la santé et de la société civile/des organisations de personnes handicapées, organisées par le Secrétariat pour obtenir une base de référence, puis d'autres données au bout de 5 et 10 ans (indicateur 2.3)</p> <p>Utilisation d'enquêtes sur le handicap telles que l'enquête modèle de l'OMS sur le handicap (indicateur 2.4)</p>	<p>Existence d'une législation, d'une politique et d'une réglementation en matière de services d'adaptation, de réadaptation et de services communautaires, compatibles avec les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées</p>

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 2	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
<p>2.1 Assurer un leadership et une gouvernance pour l'élaboration et le renforcement des politiques, stratégies et plans sur les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, de soutien et d'aide, et sur la réadaptation communautaire et les stratégies connexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser les lois, politiques, normes et mécanismes de réglementation sur les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, de soutien et d'aide communautaires, et sur la réadaptation communautaire et les stratégies connexes Effectuer une analyse de la situation pour guider les politiques et la planification 	<ul style="list-style-type: none"> Donner des conseils techniques ; arrêter définitivement et diffuser des lignes directrices sur la réadaptation dans le domaine de la santé qui reposent sur des bases factuelles Fournir des conseils techniques et un appui pour renforcer les capacités au sein des ministères de la santé et d'autres secteurs compétents, en vue de l'élaboration, de l'application et du suivi des lois, des politiques, des stratégies et des plans 	<ul style="list-style-type: none"> Participer directement à l'élaboration des politiques, stratégies et plans Apporter une contribution technique et un appui aux pays qui mettent en place ou étendent des services d'adaptation et de réadaptation

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 2	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser à l'adaptation et à la réadaptation et concevoir des mécanismes pour la planification, la coordination et le financement du secteur à l'échelle nationale 	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir des manifestations régionales sur l'élaboration et/ou le renforcement des plans d'action régionaux sur la réadaptation Fournir un appui pour que soient effectuées des analyses de la situation nationale et régionale dont les résultats puissent être utilisés lors de la conception de plans visant à renforcer la prestation de services 	
<p>2.2 Affecter des ressources financières suffisantes pour garantir la fourniture d'aides techniques et de services d'adaptation et de réadaptation appropriés</p>	<p>Mettre au point ou promouvoir des mécanismes de financement pour élargir l'accès aux services d'adaptation, de réadaptation et d'aide technique d'un coût abordable et pour étendre la couverture par ces services.</p> <p>En fonction des circonstances propres à chaque pays, ces mécanismes pourraient combiner les options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> financement public en faveur des personnes handicapées, en particulier celles qui ne peuvent pas payer, la priorité étant donnée aux éléments d'adaptation et de réadaptation essentiels, y compris les aides techniques promotion de l'accès équitable à la réadaptation au moyen de la couverture par l'assurance-maladie et l'assurance sociale réaffectation et redistribution des ressources existantes fourniture d'un appui au travers de la coopération internationale, par exemple pendant les crises humanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec d'autres organismes compétents, fournir aux ministères de la santé, aux autres secteurs concernés et aux parties prenantes, des conseils reposant sur des bases factuelles au sujet des mécanismes de financement appropriés pour la réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> Prôner un leadership national pour l'augmentation des ressources affectées à la réadaptation Apporter un soutien financier au travers de la coopération internationale, y compris pendant les crises humanitaires
<p>2.3 Mettre en place des effectifs pérennes pour l'adaptation et la réadaptation dans le cadre d'une stratégie sanitaire plus vaste</p>	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux concernant la santé, l'adaptation et la réadaptation pour augmenter les effectifs et les capacités du personnel des deux sexes affecté à la réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir aux ministères de la santé, aux autres secteurs concernés et aux parties prenantes des conseils reposant sur des bases factuelles au sujet du recrutement, de la formation et de la fidélisation du personnel chargé de la réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> Fixer des normes en matière de formation des différents types et niveaux de personnel spécialisé en réadaptation

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 2	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les conditions de travail, la rémunération et les perspectives de carrière afin d'attirer et de fidéliser le personnel des services d'adaptation et de réadaptation • Fixer des normes nationales en matière de formation des différents types et niveaux de personnel chargé de l'adaptation et de la réadaptation, qui permettent le perfectionnement professionnel et la formation continue à tous les niveaux • Former le personnel de santé à dépister les handicaps à un stade précoce et à orienter les personnes qui peuvent bénéficier de services d'adaptation, de réadaptation, d'aide et de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui technique pour aider les ministères de la santé, les autres secteurs concernés et les parties prenantes à renforcer les capacités des formateurs et à élaborer des normes en matière de formation • Concevoir un module de formation en ligne sur la réadaptation à base communautaire pour renforcer la formation du personnel, en particulier au niveau de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités de formation conformément aux plans nationaux concernant la santé, l'adaptation et la réadaptation • Appliquer des mesures pour améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel spécialisé en adaptation et en réadaptation, notamment dans les zones rurales et reculées • Former des agents de santé non spécialisés aux aspects du handicap, de l'adaptation et de la réadaptation présentant un lien avec leurs rôles et responsabilités
<p>2.4 Développer et renforcer les services d'adaptation et de réadaptation en les intégrant aux niveaux primaire (y compris communautaire), secondaire et tertiaire du système de santé aux fins de la continuité des soins, et en garantissant un accès équitable à ces services, y compris les services d'intervention à un stade précoce pour les enfants handicapés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir les programmes et services d'adaptation et de réadaptation existants et apporter les changements nécessaires pour en améliorer la couverture, l'efficacité et l'efficience • Intégrer les services d'adaptation et de réadaptation aux infrastructures sanitaires, sociales et éducatives existantes • Utiliser la réadaptation à base communautaire comme stratégie pour compléter et renforcer la prestation de services d'adaptation et de réadaptation, notamment dans les pays où il existe peu de services • Établir des mécanismes pour une coordination efficace entre les différents prestataires de services d'adaptation et de réadaptation et les différents niveaux du système de santé • Travailler avec divers partenaires pour garantir que des services destinés aux enfants handicapés sont disponibles et coordonnés entre les organismes responsables 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui aux pays désireux d'intégrer les services d'adaptation et de réadaptation dans le système de santé en mettant l'accent sur la décentralisation des services au niveau primaire/communautaire • Concevoir des outils et des modules de formation appropriés pour développer et renforcer les services d'adaptation et de réadaptation, y compris pour les enfants • Donner des conseils techniques aux pays qui veulent développer ou renforcer les programmes de réadaptation à base communautaire • Soutenir la création d'une base de données mondiale sur la réadaptation à base communautaire indiquant où les programmes sont mis en œuvre et mettre en place un réseau mondial connexe pour fournir l'information, la formation et l'appui nécessaires aux programmes recensés dans la base de données 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les ministères de la santé pour élargir et renforcer la prestation de services d'adaptation et de réadaptation conformément aux plans nationaux • Promouvoir la réadaptation à base communautaire comme une stratégie efficace pour soutenir les personnes handicapées et faciliter leur accès aux services de réadaptation • Fournir un appui technique et financier pour assurer la prestation de programmes de qualité en matière de réadaptation à base communautaire, et pour entretenir les réseaux existants aux niveaux mondial, régional et national

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 2	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
			<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les partenaires concernés pour établir et rationaliser les systèmes d'orientation-recours, afin que les personnes handicapées, aient accès, à toutes les étapes de la vie, aux modes de prestation de services dont elles ont besoin à chaque niveau du système de santé
<p>2.5 Mettre à disposition des aides techniques appropriées, sûres, de bonne qualité et d'un prix abordable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure la fourniture d'aides techniques dans les politiques, stratégies et plans en matière de santé, d'adaptation, de réadaptation et dans d'autres secteurs concernés, avec le soutien budgétaire nécessaire • Concevoir divers mécanismes et programmes de financement, tels que des systèmes de location • Définir des normes relatives à la fourniture d'aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et diffuser des recommandations reposant sur des bases factuelles en ce qui concerne la fourniture et l'utilisation d'aides techniques • Fournir un appui technique aux États Membres pour augmenter leur capacité de développer et de renforcer la fourniture et l'utilisation d'aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique et financier aux États Membres pour augmenter leur capacité de développer et de renforcer la fourniture d'aides techniques
<p>2.6 Faciliter l'accès à une gamme de services d'aide et de soutien et favoriser l'autonomie et la pleine intégration dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'élaboration de plans qui renforcent les services d'aide et de soutien à base communautaire, y compris en prévoyant des ressources humaines et financières suffisantes quand les établissements ferment • Renforcer les systèmes d'orientation-recours entre les services d'adaptation et de réadaptation et les services d'aide et de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la conception et la mise en œuvre de cadres stratégiques appropriés et fournir des conseils techniques à cette fin 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur de l'élaboration de cadres stratégiques pour assurer la bonne prestation de services d'aide et de soutien • Encourager le leadership national s'agissant de déterminer et d'obtenir les ressources techniques et financières nécessaires pour les services d'aide et de soutien • Apporter une contribution/un appui technique pour faire en sorte que les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou leurs aidants informels aient accès aux services de soutien communautaire

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 2	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
<p>2.7 Faire participer les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou leurs aidants informels, les soutenir et renforcer leurs capacités pour favoriser l'autonomie et la pleine intégration dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou leurs aidants informels dans tous les aspects du développement et du renforcement des services d'adaptation, de réadaptation, d'aide et de soutien • Collaborer avec d'autres secteurs que celui de la santé pour garantir qu'un soutien approprié est fourni aux aidants informels, qui sont en majorité des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire mieux connaître et comprendre les droits des personnes handicapées et le rôle des familles et/ou des aidants informels • Entretenir et renforcer les partenariats avec les organisations et les associations représentant les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou les aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour que l'on intègre les personnes handicapées et les membres de leur famille et/ou leurs aidants dans tous les aspects du développement et du renforcement des services d'adaptation et de réadaptation • Mettre en avant l'importance des aidants informels dans la vie des personnes handicapées et la nécessité de promouvoir leur santé et leur bien-être

OBJECTIF 3 : RENFORCER LA COLLECTE DE DONNÉES SUR LE HANDICAP QUI SOIENT PERTINENTES ET COMPARABLES AU NIVEAU INTERNATIONAL ET SOUTENIR LA RECHERCHE SUR LE HANDICAP ET LES SERVICES QUI S'Y RAPPORTENT

43. Des données et des travaux de recherche de qualité sur le handicap sont indispensables pour étayer les politiques et les programmes, ainsi que pour une attribution judicieuse des ressources. Ils sont également importants pour mieux comprendre la problématique du handicap et les moyens de lever les obstacles et de faire en sorte que les personnes handicapées puissent participer et contribuer à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

44. Cependant, on manque de données et de travaux de recherche rigoureux et comparables sur le handicap et les systèmes de soins de santé à l'échelle nationale et mondiale. Des données sont recueillies sur la mortalité, mais en ce qui concerne le fonctionnement et le handicap, les données pertinentes au regard des politiques font défaut. Les systèmes nationaux de collecte de données, qui peuvent inclure les recensements, les enquêtes en population et les registres de données administratives, ne rassemblent pas souvent de données sur le handicap. Les personnes handicapées sont fréquemment exclues des tests qui visent à fonder scientifiquement les résultats d'une intervention de santé. L'absence de données factuelles constitue un obstacle important à la prise de décisions, ce qui a une incidence sur l'accès aux soins de santé généraux et aux services spécialisés pour les personnes handicapées.

45. Les données nécessaires au renforcement des systèmes de santé incluent : le nombre de personnes handicapées et leur état de santé ; les obstacles sociaux et environnementaux, y compris la discrimination ; l'aptitude des systèmes de santé à répondre aux attentes des personnes handicapées ; l'utilisation des services de soins de santé par les personnes handicapées ; et l'ampleur des besoins en soins, satisfaits et non satisfaits.

46. Au niveau international, des méthodes de collecte de données sur le handicap doivent être mises au point, testées dans différentes cultures et appliquées de manière cohérente. Des outils sont nécessaires pour ventiler les données relatives aux personnes handicapées. Les données doivent être

normalisées et comparables à l'échelle internationale, pour permettre de mesurer et de suivre les progrès nationaux et internationaux des politiques sur le handicap et de la mise en œuvre des principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Au niveau national, il faudrait intégrer le handicap dans la collecte des données et celles-ci devraient être analysées et utilisées pour les politiques et la planification. Des définitions du handicap, sur la base de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et sa version pour enfants et adolescents, peuvent permettre la production de données comparables à l'échelon international. L'inclusion d'un module sur le handicap dans les enquêtes par sondage existantes peut être un moyen à la fois efficace et économique de produire des données sur les personnes handicapées. Des enquêtes spécifiques, comme l'enquête modèle sur le handicap élaborée actuellement par le Secrétariat, devraient fournir des informations générales sur les caractéristiques du handicap, comme la prévalence, les affections liées au handicap, l'utilisation et le besoin de services, la qualité de vie, les opportunités et les besoins en adaptation et réadaptation, informations qui présentent un intérêt pour l'élaboration des politiques. Il importe de ventiler ces données également par sexe, âge, revenu ou profession pour dégager des caractéristiques, des tendances et rassembler d'autres informations sur des sous-groupes de personnes handicapées. La collecte de données administratives peut fournir des informations spécifiques concernant les personnes qui recourent à des services, les types de services, ainsi que le nombre et le coût de ces derniers.

47. Les domaines prioritaires de la recherche liée à la santé devraient être sélectionnés en fonction du contexte national et peuvent comprendre : la mesure du handicap et ses déterminants ; le repérage des obstacles aux soins de santé, à l'adaptation, à la réadaptation et à l'obtention d'aides techniques, et les stratégies pour surmonter les obstacles ; les facteurs de réussite des interventions de promotion de la santé pour les personnes handicapées ; la prévention des affections secondaires ; la détection précoce des problèmes de santé et l'orientation des patients dans le cadre des soins de santé primaires ; le lien entre besoins en matière d'adaptation et de réadaptation, utilisation des services, résultats sanitaires obtenus (fonctionnement et qualité de vie), et les coûts ; les modèles de prestation de services, les stratégies de développement des ressources humaines et les modalités de financement ; et le rapport coût/efficacité des mesures de réadaptation, y compris les programmes de réadaptation à base communautaire. La recherche sur le handicap devrait inclure les personnes handicapées et il faudrait élaborer des programmes de recherche avec la participation active de ces personnes ou des organisations qui les représentent.

OBJECTIF 3 : RENFORCER LA COLLECTE DE DONNÉES SUR LE HANDICAP QUI SOIENT PERTINENTES ET COMPARABLES AU NIVEAU INTERNATIONAL ET SOUTENIR LA RECHERCHE SUR LE HANDICAP ET LES SERVICES QUI S'Y RAPPORTENT		
Indicateurs de réussite	Moyens de vérification	Preuves de réussite
3.1 X % des pays ont rassemblé des informations générales ¹ sur le handicap	Mesures prises par le gouvernement	Nombre de pays dotés d'un outil de surveillance valide et fiable, fournissant des données sur la santé et la situation sociale des personnes handicapées qui soient comparables au niveau international
3.2 X % des pays octroient des subventions en faveur de la recherche sur le handicap	Rapports nationaux des ministères de la santé et de l'éducation, des centres d'excellence ou des organismes universitaires du pays	Fréquence de la collecte de données ventilées, réalisée ou non au cours des cinq dernières années Programmes de financement de la recherche, le cas échéant, qui prévoient des ressources pour la recherche sur le handicap

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 3	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
3.1 Améliorer la collecte de données sur le handicap en élaborant et en réalisant une enquête modèle sur le handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer des outils valides et fiables, conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, pour permettre et améliorer la collecte de données sur le handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des outils reposant sur des bases factuelles, y compris une enquête modèle sur le handicap, pour faciliter et renforcer la collecte de données sur le handicap • Formuler des recommandations sur la participation des personnes handicapées à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation des données sur le handicap • Fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer les capacités de collecte, d'analyse et d'utilisation de données sur le handicap en mettant au point et en assurant des programmes de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique et financier au Secrétariat afin d'aider à concevoir des outils de collecte de données sur le handicap • Fournir un appui technique et financier aux États Membres pour améliorer leur capacité de collecte de données sur le handicap

¹ Définies comme couvrant l'ensemble des domaines de fonctionnement (déficiences concernant la structure et les fonctions corporelles, les activités et la participation), les affections connexes et les facteurs environnementaux. Il est à noter que la plupart des initiatives de collecte de données sur le handicap depuis 2000 n'ont pas pris en compte les facteurs environnementaux ; 55 pays ont recueilli des données pour tous les autres domaines. Une autre option serait de concevoir un indice (par exemple un point pour chaque domaine de fonctionnement, les affections connexes et les facteurs environnementaux, avec un maximum de cinq points).

MESURES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF 3	Contributions qu'il est proposé aux États Membres d'apporter	Contributions du Secrétariat	Contributions qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux d'apporter
<p>3.2 Réformer les systèmes nationaux de collecte de données, y compris les systèmes d'information sanitaire, pour y inclure systématiquement les données sur le handicap ventilées par âge et sexe, sur la base de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure le handicap dans les systèmes nationaux de collecte de données et fournir des données ventilées par âge et par sexe • Renforcer la collecte des données sur le handicap issues de l'administration et des services, y compris grâce à l'enregistrement par les systèmes de santé de données ventilées par âge et par sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils techniques aux États Membres qui entreprennent de développer et/ou réformer les systèmes nationaux de collecte de données, y compris les systèmes d'information sanitaire, pour renforcer le volet du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique et financier aux États Membres qui développent et/ou réforment les systèmes nationaux de collecte de données afin de renforcer le volet du handicap
<p>3.3 Renforcer la recherche sur les questions de handicap prioritaires en mettant particulièrement l'accent sur les principaux objectifs du présent plan d'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les organismes de financement de la recherche pour faire du handicap une question prioritaire • Soutenir la recherche sur les questions de handicap prioritaires (par exemple besoins de services et besoins non satisfaits en la matière, obstacles à la prestation de services, et résultats sanitaires et réadaptation) en veillant à la diffusion des conclusions des travaux et à leur utilisation dans l'élaboration des politiques et la planification 	<ul style="list-style-type: none"> • À l'intention des États Membres et des partenaires, élaborer, publier et diffuser des lignes directrices reposant sur des bases factuelles sur les questions de handicap prioritaires (par exemple suivi et évaluation de la réadaptation à base communautaire) • Collaborer avec des partenaires dans le domaine de la recherche pour organiser des travaux sur les questions de handicap prioritaires (par exemple handicap lié aux maladies non transmissibles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un soutien aux États Membres et au Secrétariat pour la conduite de travaux de recherche sur les questions de handicap prioritaires
<p>3.4 Renforcer et développer les capacités des ressources humaines dans le domaine de la recherche sur le handicap, dans diverses disciplines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à renforcer et à développer les capacités des ressources humaines (personnes handicapées comprises) dans le domaine de la recherche sur le handicap • Collaborer avec les principaux établissements d'enseignement et de formation (nationaux et internationaux) pour renforcer et développer les capacités des ressources humaines dans le domaine de la recherche sur le handicap • Garantir que les personnes handicapées ont accès à la formation nécessaire pour devenir des chercheurs et influencer les programmes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les États Membres et les principaux partenaires nationaux et internationaux afin d'élaborer des stratégies pour renforcer et développer les capacités des ressources humaines dans le domaine de la recherche sur le handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un appui technique et financier aux États Membres et à la société civile pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à renforcer et à développer les capacités des ressources humaines dans le domaine de la recherche sur le handicap • Offrir des possibilités d'apprentissage et de recherche en créant des liens entre les universités des pays à faible revenu et celles des pays à revenu intermédiaire ou élevé

ANNEXE 4

PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ

Chaque nouveau-né : Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables¹

[A67/21 et A67/21 Corr.1 – 2 mai et 13 mai 2014]

1. Des progrès remarquables ont été accomplis ces dernières décennies dans la réduction du nombre de décès d'enfants de par le monde, mais la baisse du taux de mortalité néonatale a été plus lente, alors même qu'une grande partie des décès de nouveau-nés pourraient être évités. Les possibilités d'améliorer la santé du nouveau-né n'ont jamais été aussi nombreuses qu'aujourd'hui où l'on sait bien mieux quels sont les interventions et les modes de prestation de services efficaces, et les approches permettant d'augmenter plus rapidement la couverture et d'améliorer la qualité des soins. Dernièrement, beaucoup de gouvernements et de partenaires ont renouvelé leur engagement de sauver la vie des nouveau-nés, donnant suite à la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et à l'initiative connexe « Chaque femme, chaque enfant », ainsi qu'aux recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant² et de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.³ De cette dynamique découle une initiative multipartite proposant à la communauté sanitaire mondiale d'élaborer un plan d'action mondial.

ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

2. Le Plan d'action « Chaque nouveau-né » a été élaboré en tenant compte des avis des experts et des partenaires, sous la conduite de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que des résultats de plusieurs consultations multipartites tenues dans le cadre de différents forums mondiaux et régionaux.

3. Un processus de concertation avec les États Membres s'en est suivi, au sujet notamment des buts et des mesures proposés pour les cinq orientations stratégiques du Plan d'action et des cibles dont ils sont assortis, lors d'une réunion mondiale et de deux réunions régionales des parties prenantes. Un avant-projet de plan d'action a été affiché sur le site Web de l'OMS en décembre 2013 pour que les États Membres et les autres parties prenantes puissent l'examiner avant la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif. À cette session, le Conseil exécutif a pris note du processus envisagé pour achever de mettre au point le projet de plan d'action.⁴

¹ Voir la résolution WHA67.10. Ci-après dénommé « Plan d'action Chaque nouveau-né ».

² Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

³ United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. *Commissioners' report*. September 2012. New York: United Nations, 2012.

⁴ Voir le document EB134/2014/REC/2, summary records of the Executive Board at its 134th session, fourth meeting, section 4, et seventh meeting (document EB134/2014/REC/2).

4. Une consultation en ligne a ensuite été organisée, comme indiqué dans le document EB134/17 Add.1. Une note verbale a été envoyée aux États Membres le 4 février 2014 pour leur expliquer le processus et les inviter à donner leur avis. De plus, des informations à propos de la consultation en ligne ont été diffusées à travers les médias et les réseaux sociaux traitant de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, afin de recueillir le plus de réactions possible.

5. Le 28 février 2014, date marquant la fin de la consultation, plus de 300 communications avaient été reçues : 43 provenaient d'acteurs étatiques, 23 d'associations professionnelles, 102 d'organisations non gouvernementales et le restant, de nombreux particuliers. Le Secrétariat a tenu compte de ces observations pour réviser le projet de plan d'action.

6. Le Plan d'action « Chaque nouveau-né » définit des objectifs et des mesures clairs à l'intention des États Membres et des autres parties prenantes. Il propose également des indicateurs pour mesurer à la fois la progression de la mise en œuvre et l'impact du Plan d'action.

CONTEXTE

7. Le nombre de décès d'enfants a nettement diminué ces dernières décennies, en grande partie grâce aux interventions destinées à réduire la mortalité après le premier mois de vie. Dans l'ensemble du monde, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a chuté de près de 50 % (passant de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012), mais la mortalité néonatale n'a baissé que de 37 % dans le même intervalle (passant de 33 décès pour 1000 naissances vivantes à 21 décès pour 1000 naissances vivantes) et représentait 44 % de la mortalité totale de l'enfant en 2012.¹

8. Bon nombre de décès de nouveau-nés peuvent être évités si les mesures prévues dans le présent Plan sont appliquées et si les buts et les cibles qu'il fixe sont atteints. Le Plan repose sur les données attestant l'efficacité des mesures envisagées. Il part du principe que la survie des nouveau-nés est un marqueur sensible de l'action du système de santé en faveur des personnes les plus vulnérables et il invite tous les acteurs concernés à améliorer la qualité des soins et à en faciliter l'accès aux femmes et aux nouveau-nés, sans solution de continuité entre le stade préconceptionnel, la grossesse, l'enfance et l'adolescence.

9. L'idéal vers lequel tend le Plan d'action est un monde sans décès néonataux ni mortinaissances évitables, où toutes les grossesses sont désirées, où chaque naissance est une joie, où les femmes, les bébés et les enfants survivent, prospèrent et réalisent tout leur potentiel. Pour que cet idéal devienne réalité, le plan fixe à l'horizon 2035 des objectifs stratégiques, des buts en matière de mortalité et des cibles concernant la couverture et la qualité des soins, avec des échéances intermédiaires en 2020, 2025 et 2030. Les buts en matière de mortalité sont liés à la couverture visée des femmes et des enfants par des soins de qualité pendant la période qui entoure la naissance, par les soins aux nouveau-nés malades et de petite taille et les soins postnatals. Le Plan d'action définit un schéma d'impact, des étapes (appendice 1) et des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis (appendice 2).

10. Élaboré dans le cadre de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », le plan vise à intensifier et à faciliter la planification et l'application coordonnées et globales de mesures ciblant spécialement les nouveau-nés dans le contexte des stratégies et des plans d'action nationaux se rapportant à la santé

¹ UNICEF, OMS, Banque mondiale, Organisation des Nations Unies. *Levels and trends in child mortality: report 2013*. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013.

génésique et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Le but est d'instaurer dans tous les pays une couverture équitable des femmes et des nouveau-nés par des soins de grande qualité comprenant soins essentiels, soins spécialisés et soins d'urgence, moyennant des passerelles avec d'autres plans mondiaux et nationaux et un système de mesure et de responsabilisation.

11. Le plan est principalement axé sur la survie et la santé du nouveau-né et sur la prévention des mortinaissances. Comme ces cibles ne figuraient pas parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, on leur a consacré moins d'attention et d'investissements, ce qui explique que la mortalité ait diminué plus lentement.

12. Les mortinaissances, la survie et la santé des nouveau-nés sont intrinsèquement liées à la survie, à la santé et à l'état nutritionnel des femmes avant la conception, pendant la gestation et entre les grossesses. La période où le risque de morbidité et de mortalité est le plus grand pour la femme et l'enfant correspond aux heures qui précèdent la naissance ainsi qu'aux heures et aux jours qui suivent la naissance. C'est la raison pour laquelle le Plan d'action insiste sur la nécessité d'assister chaque femme et chaque nouveau-né au moment où ils sont les plus vulnérables : pendant le travail, l'accouchement et les premiers jours qui suivent la naissance. C'est en intervenant pendant cette période décisive qu'on a le plus de chances de mettre fin aux mortinaissances, aux décès néonataux et aux décès maternels évitables, le retour sur investissement étant triplé. Le plan s'inscrit dans le cadre de l'initiative visant plus largement à mettre fin aux décès maternels et néonataux évitables ; un plan d'action global pour la santé maternelle est également nécessaire pour fixer des lignes directrices concernant les soins à prodiguer avant la conception et pendant la grossesse.

13. Le Plan d'action a été établi en étroite concertation avec les parties prenantes : plus de 300 commentaires officiels ont été reçus à propos du projet mis en ligne sur le site Web de l'OMS en février 2014. Le plan tient compte de toutes ces contributions, des conclusions d'une analyse des obstacles à une application plus généralisée des interventions qui améliorent la santé du nouveau-né, d'une analyse épidémiologique exhaustive et d'un bilan des éléments attestant l'efficacité des interventions proposées.

ENGAGEMENTS EXISTANTS

14. L'exécution du plan renforcera les engagements existants, comme la promesse faite dans le cadre de l'initiative Family Planning 2020, « S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée »¹ (qui appelle à mettre fin aux décès évitables chez les enfants), et les engagements résolus pris aux niveaux régional et mondial pour mettre un terme aux décès maternels évitables. Compte tenu de la forte proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans qui surviennent pendant la période néonatale et du lien étroit entre mortalité maternelle et mortalité néonatale, ces engagements ne seront pas honorés si l'on ne fait pas un effort particulier pour réduire la mortalité néonatale et la mortinatalité. Le plan s'appuie sur d'autres plans d'action mondiaux et établit des passerelles avec eux, par exemple les plans concernant la nutrition, les vaccins, le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, l'eau et l'assainissement, et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du tétanos néonatal. Il tient compte aussi des différents calendriers fixés dans ces plans pour la réalisation de leurs cibles et de leurs objectifs.

¹ Voir *Committing to child survival: a promise renewed – progress report 2013*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013.

15. Beaucoup de gouvernements et de partenaires ont renouvelé leur engagement de sauver la vie des femmes et des nouveau-nés, donnant suite à la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant (lancée en 2010) et à l'initiative connexe « Chaque femme, chaque enfant », ainsi qu'aux recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant¹ et de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.² Partant du constat que les progrès en matière de santé du nouveau-né sont plus lents que ceux réalisés dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, le Plan d'action donne une impulsion à la Stratégie mondiale et va dans le sens de l'appel lancé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.31, intitulée « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants », qui invitait à investir des ressources et à intensifier l'action menée au niveau national pour assurer la continuité des soins dans les domaines de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ces initiatives soulignent aussi que la santé des femmes et des enfants relève des droits de l'homme.

16. D'après les estimations du Cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant,³ un investissement supplémentaire de US \$5 par personne et par an pour assurer la gamme complète des soins de santé génésique et des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant aurait un rendement de 900 % en retombées sociales et économiques dans les pays les plus touchés.

17. En 2011, dans la résolution WHA64.12 sur le rôle de l'OMS dans le suivi de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010), l'Assemblée de la Santé a exprimé sa profonde préoccupation devant la lenteur et la disparité des progrès accomplis par rapport aux objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Dans la résolution WHA64.13, intitulée « Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale », l'Assemblée de la Santé a noté que, s'agissant de réduire la mortalité périnatale et néonatale, la situation stagnait, et elle a prié le Directeur général de promouvoir des plans ciblés pour élargir l'accès à des services de santé sûrs et de grande qualité qui soient en mesure de prévenir et de traiter les affections périnatales et néonatales. Le Plan d'action répond à cette demande et fait suite également aux décisions prises par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle.

DROITS

18. Aux termes des articles 6 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, tout nouveau-né a un droit inhérent à la vie, à la survie et au développement, et le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. La notion d'obligation juridique est renforcée dans l'Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible,⁴ qui stipule que les États ont l'obligation de réduire la mortalité infantile et qu'une attention particulière doit être accordée à la mortalité néonatale.

¹ Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

² United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. *Commissioners' report*. September 2012. New York, United Nations, 2012.

³ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet* 2013; 383: 1333-54. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

⁴ Convention relative aux droits de l'enfant, document CRC/C/GC/15.

19. En septembre 2012, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies a accueilli avec satisfaction l'élaboration d'un guide technique concis concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables,¹ défendant le droit des femmes de bénéficier de services et d'une aide de qualité, adéquats et financièrement abordables pour la gamme complète des soins. Dans sa résolution 22/32 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, le Conseil a affirmé l'importance que revêt l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour réduire et éliminer la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles évitables et a demandé à tous les États de renouveler leur engagement politique et de prendre des mesures pour remédier aux causes principales de la mortalité maternelle et infantile.

SITUATION ACTUELLE

20. En plus des 2,9 millions d'enfants qui meurent dans le premier mois qui suit leur naissance, on estime qu'il y a 2,6 millions d'enfants mort-nés (qui meurent pendant les trois derniers mois de la grossesse ou à l'accouchement) et qu'environ 287 000 femmes meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement. À l'échelle mondiale, le taux annuel moyen de diminution de la mortalité néonatale depuis 1990 est de 2 %, baisse qui est inférieure à celle de la mortalité maternelle (3,1 %) et de la mortalité des moins de cinq ans (2,9 %).²

21. Les décès de nouveau-nés surviennent pour la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Douze pays, dont six sont situés en Afrique subsaharienne, enregistrent à eux seuls les deux tiers de la mortalité néonatale totale.³ Les pays où le taux de mortalité est égal ou supérieur à 30 décès pour 1000 naissances vivantes totalisent 60 % de la mortalité néonatale.⁴

22. De nombreux pays où la mortalité néonatale est élevée ont été récemment le théâtre de conflits ou d'urgences humanitaires. D'autres ont un système de santé précaire, doté d'une infrastructure limitée, et une faible densité d'agents de santé qualifiés, à quoi s'ajoutent d'importants paiements directs pour la population. Les inégalités d'accès à des services de qualité pour les femmes et les enfants engendrent une grande disparité des taux de mortalité et de la couverture des interventions aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur des pays. Néanmoins, 11 pays à revenu faible ou intermédiaire ont réussi à faire baisser leur taux de mortalité néonatale de plus de 40 % depuis 2000,⁵ montrant que des progrès rapides sont possibles.

23. Trois causes étaient à l'origine de plus de 80 % de la mortalité néonatale en 2012 (Figure 1) : les complications de la prématurité, les décès néonataux per-partum (y compris l'hypoxémie) et les infections néonatales. Les complications de la prématurité sont également la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Chaque année, 15 millions d'enfants naissent prématurément et

¹ Résolution 21/6 du Conseil des droits de l'homme.

² OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012, et UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population de l'ONU. *Levels and trends in child mortality: report 2013*. New York, United Nations Children's Fund, 2013, respectivement.

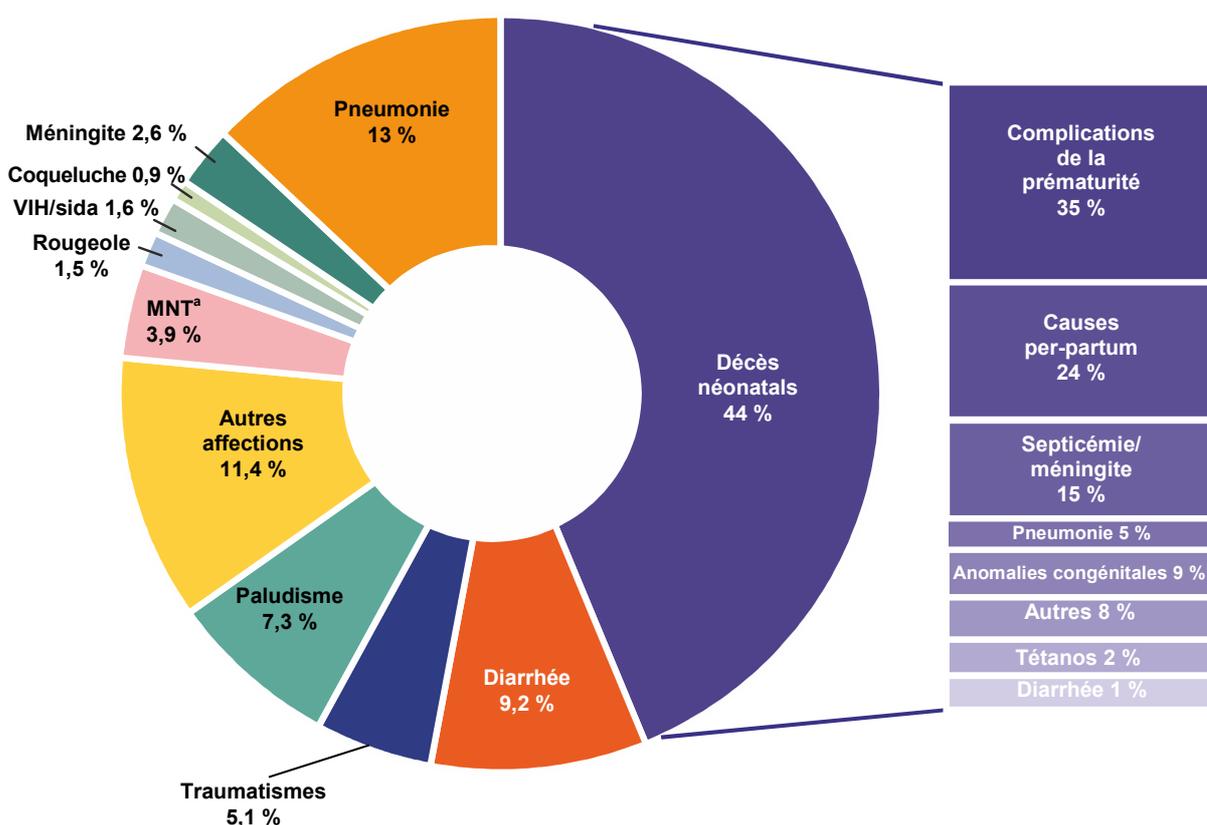
³ Nombre annuel de décès néonataux par ordre décroissant : Inde, Nigéria, Pakistan, Chine, République démocratique du Congo, Éthiopie, Bangladesh, Indonésie, Angola, Kenya, République-Unie de Tanzanie et Afghanistan.

⁴ Afghanistan, Angola, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Inde, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Togo et Zimbabwe.

⁵ Bangladesh, Cambodge, Égypte, El Salvador, Malawi, Mongolie, Rwanda, Sénégal, Sri Lanka, République populaire démocratique de Corée et République-Unie de Tanzanie.

32,4 millions naissent avec un poids inférieur au dixième percentile pour l'âge gestationnel ; 10 millions ne respirent pas à la naissance et 6 millions d'entre eux ont besoin d'être réanimés (par ventilation au masque ou au ballon).

Figure 1. Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans, 2012



Plus de 80 % des décès néonataux surviennent chez des enfants petits (prématurés ou petits pour l'âge gestationnel) dans les endroits où la mortalité est la plus élevée.

^a MNT = maladies non transmissibles.

Source : OMS. Observatoire mondial de la santé, 2014.

24. Les enfants petits et de faible poids de naissance (prématurés ou petits pour l'âge gestationnel, voire les deux) sont les plus exposés au risque de décès in utero, pendant la période néonatale et durant toute la petite enfance. Dans le sud de l'Asie et en Afrique subsaharienne, plus de 80 % de l'ensemble des décès néonataux se produisent chez des enfants petits.

25. Les handicaps demeurent un problème important. Beaucoup pourraient être évités grâce à des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et la période néonatale. Les prématurés qui survivent au-delà du premier mois suivant leur naissance sont plus exposés au risque de mortalité postnéonatale, de troubles neurodéveloppementaux persistants, de retard de croissance et de maladie non transmissible. Les enfants petits pour l'âge gestationnel risquent de présenter un retard de croissance et de souffrir de maladies métaboliques à l'âge adulte. Quatre millions d'enfant nés à terme ou quasiment à terme souffrent d'autres affections potentiellement mortelles, notamment de traumatismes cérébraux per-partum, d'infections bactériennes graves et de jaunisse pathologique, qui laissent des séquelles à vie. Chaque année, plus d'un million de nouveau-nés présentent des troubles neurodéveloppementaux persistants. Il est donc important de ne pas se concentrer uniquement sur la survie de l'enfant mais d'assurer un suivi adéquat des enfants atteints de ces affections, qui conjugue le dépistage précoce à des soins et à des services de réadaptation appropriés. Comme le souligne

l'article 23 de la Convention relative aux droits de l'enfant, il importe aussi de répondre aux besoins des enfants mentalement ou physiquement handicapés.

26. Environ 10 % de la charge mondiale de morbidité est liée aux affections néonatales et congénitales. Comme l'Assemblée de la Santé l'a reconnu dans la résolution WHA63.17 sur les malformations congénitales, les facteurs à l'origine des malformations et des anomalies congénitales peuvent avoir une incidence sur l'état de santé des enfants qui passent le cap de la période néonatale, tout comme nombre de causes et de déterminants des troubles congénitaux. La prévention des malformations congénitales et la prise en charge des enfants qui en sont atteints doivent être intégrées dans les services existants de santé génésique et de santé de la mère et de l'enfant, avec une protection sociale pour tous ceux qui en ont besoin.

27. Les déterminants sociaux jouent un rôle important dans la santé des femmes et des nouveau-nés. La pauvreté, les inégalités et les troubles sociaux compromettent les soins aux mères et aux nouveau-nés de nombreuses manières, par exemple du fait du mauvais état nutritionnel des filles et des femmes (y compris pendant la grossesse), de problèmes de logement et d'assainissement. Les situations d'urgence humanitaire complexes déclenchent des mouvements de population de grande ampleur (qui concernent aussi les femmes enceintes et les nouveau-nés) et compromettent l'accès à des systèmes de santé fonctionnels. Un faible niveau d'instruction, la discrimination fondée sur le sexe et les difficultés d'accès à l'autonomie empêchent les femmes de consulter et de faire les meilleurs choix pour leur santé et celle de leurs enfants, ce qui entraîne des retards dangereux et des décès inutiles. Le présent Plan d'action tient compte des liens intrinsèques entre les facteurs contextuels et la santé maternelle et néonatale et privilégie essentiellement les solutions qui passent par le système de santé.

INTERVENTIONS EFFICACES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS DANS TOUTE LA GAMME DES SOINS

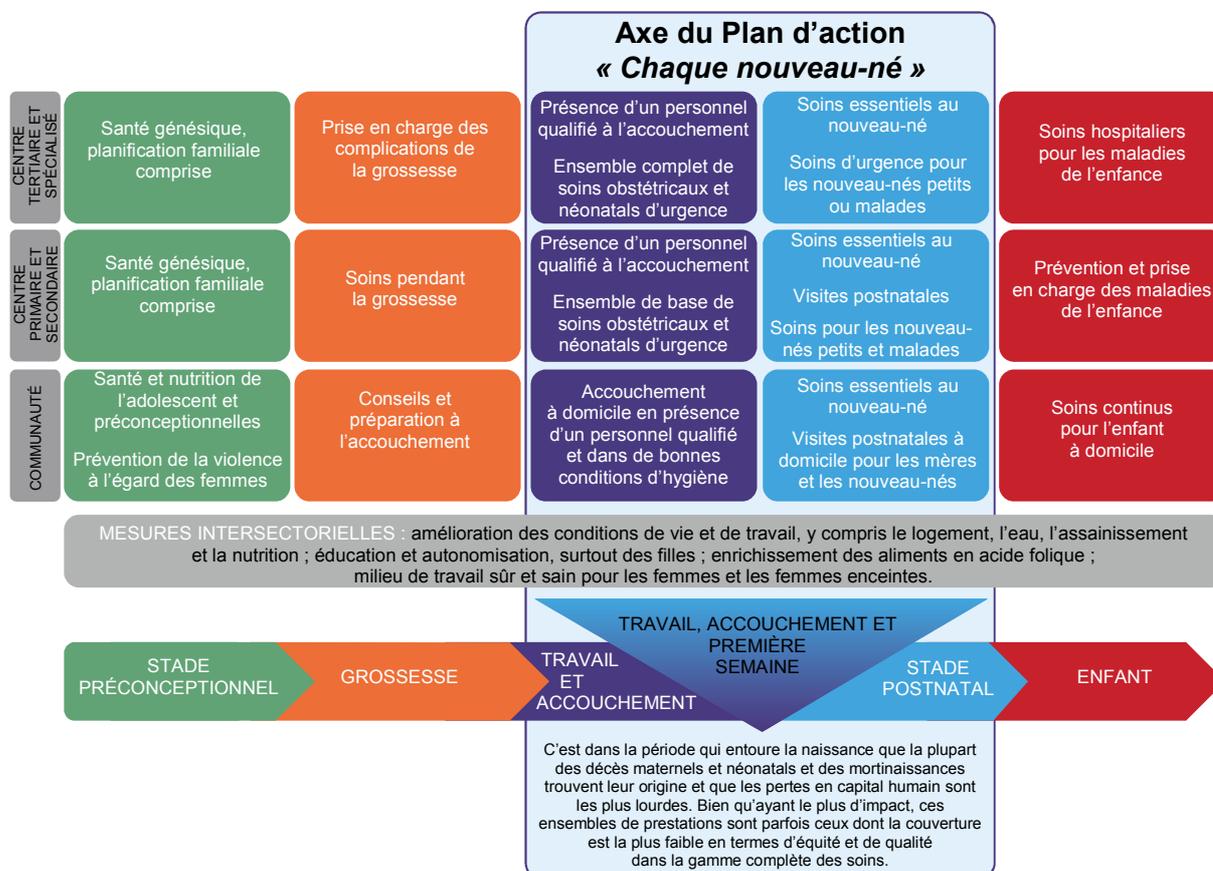
28. Il existe des possibilités sans précédent d'améliorer la santé des nouveau-nés aujourd'hui que les analyses et les recherches faites pendant plusieurs décennies ont fourni des informations sur l'ampleur et les causes de la mortalité néonatale, démontré l'efficacité de certaines interventions et de certains modes de prestation des services, et indiqué les moyens d'étendre plus rapidement la couverture des interventions et de réduire la mortalité.¹

29. Les interventions efficaces pour améliorer la survie et la santé des nouveau-nés sont l'une des composantes des services intégrés de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Figure 2). L'efficacité de ces interventions est attestée à toutes les étapes de la vie et elles ont été regroupées par niveau de prestation des services.² Beaucoup d'entre elles sont mises en œuvre à partir de plates-formes communes de prestation ; la planification et la prestation intégrées peuvent garantir l'efficacité et l'efficience des services de santé destinés aux femmes et aux enfants.

¹ Compilation des recommandations de l'OMS sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/, consulté le 27 mars 2014).

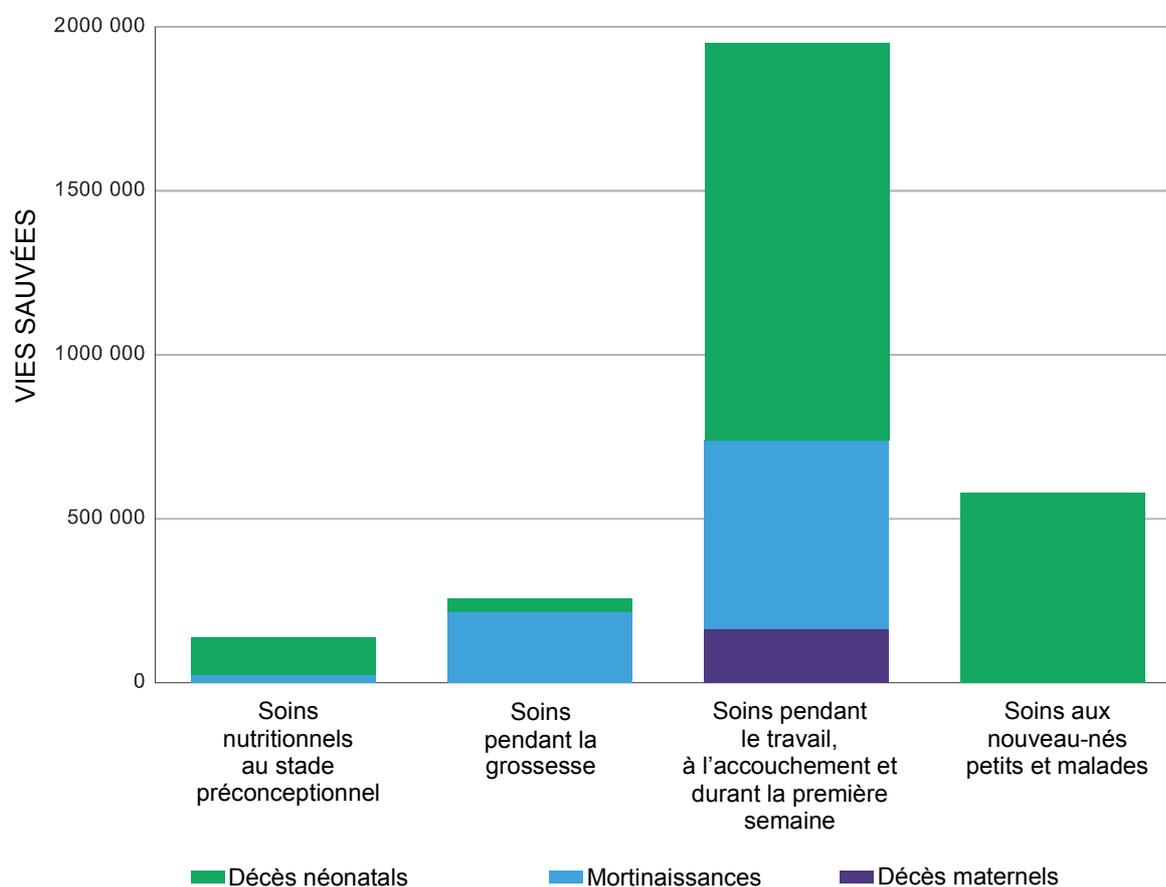
² *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*. Genève, Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2011.

Figure 2. Ensembles de prestations couvrant la gamme complète des soins



30. Les ensembles de soins qui contribuent le plus à mettre fin aux décès néonataux et aux mortinaissances évitables sont notamment ceux dispensés pendant le travail, à l'accouchement et durant la première semaine qui suit la naissance ainsi que les soins dispensés aux nouveau-nés petits et malades. La Figure 3 donne une estimation préliminaire de l'impact qu'auraient ces interventions si la couverture universelle des soins était instaurée d'ici 2025. Étant donné que ces ensembles d'interventions sont ceux qui sauveraient le plus grand nombre de nouveau-nés tout en évitant des décès maternels et des mortinaissances, c'est sur eux que le Plan d'action « Chaque nouveau-né » est axé.

Figure 3. Nombre de vies qui pourraient être sauvées d'ici 2025 grâce à la couverture universelle des soins (résultats préliminaires)



Source : Analyse spéciale exposée en détail dans la série Every newborn de *The Lancet*.¹

31. Les interventions regroupées dans l'ensemble « Soins pendant le travail, à l'accouchement et durant la première semaine qui suit la naissance » comprennent (sans toutefois s'y limiter) les soins dispensés par un personnel qualifié pendant l'accouchement, les soins obstétricaux de base et complets, la prise en charge des naissances prématurées (y compris l'administration prénatale de corticoïdes) et les soins essentiels au nouveau-né (respect des règles d'hygiène, maintien au chaud, aide à l'allaitement maternel et, le cas échéant, réanimation). Il est important que les interventions ciblant la mère et le nouveau-né soient considérées comme une unité fonctionnelle assurée en un court laps de temps par le même agent de santé (ou la même équipe) au même endroit, avec orientation de la mère et de l'enfant tous deux ensemble vers des services spécialisés en cas de complications.

32. L'ensemble des « soins aux nouveau-nés petits et malades » comprend la prise en charge des complications chez les prématurés et/ou chez les enfants petits pour l'âge gestationnel et la prise en charge des infections néonatales (septicémie, méningite, pneumonie et diarrhée). Une bonne prise en charge des nouveau-nés petits et malades passe par des mesures supplémentaires de thermorégulation et par l'assistance alimentaire aux bébés petits ou prématurés, notamment par la méthode « mère

¹ Bhutta Z, Das J, Bahl R, Lawn J, Salam R, Paul V et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014; 384: 347-370. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.

kangourou », une antibiothérapie en cas d'infection et l'intégralité des soins de soutien en milieu médical. Ces derniers englobent une assistance alimentaire supplémentaire (alimentation à la tasse et par sonde nasogastrique, perfusions), la prévention et la prise en charge des infections, une oxygénothérapie sans risque, la prise en charge de la jaunisse et, éventuellement, l'administration de surfactant et une assistance respiratoire.

33. Les soins postnatals offrent une plate-forme pour dispenser des soins au nouveau-né normal, notamment pour promouvoir des pratiques saines et déceler tout problème nécessitant des soins supplémentaires. Ils sont assurés dans un autre intervalle de temps, souvent par différents dispensateurs et en différents endroits. Les soins au nouveau-né normal comprennent la mise en route sans délai de l'allaitement maternel (exclusif), la prévention de l'hypothermie, le respect des règles d'hygiène postnatale et les soins du cordon ombilical. Une surveillance étroite pendant 24 heures et au moins trois visites postnatales (au jour 3 (48-72 heures), entre les jours 7 et 14, et six semaines après la naissance) sont recommandées pour toutes les mères et tous les nouveau-nés afin de mettre en place de bonnes pratiques et de dépister toute affection mettant la vie en jeu.¹

34. D'autres interventions dans la gamme des soins sont elles aussi déterminantes pour la survie et la santé des femmes et de leurs enfants. Ainsi, les soins prénatals se prêtent à une prestation intégrée des services pour femmes enceintes, y compris de services obstétricaux, mais ils couvrent aussi les infections, par exemple la prévention, le dépistage et le traitement du paludisme et de la syphilis pendant la grossesse, la prise en charge des femmes atteintes de tuberculose et d'infection à VIH, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la lutte contre les pratiques nocives comme le tabagisme et la consommation d'alcool. D'après les *Statistiques sanitaires mondiales 2013* de l'OMS, le taux de couverture de certaines interventions comme la vaccination antitétanique est déjà élevé dans de nombreux endroits (82 % de l'ensemble des nouveau-nés sont aujourd'hui protégés à la naissance contre le tétanos néonatal) ; les possibilités d'éviter des décès sont donc plus réduites (voir la Figure 3), mais les taux de couverture doivent rester élevés. Quelque 81 % des femmes se voient prodiguer des soins prénatals au moins une fois au cours de leur grossesse, mais seulement 55 % bénéficient du minimum recommandé de quatre consultations, et la qualité des soins laissent souvent à désirer.

35. Les soins dispensés avant et entre les grossesses ont une incidence sur la survie et la santé des femmes et de leurs enfants. En permettant de retarder, d'espacer et de limiter les naissances, la planification familiale concourt de manière cruciale à réduire la mortalité néonatale et à améliorer la santé des mères, de leurs bébés et de leurs autres enfants. L'accès à la planification familiale et le droit de décider du moment et de la fréquence des grossesses sont des facteurs d'autonomisation des femmes et des jeunes filles qui améliorent la santé et les chances de survie de leurs enfants. Les investissements consacrés à la planification familiale contribueront beaucoup à faire baisser globalement la mortalité maternelle et néonatale : une diminution du nombre de grossesses non désirées pourrait permettre d'éviter 60 % des décès maternels et 57 % des décès d'enfants.

36. Les autres composantes des soins dispensés avant et entre les grossesses qui influent sur la santé du nouveau-né comprennent l'acquisition des compétences essentielles, la nutrition, la lutte contre les pratiques nocives (comme le tabagisme et la consommation d'alcool), le dépistage et le traitement des pathologies telles que les infections sexuellement transmissibles et les troubles mentaux, et la lutte contre la violence entre partenaires intimes. L'état nutritionnel des femmes est particulièrement important, car une femme dénutrie avant la grossesse risque davantage de mettre au monde un enfant prématuré ou petit pour l'âge gestationnel, ou les deux. Le risque est en partie déterminé par la sous-alimentation de la femme pendant ses 1000 premiers jours de vie et pendant l'adolescence. Il est indispensable de briser le cycle intergénérationnel sous-alimentation-mauvaise santé, compte tenu

¹ WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

notamment des éléments de plus en plus nombreux montrant le lien entre, d'une part, un faible poids de naissance et la sous-alimentation pendant les 1000 premiers jours de vie et, d'autre part, les maladies non transmissibles à l'âge adulte.

37. La prévention des grossesses précoces non désirées chez les adolescentes est un élément capital des mesures visant à améliorer la santé des nouveau-nés.¹ La grossesse et l'accouchement présentent plus de risques pour les très jeunes mères et leurs enfants.² Le fait de retarder la grossesse chez les adolescentes est un moyen efficace de sauver la vie de mères et de nouveau-nés et de permettre aux filles de terminer leur scolarité.

38. Un professionnel de la santé qualifié en obstétrique et dévoué est le mieux à même de prodiguer des soins aux femmes avant, pendant et entre les grossesses, pendant et après l'accouchement (soins postnatals)³ et des soins aux nouveau-nés. Les soins doivent être dispensés de manière respectueuse, en cherchant à optimiser les processus biologiques normaux. Dans la plupart des cas, le dispensateur sera une sage-femme professionnelle, qui aura besoin de l'appui d'une équipe composée d'autres professionnels de la santé – infirmières, obstétriciens et pédiatres – en cas de complications. L'équipe pourrait assurer toute la gamme de soins dans les endroits où il n'y a pas de sages-femmes professionnelles : on parle alors de « personnel obstétrical ».

39. Les agents de santé communautaires, en particulier dans les zones rurales, peuvent jouer un rôle important en faisant le trait d'union entre les services de santé et les familles, et on a constaté que les visites qu'ils effectuent à domicile pendant la grossesse et durant la semaine qui suit la naissance avaient des effets positifs sur les soins prodigués aux nouveau-nés et sur le taux de mortalité néonatale. Ils sont aussi capables de dépister les complications du post-partum, d'aiguiller les mères vers un centre spécialisé et de donner des conseils de planification familiale. D'autres agents communautaires tels que les chefs traditionnels, les membres influents de la famille et les accoucheuses traditionnelles ont également une influence sur la demande de soins dispensés par un personnel qualifié et sur l'accès à ces soins.

40. L'offre d'une gamme complète de soins à tous les stades de l'existence exige une coordination continue et fonctionnelle entre les différents niveaux des services de santé et les secteurs public et privé. L'offre de soins de santé aux femmes et aux nouveau-nés requiert une coordination des programmes et initiatives techniques et la collaboration de tous les acteurs concernés : pouvoirs publics, associations professionnelles, société civile, établissements universitaires et instituts de recherche, entreprises, partenaires de développement et familles.

PLAN D'ACTION : IDÉAL ET BUTS

41. L'**idéal** vers lequel tend le Plan d'action « Chaque nouveau-né » est un monde sans décès néonataux ni mortinaissances évitables, où toutes les grossesses sont désirées, où chaque naissance est une joie, où les femmes, les bébés et les enfants survivent, prospèrent et réalisent tout leur potentiel.

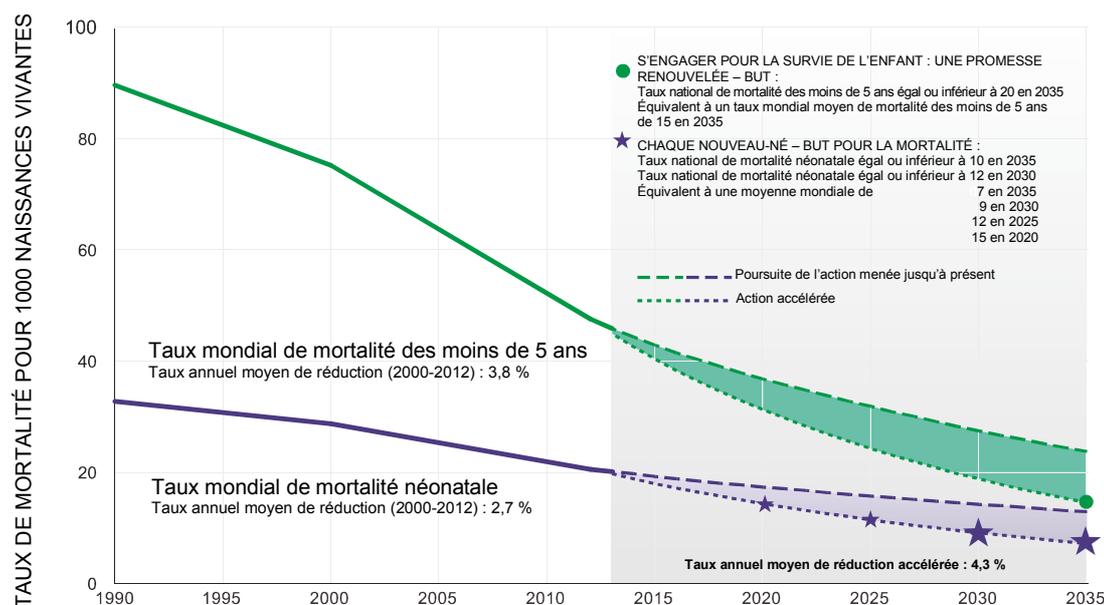
¹ Directives de l'OMS : *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

² *La mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. État de la population mondiale 2013. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2013.

³ Le terme « soins postnatals » désigne les soins dispensés aux mères et aux enfants pendant les six semaines qui suivent la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS sur les soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013).

42. **But 1 – Mettre fin aux décès néonataux évitables :**¹ tous les pays atteindront le taux de mortalité néonatale de 10 décès néonataux ou moins pour 1000 naissances vivantes d'ici 2035 et continueront à réduire la mortalité et la fréquence des handicaps, en veillant à ce qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte. Ce progrès équivaudra à un taux mondial moyen de mortalité néonatale de 7 décès pour 1000 naissances vivantes, chiffre qui non seulement va dans le sens de l'objectif fixé dans le document « S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée »,² consistant à mettre fin aux décès évitables chez les enfants, mais qui est nécessaire à sa réalisation. D'ici 2030, tous les pays enregistreront un taux égal ou inférieur à 12 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes, ce qui équivaudra à un taux mondial moyen de mortalité néonatale de 9 pour 1000 naissances vivantes (voir les autres buts intermédiaires dans la Figure 4). Des liens de correspondance sont prévus entre ces taux visés et ceux qui seront proposés pour mettre fin aux décès maternels évitables. Tous les pays devront veiller à atteindre aussi ce but dans les populations mal desservies, afin de maximiser le capital humain. Ce but peut être considéré comme la continuation du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité de l'enfant), pour mener à bien le chantier inachevé en matière de mortalité néonatale.

Figure 4. Mettre fin aux décès néonataux et infanto-juvéniles évitables



Source : Données tirées de la série Every Newborn de *The Lancet*.³

43. **But 2 – Mettre fin aux mortinaissances évitables :**⁴ tous les pays atteindront le taux de mortinatalité de 10 mortinaissances ou moins pour 1000 naissances au total d'ici 2035 et continueront à réduire les inégalités. Ce progrès équivaudra à un taux mondial moyen de mortinatalité de 8 pour

¹ Un décès néonatal est défini comme le décès dans les 28 jours après sa naissance d'un enfant né vivant, quels que soient son poids et son âge gestationnel.

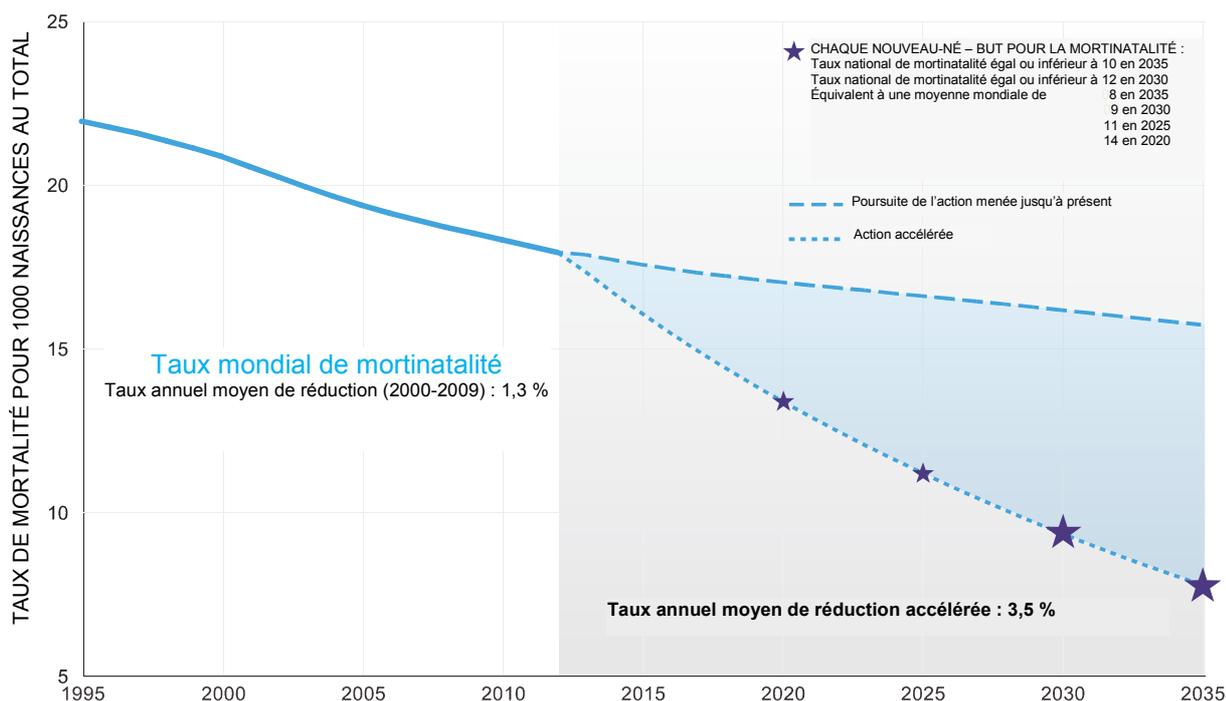
² *Committing to child survival: a promise renewed – progress report 2013*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013.

³ Lawn J, Blencowe H, Oza S, You D, Lee A, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014; 384: 189-205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

⁴ À des fins de comparaisons internationales, une mortinaissance est définie comme un enfant né sans signes de vie, avec un poids de plus de 1000 g ou à plus de 28 semaines de gestation.

1000 naissances au total. D'ici 2030, tous les pays enregistreront un taux égal ou inférieur à 12 mortinaissances pour 1000 naissances au total, ce qui équivaudra à un taux mondial moyen de mortinatalité de 9 pour 1000 naissances au total (voir les autres buts intermédiaires dans la Figure 5). Tous les pays devraient s'attacher à redresser les inégalités et utiliser les données de contrôle pour recenser et prévenir les mortinaissances.

Figure 5. Mettre fin aux mortinaissances



Source : Données tirées de la série Every Newborn de *The Lancet*.¹

44. La réalisation des buts ambitieux proposés dans le présent Plan d'action, à savoir mettre fin aux décès néonataux et aux mortinaissances évitables d'ici 2035, avec des buts intermédiaires en 2020, 2025 et 2030, est impossible sans instaurer dans tous les pays une couverture équitable de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés par des soins de grande qualité comprenant soins essentiels, soins spécialisés et soins d'urgence. Pour cela, un système de mesure et de responsabilisation et des passerelles avec d'autres plans mondiaux et nationaux sont indispensables.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET PRINCIPES DU PLAN D'ACTION

45. Pour atteindre l'idéal et les objectifs visés en matière de mortalité, le Plan d'action propose cinq objectifs stratégiques.

Objectif stratégique 1 : Renforcer, à l'aide d'investissements, les soins fournis pendant le travail, l'accouchement et le premier jour et la première semaine de vie. Une large proportion des décès maternels, des décès néonataux et des mortinaissances surviennent pendant

¹ Lawn J, Blencowe H, Oza S, You D, Lee A, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014; 384: 189-205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

cette période. Il est possible d'éviter un grand nombre de décès et de complications offrant des soins essentiels de qualité à chaque femme enceinte et à chaque nouveau-né pendant la période du travail et de l'accouchement et au cours des premières 24 heures et de la première semaine de vie.

Objectif stratégique 2 : Améliorer la qualité des soins maternels et néonataux. La qualité des soins reste très inégale dans l'ensemble des soins de santé de la mère et de l'enfant. Dans de nombreux contextes, les femmes et les nouveau-nés ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin, même lorsqu'ils ont un contact avec le système de santé avant, pendant ou après la grossesse. Toute amélioration passe par la mise en place de soins de santé de qualité dans le cadre d'interventions efficaces et économiques, ayant un fort impact et destinées à la fois à la mère et au nouveau-né – mises en œuvre simultanément, dans la plupart des cas, par les mêmes personnels de santé ayant des compétences obstétricales.

Objectif stratégique 3 : Atteindre chaque femme et chaque nouveau-né pour réduire les inégalités. L'accès aux soins de santé de qualité dont chacun a besoin sans être exposé à des difficultés financières est un droit fondamental. Il est de plus en plus solidement établi que les moyens destinés à mettre fin aux décès néonataux évitables contribuent efficacement à étendre la couverture des interventions essentielles, notamment grâce à des innovations telles que la délégation des tâches, l'amélioration de l'accès aux produits d'importance vitale, l'assurance-maladie et les mécanismes de financement, et l'utilisation des technologies de l'information, des réseaux sociaux et des réseaux de savoir.

Objectif stratégique 4 : Utiliser le potentiel des parents, des familles et des communautés. Des responsables locaux, des associations féminines et des agents communautaires engagés ont le pouvoir de changer le cours des choses et d'améliorer les résultats sanitaires pour les nouveau-nés, en particulier dans les communautés rurales défavorisées. L'éducation et l'information sont essentielles pour mettre les parents, les familles et leurs communautés en position d'exiger des soins de qualité et pour améliorer les pratiques de soins à domicile.

Objectif stratégique 5 : Recenser chaque nouveau-né – système de mesure, suivi des programmes et responsabilisation. Les activités de mesure permettent aux responsables d'améliorer les résultats et d'adapter leur action, le cas échéant. L'évaluation des résultats et des flux financiers au moyen d'indicateurs normalisés tend à responsabiliser. Il est urgent d'améliorer les systèmes de mesure à l'échelle mondiale et nationale, notamment pour ce qui est de l'issue de l'accouchement et de la qualité des soins pendant la période qui entoure la naissance. Chaque nouveau-né doit être enregistré, et les décès néonataux et maternels comme les mortinaissances doivent être dénombrés.

46. Le Plan d'action repose sur six principes directeurs :

1) **Direction nationale.** C'est en premier lieu aux pays qu'il incombe d'établir une bonne gouvernance et de fournir des services de santé génésique et des services de santé maternelle et néonatale efficaces et de qualité. La participation des communautés à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et programmes qui les visent joue un rôle essentiel et elle est l'un des mécanismes de transformation les plus efficaces pour l'action et la responsabilisation en matière de santé néonatale. Les partenaires de développement devraient harmoniser leurs contributions et leur action.

2) **Droits humains.** L'ensemble de la planification et de la programmation pour la santé génésique et la santé de la mère et du nouveau-né, et toutes les phases du processus de programmation devraient être guidées par les principes et normes issus des conventions

internationales sur les droits humains. Les données disponibles et la pratique témoignent de l'importance cruciale pour la santé et le développement de nombreuses réalisations en matière de droits humains.

3) **Intégration.** L'offre à chaque femme et à chaque nouveau-né de soins de qualité, disponibles sans discrimination, accessibles et acceptables passe par la prestation intégrée des services. Une approche du système de santé coordonnée entre les différents programmes, acteurs et initiatives pour la gamme complète des soins de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et des soins nutritionnels, est par conséquent essentielle, sans pour autant que les soins destinés au nouveau-né passent au second plan.

4) **Équité.** Une couverture équitable et universelle des interventions très efficaces et une attention prioritaire accordée aux groupes de population exclus, vulnérables et démunis sont essentielles pour le respect du droit à la vie, à la survie, à la santé et au développement de chaque femme et de chaque nouveau-né.

5) **Responsabilisation.** Des mécanismes efficaces, accessibles, ouverts et transparents de suivi de la couverture et de l'impact des programmes, un processus d'examen indépendant et la participation de tous les acteurs concernés sont les conditions requises pour une couverture équitable, la qualité des soins et l'utilisation optimale des ressources. La responsabilisation inclut aussi l'accès aux moyens et mécanismes de recours, qu'ils soient juridiques, administratifs ou autres.

6) **Innovation.** Des données relatives aux meilleures pratiques ont été recueillies au cours des dernières décennies sur les stratégies qui élargissent la couverture des interventions pour les nouveau-nés et réduisent la mortalité. Il conviendrait néanmoins de réfléchir à des moyens novateurs d'accroître la participation de tous les acteurs concernés et d'atteindre les populations les plus pauvres et les plus déshéritées. Pour exploiter au mieux le savoir concernant les interventions et les stratégies les plus efficaces, il faut mener davantage d'activités de recherche-développement.

MESURES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1 : Renforcer, à l'aide d'investissements, les soins fournis pendant le travail, l'accouchement et le premier jour et la première semaine de vie

Raison d'être de l'objectif stratégique 1

47. La période allant de la 29^e semaine de gestation au premier mois après la naissance revêt une importance toute particulière non seulement pour la survie, mais aussi pour les interactions et le développement du jeune enfant, alors que se mettent en place les fondations pour l'évolution de ses compétences cognitives et psychosociales. De plus, c'est au cours du travail, de l'accouchement et de la première semaine de vie qu'ont lieu 44 % (1,2 million) des mortinaissances, 73 % (2 millions) des décès de nouveau-nés et 61 % (176 290) des décès maternels.

48. Chaque femme enceinte devrait recevoir des soins essentiels dispensés par une personne qualifiée, capable de surveiller le travail et d'apporter une aide pendant l'accouchement, de détecter rapidement les complications et de les prendre correctement en charge, et d'organiser un transfert immédiat s'il y a lieu. De la même façon, chaque nouveau-né doit bénéficier des soins néonataux essentiels immédiatement après la naissance et pendant la première journée, puis aux intervalles nécessaires pendant la première semaine et au-delà.

49. Bien que la proportion mondiale des femmes qui accouchent en présence de personnel qualifié (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes) ait atteint 70 %, il y a des disparités importantes de couverture et de qualité des soins à l'intérieur des pays et entre eux. En Afrique subsaharienne, seule la moitié de la population bénéficie de la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement. Dans de nombreux pays, les soins les plus efficaces à la naissance sont dispensés par le personnel qualifié des établissements de santé publics ou privés, la survie de la mère et de l'enfant en cas de complications dépendant de l'accès immédiat à des services obstétricaux et néonataux d'urgence.

50. Les ensembles d'interventions qui ont fait leurs preuves devraient permettre de fournir des soins de base et des soins supplémentaires aux femmes et aux nouveau-nés pour prévenir ou traiter les principales causes de mortalité. La fourniture de soins supplémentaires aux nouveau-nés de petite taille (soit petits pour l'âge gestationnel et/ou prématurés) et aux nouveau-nés malades est particulièrement importante pour la réduction de la mortalité néonatale. Le personnel de santé doit être suffisamment compétent et équipé pour aider les mères et ces enfants, dont beaucoup n'ont pas besoin de soins élaborés ou intensifs et peuvent être convenablement pris en charge dans un établissement de santé de premier niveau, voire dans la communauté. Les établissements de soins hospitaliers peuvent jouer un rôle vital pour les nouveau-nés qui ont besoin de l'intégralité des soins de soutien en milieu médical (voir le paragraphe 32). Des recherches menées récemment montrent que le traitement d'éventuelles infections bactériennes graves par une antibiothérapie simplifiée administrée en ambulatoire dans les établissements de soins primaires pourrait permettre de sauver des vies supplémentaires quand il n'est pas possible de transférer les nouveau-nés dans une structure hospitalière.

51. La recherche constitue un élément important de l'investissement dans les soins dispensés pendant la période qui entoure la naissance et fait partie intégrante des mesures proposées dans le présent plan. Parmi les priorités de la recherche figurent les facteurs qui empêchent ou facilitent l'élargissement de la couverture des interventions dont l'utilité est avérée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les moyens de combler les lacunes existantes (par exemple pour mieux connaître les fondements biologiques du travail à terme et avant terme et les nouveaux moyens de prévenir les naissances prématurées) et l'étude des effets à long terme, plus tard au cours de la vie, des maladies se produisant avant et au moment de la conception, au cours de la grossesse et du premier mois de vie. Il est aussi essentiel d'améliorer la collecte de données et d'encourager l'innovation et la collaboration.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 1

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

- a) mener une analyse de situation systématique et convenir d'un ensemble essentiel d'interventions et de soins adaptés au contexte local ;
- b) instituer des mesures pour accroître la couverture des soins assurés à la naissance par du personnel qualifié dans les établissements de santé ;
- c) faire mieux prendre conscience à la communauté de l'importance de la période entourant la naissance et de la première semaine de vie pour prévenir les décès maternels et néonataux et les mortinaissances ;
- d) mieux responsabiliser tous les acteurs concernés ;
- e) concevoir des plans nationaux de santé néonatale qui prennent en compte la gamme complète des soins de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et des soins nutritionnels, ou affiner les plans existants ;
- f) attribuer des ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre le plan national.

52. Les pouvoirs publics et tous les acteurs concernés devraient sensibiliser l'opinion et faire prendre conscience aux communautés de l'importance capitale que revêtent pour la survie de la mère et du nouveau-né la période autour de l'accouchement et la première semaine de vie, et ils devraient répondre de la mise en place des conditions garantissant le respect du droit de chaque mère et de chaque nouveau-né à la santé et aux soins.

53. Tous les pays sont encouragés à élaborer ou réorienter leurs politiques et leurs plans d'action nationaux conformément aux principes, aux buts, aux cibles et aux objectifs stratégiques du Plan d'action. Chaque gouvernement devrait mener une analyse de situation systématique et convenir d'un ensemble essentiel d'interventions et de soins adaptés au contexte local, correspondant à la charge de morbidité et de mortalité néonatales et s'inscrivant dans la continuité des soins. L'accent devrait être mis sur l'égalité d'accès à des soins de qualité pendant le travail, l'accouchement et la première semaine de la période postnatale dans tous les plans d'action nationaux pertinents.

54. Des ensembles complets de soins pour la mère et le nouveau-né doivent faire partie des prestations de base des systèmes de santé universels existants ou émergents dans tous les pays. Les autorités nationales devraient instaurer des mesures pour accroître la couverture des soins dispensés par du personnel qualifié à la naissance dans les établissements de santé. Elles devraient appuyer l'application de lignes directrices et de politiques destinées à améliorer la prise en charge pendant le travail et l'accouchement, et notamment l'utilisation du partogramme – outil simple permettant de suivre le travail et d'anticiper les complications –, et à accroître le nombre des visites postnatales effectuées auprès de la mère et du nouveau-né. Il conviendrait, le cas échéant, de former davantage de sages-femmes, de personnel auxiliaire et d'agents de santé communautaires, et de les fidéliser.

55. Les autorités nationales, avec l'appui des acteurs intéressés, devraient chiffrer les plans et allouer des fonds suffisants à la santé des femmes et des enfants, en prêtant dûment attention aux soins dispensés pendant la période qui entoure la naissance et pendant la première semaine de vie. Les pouvoirs publics et tous les acteurs concernés devraient veiller à ce que les investissements dans la santé maternelle et néonatale soient maintenus au-delà de 2015 et augmentés, le cas échéant.

Objectif stratégique 2 : Améliorer la qualité des soins maternels et néonataux

Raison d'être de l'objectif stratégique 2

56. Le personnel qui dispense les soins à la naissance se compose, dans de nombreux pays, de sages-femmes, d'infirmières et de médecins, mais il arrive que les soins soient de qualité inférieure ou de mauvaise qualité et peu respectueux de la mère et du nouveau-né. L'utilisation du partogramme n'est toujours pas généralisée et les pratiques en matière de prévention des infections et de soins au nouveau-né immédiatement après la naissance sont souvent dangereuses et non conformes aux principes de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés », à savoir garder l'enfant au chaud, ne pas séparer la mère et l'enfant, mettre très tôt l'enfant au sein et promouvoir l'allaitement maternel exclusif. La création de zones adaptées aux soins néonataux est souvent négligée. Ainsi, l'accroissement du nombre des naissances ayant lieu dans un établissement de santé ne suffit pas pour réduire la mortalité néonatale, en particulier les décès néonataux précoces. Des soins de qualité devraient être garantis pour les mères et les nouveau-nés, même dans les situations d'urgence ou de catastrophes naturelles.

57. Selon les estimations, une femme enceinte sur trois a besoin d'une intervention pendant l'accouchement et entre 5 et 15 % ont besoin d'une césarienne.¹ Dans les régions à forte mortalité, nombreux sont les femmes et les nouveau-nés qui n'ont pas accès aux soins obstétricaux d'urgence,

¹ OMS, UNFPA, UNICEF et Mailman School of Public Health, Columbia University. *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

voire aux soins néonataux de base. L'incidence des complications à la naissance, des décès per-partum et de l'encéphalite néonatale augmente parallèlement à la mortalité néonatale, reflétant l'absence de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de bonne qualité. Bien qu'un taux élevé de césariennes ne soit pas souhaitable, les taux inférieurs à 5 % sont généralement révélateurs de la non-disponibilité de soins d'urgence et de soins intensifs pour la mère et le nouveau-né.

58. Dans les régions où la mortalité est moins élevée, les issues sanitaires dépendent aussi de la qualité et de l'équité des soins. Comme il est difficile de prévoir les besoins en services obstétricaux d'urgence, tous les services de maternité devraient pouvoir assurer des interventions d'importance vitale pour la mère et le nouveau-né et avoir un accès ininterrompu à des moyens de transport pour les transferts en cas de complications graves.

59. La qualité des soins est particulièrement importante pour réduire les risques de handicap ou d'atteinte. Les nourrissons prématurés sont ainsi vulnérables aux complications oculaires. La cécité due à une rétinopathie de la prématurité peut être évitée en améliorant la qualité des soins néonataux, notamment en faisant un usage plus sûr de l'oxygène et en dépistant la rétinopathie à un stade précoce. Les nourrissons prématurés doivent être suivis et leurs yeux contrôlés.

60. La continuité sans faille des soins entre les établissements de niveau primaire et les établissements de recours sauve des vies. Les accoucheuses qualifiées dans les communautés sont peut-être nombreuses dans les régions à mortalité faible et intermédiaire où il existe des ressources humaines et une capacité de formation, mais environ un tiers des naissances au niveau mondial (essentiellement dans les régions où la mortalité néonatale est élevée) ont lieu à domicile sans aucun soin prodigué par un professionnel de la santé. Des approches efficaces au sein des communautés requièrent une continuité dans les soins fournis et une bonne liaison avec les établissements à même de dispenser l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence.

61. Dans de nombreux pays, il existe des preuves accablantes de la faiblesse du niveau de formation des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes. Le programme d'études des sages-femmes dans certains pays ne satisfait pas aux critères mondiaux et les étudiants n'acquièrent pas les compétences requises pour dispenser de façon fiable des services de qualité. Compte tenu des limites de la réglementation et des capacités réduites des associations professionnelles, les sages-femmes ne sont guère protégées sur le plan juridique et elles sont privées de tout moyen d'expression organisé pour défendre leurs intérêts. Ces facteurs, joints à la pénurie de personnel, au manque d'équipement des établissements et à la faiblesse des rémunérations, sont de nature à affaiblir la motivation et à réduire la qualité des soins.

62. Les services de santé doivent aussi faire face aux facteurs de risque d'issues néonatales défavorables, comme les grossesses chez les adolescentes, le rapprochement des naissances, la malnutrition (insuffisance pondérale ou obésité), les maladies chroniques (diabète, par exemple), les maladies infectieuses (tuberculose et VIH/sida), l'abus de substances psychoactives (tabagisme et consommation d'alcool, par exemple), la violence domestique et les problèmes de santé mentale. Les politiques s'appliquant sur le lieu de travail sont importantes pour soutenir les femmes pendant la grossesse et la période postnatale et elles devraient inclure une réglementation dispensant les femmes enceintes et les femmes allaitantes de faire des travaux pénibles.¹ Des interventions comportementales et communautaires destinées à réduire l'exposition à des polluants potentiellement dangereux, comme les émanations des cuisinières traditionnelles et le tabagisme passif, sont également nécessaires. La prévention, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (infection à

¹ Organisation internationale du travail. C183 – Convention (N° 183) sur la protection de la maternité, 2000 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183, consulté le 27 mars 2014).

VIH et syphilis, par exemple), du paludisme et des maladies non transmissibles relèvent souvent de programmes particuliers, mais leur intégration dans les services de santé maternelle et néonatale est importante.

63. Les domaines programmatiques existants – tels que la planification familiale, l'infection à VIH et la tuberculose, la syphilis, le paludisme, l'eau et l'assainissement, la nutrition, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les visites à domicile pendant la période postnatale et la vaccination – peuvent offrir des passerelles spécifiques pour améliorer la survie et la santé du nouveau-né et ils contribueront à renforcer la qualité des services de santé dispensés.

64. Des services de santé accueillants pour les adolescents et intégrant des services de santé sexuelle et génésique doivent être mis en place pour les jeunes qui, selon les données disponibles, ne sont pas couverts par les services de santé et chez qui l'incidence de l'infection à VIH augmente. La prévention des grossesses précoces et non désirées, ainsi que les soins aux jeunes filles et aux jeunes femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et durant la période postnatale sont vitaux, tant pour la santé mentale et physique de la mère que pour celle du nouveau-né.

65. De nombreux établissements de santé, en particulier dans les zones reculées, ne disposent pas des produits d'importance vitale pour les femmes et les nouveau-nés, tels qu'ils ont été définis par la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. Parmi les problèmes rencontrés figurent le non-enregistrement des nouvelles formulations de certains médicaments, de sérieux blocages dans la chaîne d'approvisionnement, les ruptures de stock, les coûts dans certaines régions où les services ne sont pas gratuits, et le fait que les aidants et les personnels de santé ignorent souvent l'existence d'un produit et son efficacité. L'expertise considérable du secteur privé en matière de mise au point, de fabrication et de distribution des médicaments, des technologies et des dispositifs médicaux doit être mise à profit pour améliorer la disponibilité des produits, en particulier dans les régions où les ressources sont limitées.

66. Il existe peu d'indicateurs mondiaux pour surveiller la qualité des soins maternels et néonataux et les mécanismes de suivi et d'évaluation sont inexistant dans de nombreux pays. La surveillance des décès maternels et périnataux et les mesures prises pour les prévenir peuvent fortement contribuer à améliorer la qualité des soins. De nombreux pays ont rendu obligatoire la déclaration des décès maternels, ce qui peut servir de point d'entrée pour une enquête confidentielle sur les causes de décès des mères et pour la planification de mesures correctives. Une démarche similaire pourrait être appliquée à la mortalité périnatale.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 2

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

- a) actualiser les politiques, les lignes directrices, les normes et les critères nationaux applicables aux soins maternels et néonataux ;
- b) mettre en œuvre des systèmes efficaces d'amélioration de la qualité pour des soins maternels et néonataux de qualité, respectueux de la mère et de l'enfant ;
- c) adopter des programmes d'études basés sur les compétences pour la formation des agents de santé et mettre en place des cadres réglementaires pour les sages-femmes et les autres personnels de santé ;
- d) veiller à ce que des visites postnatales soient effectuées au cours de la première semaine et à ce que des soins supplémentaires de qualité soient prodigués aux nouveau-nés de petite taille ou malades ;

- e) envisager et évaluer des approches innovantes pour motiver le personnel et pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité ; enquêter de manière plus approfondie sur le rapport coût/efficacité et les risques associés au financement fondé sur les résultats, qui a été introduit dans certains pays ;
- f) s'assurer que tous les établissements disposent d'un personnel suffisant dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires capables de prendre en charge les complications maternelles et néonatales au niveau des centres de recours, et disposent d'une infrastructure de base optimale ;
- g) veiller à ce que les produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant figurent dans chaque liste nationale de médicaments essentiels ;
- h) concevoir des stratégies pour inciter les acteurs du secteur privé à plaider plus résolument en faveur de la réduction des décès maternels et néonataux et des mortinaissances, et mettre au point des technologies novatrices pour améliorer les résultats sanitaires pour la mère et le nouveau-né ;
- i) instituer une surveillance des décès maternels et périnataux et une action dans ce domaine, notamment la notification des décès maternels et périnataux (de préférence dans un délai de 24 heures) ;
- j) accroître la surveillance publique de la qualité des soins maternels et néonataux en sensibilisant l'opinion et en associant davantage les communautés.

67. En collaboration avec les associations professionnelles, les universitaires, les établissements de formation et les autres acteurs concernés, les pouvoirs publics devraient régulièrement actualiser les politiques et les lignes directrices nationales relatives aux interventions pour la continuité des soins dispensés aux femmes et aux enfants, à la lumière des lignes directrices mondiales reposant sur des bases factuelles et des stratégies définies localement. En outre, ils devraient mettre en œuvre des systèmes efficaces d'amélioration de la qualité et adopter et appliquer des normes et des critères pour des soins de qualité, respectueux de la mère et du nouveau-né.

68. Les pouvoirs publics devraient adopter des programmes d'études basés sur les compétences pour la formation des agents de santé et mettre en œuvre des cadres réglementaires définissant le champ et la pratique de l'activité des sages-femmes et des personnels infirmiers, notamment les compétences particulières requises pour s'occuper de nouveau-nés qui sont petits pour l'âge gestationnel ou malades, la formation au conseil et au soutien en matière d'allaitement, ainsi que le niveau minimum d'études requis. Il conviendrait aussi, le cas échéant, d'envisager de remédier à la pénurie de spécialistes tels que les néonatalogues et conseillers en allaitement.

69. Les effectifs de chaque établissement qui dispense des soins maternels et néonataux doivent être planifiés de manière à ce que les services puissent être assurés en continu 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le travail d'équipe est essentiel : les équipes des hôpitaux de premier niveau et de deuxième niveau devraient être pluridisciplinaires et inclure des obstétriciens, des pédiatres et des anesthésistes pour prendre en charge les complications maternelles et néonatales.

70. Les maternités doivent avoir une infrastructure appropriée et être correctement équipées pour dispenser les soins dont la mère et le nouveau-né ont besoin. Les normes applicables à la prévention des infections et à la sécurité biologique doivent être respectées. Installations électriques, approvisionnement en eau, assainissement, lavabos pour se laver les mains et toilettes propres, espaces appropriés préservant l'intimité des femmes pendant l'accouchement et zones spéciales pour la prise en charge des nouveau-nés malades dans de bonnes conditions de sécurité, tous ces équipements doivent être en place.

71. Après la naissance, les mères et les nouveau-nés doivent recevoir l'ensemble des services essentiels avant de quitter l'établissement de santé. La mère et l'enfant devront systématiquement occuper la même chambre et les dispositions nécessaires devront être prises pour permettre aux mères de pratiquer aisément la méthode « mère kangourou ». Dans les établissements de santé qui soignent des enfants prématurés, petits pour l'âge gestationnel et/ou malades, le tirage et la conservation du lait maternel devraient être encouragés et complétés par des banques de lait dans certains établissements de recours. Les établissements de soins de niveau secondaire et tertiaire devront disposer de services néonataux et de pouponnières dotés du matériel et du personnel appropriés et être rattachés aux établissements de soins primaires moyennant un système de recours bien rodé. Les visites postnatales requises au cours de la première semaine qui suit la naissance sont nécessaires pour indiquer dans quels cas consulter et pour détecter d'éventuelles complications.

72. Les produits d'importance vitale (y compris les technologies essentielles) pour la santé de la femme et de l'enfant devraient figurer dans toutes les listes nationales de médicaments essentiels, et une chaîne d'approvisionnement ininterrompue à destination de tous les établissements, en particulier les établissements les plus périphériques, devrait être assurée.

73. Un système de surveillance et d'amélioration de la qualité des soins devrait être mis en place dans tous les services de maternité publics et privés, par exemple moyennant la surveillance des décès maternels et périnataux et l'adoption de mesures pour les prévenir, l'enregistrement des naissances et des décès (y compris les morts fœtales ou les mortinaissances), ainsi que des enquêtes périodiques sur la disponibilité et l'état de préparation des établissements de santé. Les technologies de l'information peuvent faciliter le suivi en temps réel : les téléphones portables permettent, par exemple, de renforcer la communication entre les personnels de santé et avec la communauté, et l'échange de données. La création de liens entre les communautés et les services pour améliorer la qualité des soins exige des investissements ; les audits et l'obligation de rendre des comptes sont d'autres éléments essentiels du processus d'amélioration de la qualité des soins.

74. La motivation du personnel est un facteur déterminant pour la qualité des soins. Des approches innovantes comme le conseil personnalisé, le tutorat, l'accréditation et la formation continue peuvent aussi être utilisées, le cas échéant, pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité. Les autorités nationales peuvent envisager des mesures incitatives, sous la forme de versements, de primes ou d'une reconnaissance publique. Le financement fondé sur les résultats est en cours d'adoption dans plusieurs pays, mais il est nécessaire d'examiner plus avant son efficacité économique ainsi que les éventuels risques qu'il comporte.

75. La sensibilisation du public et une plus grande participation communautaire peuvent accélérer l'amélioration de la qualité des soins. Les parlementaires, qui représentent les électeurs, votent les lois, examinent et approuvent les budgets et surveillent l'action des pouvoirs publics, ont par conséquent un rôle décisif à jouer pour le bien-être des femmes et des enfants. La société civile et les responsables locaux, y compris les dirigeants d'entreprises, peuvent renforcer la volonté politique et contribuer à sensibiliser l'opinion et à faire en sorte que la communauté prenne en mains les problèmes et les solutions. Il est important à cet effet que les données et les informations circulent librement, les résultats issus des bilans annuels du secteur de la santé étant rendus publics conformément aux recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant.

76. L'association du secteur privé moyennant des partenariats public-privé peut présenter de multiples avantages, parmi lesquels la sensibilisation à un haut niveau ; le transfert de technologie dans les pays à revenu faible ; la réduction des coûts et la disponibilité accrue de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux de qualité certifiée ; l'amélioration de la qualité des soins et la fourniture, par des praticiens privés, de services fondés sur des bases factuelles ; l'amélioration des fonctions de tutelle et de réglementation des pouvoirs publics ; la fourniture de moyens de transport

pour les urgences ; le renforcement des services de santé assurés par les employeurs ainsi que des politiques et des programmes sur le lieu de travail qui aident les femmes enceintes et les jeunes mères ; et la mise au point de technologies innovantes susceptibles de réduire le nombre de décès néonataux et maternels et de prévenir les mortinaissances et les handicaps.

Objectif stratégique 3 : Atteindre chaque femme et chaque nouveau-né pour réduire les inégalités

Raison d'être de l'objectif stratégique 3

77. Chaque femme et chaque nouveau-né ont droit à des soins de santé de qualité, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle et aux droits de l'homme. L'accès à des soins maternels et néonataux de qualité dépend, entre autres, de la présence d'agents de santé qualifiés motivés, suffisamment bien équipés et équitablement répartis. Dans de nombreux pays, les inégalités d'accès aux professionnels de santé, en particulier en milieu rural, est l'un des principaux facteurs expliquant la persistance de taux de mortalité élevés chez les femmes et les nouveau-nés.

78. Actuellement, moins d'un pays sur six parmi ceux affichant les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés atteint le seuil minimal de 23 médecins, sages-femmes et infirmières pour 10 000 habitants qui est nécessaire pour pouvoir assurer un ensemble de soins de base.¹ Il existe une grave pénurie de sages-femmes dans au moins 38 pays.² Cette pénurie, combinée à des conditions de travail médiocres et au manque d'incitations à aller vivre et travailler dans des zones reculées ou parmi des populations défavorisées, se traduit par une répartition inégale des agents de santé et par de grandes inégalités d'accès aux soins pour les mères et les nouveau-nés dans les pays qui enregistrent des taux élevés et inéquitablement répartis de mortalité néonatale.

79. Le coût des services de santé peut représenter un obstacle important qui empêche les familles de demander des soins au cours de la grossesse et de l'accouchement et durant la période postnatale. Les coûts directs, tels que le règlement direct des médicaments et des consultations ou autres prestations, ainsi que les coûts indirects liés par exemple au transport et à la perte de revenus entraînent de fortes inégalités dans la couverture des soins, en particulier pour les femmes qui accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié. Dans certains pays, les soins de santé entraînent des coûts élevés pour une proportion de la population pouvant atteindre 11 %, et jusqu'à 5 % des familles tombent dans la pauvreté à la suite de dépenses encourues pour les soins de santé, y compris les coûts liés à des soins essentiels pour la mère et le nouveau-né.³ L'objectif de la couverture sanitaire universelle est que chacun ait accès aux services de santé dont il a besoin sans s'exposer de ce fait à des difficultés financières mais, sur ces deux points, l'objectif est loin d'être atteint à l'échelle mondiale, en particulier pour les femmes et les enfants.

80. Lorsqu'il existe une discrimination contre les petites filles, des mesures spéciales sont nécessaires dans les services de santé et les communautés afin de lutter contre cette violation des droits humains.

¹ Atlas mondial des personnels de santé (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>, consulté le 27 mars 2014).

² *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2011.

³ *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

81. L'absence d'informations sur les budgets consacrés à la santé de la mère et du nouveau-né limite la transparence et complique la surveillance en la matière. Rares sont les pays qui tiennent, dans leurs comptes nationaux de la santé, des sous-comptes distincts consacrés à la santé maternelle et néonatale, et ce n'est que récemment qu'un suivi de l'aide au développement s'est imposé dans le domaine public.

82. Les entreprises du secteur privé devraient adopter des mesures spéciales pour favoriser le soutien aux mères au sein des communautés et sur le lieu de travail lors de la grossesse et de l'allaitement et pour rendre abordables les services de soins aux enfants, conformément aux dispositions de la Convention de l'OIT sur la protection de la maternité adoptée en 2000 (N° 183). Le secteur privé peut et devrait contribuer à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement précoce et exclusif en veillant à ce que les pratiques de commercialisation et de promotion soient pleinement conformes aux dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé dans ce domaine, et en se conformant aux dispositions juridiques et réglementaires nationales visant à leur donner effet.

83. Pour atteindre chaque femme et chaque nouveau-né, il faut investir dans tous les aspects du système de santé, y compris le leadership et la gouvernance, les effectifs de personnels, les infrastructures, les produits et fournitures, la prestation de services, les systèmes d'information et le financement. Les approches doivent être adaptées aux différents contextes, une attention particulière devant être prêtée à la préparation et à l'action rapide en cas de crises humanitaires complexes.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 3

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

- a) mener une analyse systématique des obstacles à l'obtention à grande échelle de taux élevés de couverture par une série d'interventions efficaces pour assurer des soins de qualité au sein du système de santé et des communautés, et prendre des mesures pour supprimer ces obstacles ;
- b) veiller à l'intégration des mesures axées sur la santé du nouveau-né dans les initiatives existantes pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et dans les plates-formes de prestation de services pour ne laisser passer aucune occasion d'atteindre les mères et les nouveau-nés ;
- c) élaborer et mettre en œuvre un plan de développement des personnels de santé afin de s'assurer de leurs compétences et de leur comportement respectueux, d'en augmenter la densité et de mieux motiver et fidéliser les personnels qualifiés en fonction des besoins ;
- d) obtenir de meilleurs résultats des personnels disponibles en envisageant de déléguer des tâches à des personnels de santé de niveau intermédiaire disposant d'une formation et d'un soutien appropriés, et optimiser le rôle de trait d'union des agents de santé communautaires entre les familles et les services de santé ;
- e) adopter et appliquer des lois et des politiques sur l'égalité d'accès à des soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés tant dans le secteur public que dans le secteur privé ;
- f) planifier les services de santé maternelle et néonatale sur la base d'un programme s'appuyant sur des éléments probants, et estimer les besoins en effectifs pour leur application ;
- g) veiller à éliminer les obstacles (sociaux et financiers) qui limitent l'accès aux soins pour les mères et les nouveau-nés, y compris pour les jeunes filles particulièrement vulnérables dans certaines populations ;

- h) assurer un suivi des dépenses de santé nationales, y compris de celles consacrées à la santé de la mère et du nouveau-né, et mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national ;
- i) concevoir des programmes ciblés, dans le cadre scolaire ou extrascolaire, pour élargir l'accès des adolescents et des jeunes adultes aux méthodes de contraception modernes – et leur utilisation de ces méthodes –, et apporter aux adolescentes enceintes tout le soutien dont elles ont besoin ;
- j) envisager des stratégies communautaires pour améliorer la demande de services, la préparation à l'accouchement et les pratiques de soins essentiels pour le nouveau-né, y compris par des visites d'agents de santé communautaires à domicile et la mise en place de groupes de femmes participatifs.

84. La première mesure proposée pour que les pays puissent s'acheminer vers une couverture universelle des soins maternels et néonataux consiste à effectuer une analyse systématique des obstacles empêchant la mise en œuvre de l'ensemble des interventions nécessaires pour assurer des soins de bonne qualité. Ces obstacles peuvent exister au sein du système de santé lui-même, mais tenir aussi au manque de connaissances des familles et des communautés, à des perceptions erronées ou à un manque de ressources. Les résultats de ces analyses doivent être pris en considération dans la conception des plans nationaux d'action pour les nouveau-nés.

85. L'intégration des actions en faveur de la santé du nouveau-né dans les initiatives existantes en matière de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et dans les plates-formes de prestation de services (y compris pour le VIH, le paludisme et la vaccination) est d'une importance capitale pour ne laisser passer aucune occasion d'atteindre les mères et les nouveau-nés. Les pays doivent absolument évaluer quels sont les services nécessaires, motiver les agents de santé, améliorer l'efficacité des soins hospitaliers, lutter contre le gaspillage et la corruption et optimiser l'utilisation des technologies et des services de santé.

86. Chaque pays devrait avoir un plan global de développement des personnels de santé qui couvre non seulement la formation théorique et pratique de ces personnels mais aussi leur répartition géographique, leur motivation et la fidélisation des personnels qualifiés, et qui corrige en outre le déséquilibre entre les personnels disponibles et les postes offerts moyennant un système de suivi depuis la formation avant l'entrée en fonctions jusqu'à la nomination et la fidélisation. Il est essentiel que les agents de santé aient des attitudes et des comportements respectueux à l'égard des femmes et des nouveau-nés, leurs conditions de travail devant en outre leur permettre d'exercer dans un environnement sûr et respectueux. Les plans d'action devraient comprendre des mesures visant à développer et à répartir plus équitablement les personnels de santé et, le cas échéant, à prendre immédiatement des dispositions pour améliorer leurs conditions d'emploi, y compris en leur assurant une rémunération appropriée. La fourniture d'un logement, de l'électricité et de suppléments de salaire s'est avérée efficace pour inciter les agents de santé à aller travailler dans des zones reculées et mal desservies.

87. Une des priorités est d'optimiser la qualité des services des personnels existants. Il a été amplement prouvé que l'on pouvait déléguer certaines interventions vitales à des agents de santé de niveau intermédiaire à condition qu'ils aient été convenablement formés. Par exemple, lorsque les possibilités de recours sont limitées, les sages-femmes devraient pouvoir assurer la totalité des soins obstétricaux d'urgence.

88. Les gouvernements devraient adopter et appliquer des lois et des politiques garantissant l'égalité d'accès à des soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés dans les secteurs public et privé. Ces politiques devraient viser notamment à assurer : un accès universel aux soins de santé pour les femmes et les enfants, sans que cela n'occasionne de difficultés financières ; une notification des décès

maternels et périnataux ; l'adoption d'approches adaptées au contexte en ce qui concerne l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson ; la ratification de la Convention (N° 183) de l'OIT sur la protection de la maternité adoptée en 2000 ; et l'adoption d'une législation visant à mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

89. Les plans de développement des services de santé maternelle et néonatale devraient s'appuyer sur des données et des éléments de preuve objectifs. Les pays doivent estimer leurs besoins en fonction du nombre de grossesses et d'accouchements attendus dans un contexte donné, et mettre en place et équiper les infrastructures nécessaires. Ils doivent définir un ensemble standard de soins à dispenser aux mères et aux nouveau-nés à chaque niveau des services de santé et déterminer les effectifs nécessaires et la constitution des équipes, qui devraient comprendre des sages-femmes et des personnels obstétricaux et, le cas échéant, des spécialistes tels que des obstétriciens, des infirmières spécialisées en néonatalogie et des pédiatres. La cartographie des points d'accès a contribué utilement dans plusieurs pays à la prise des décisions concernant le nombre et l'implantation des services de maternité à prévoir pour desservir le plus grand nombre de familles et de communautés. L'accroissement des investissements dans la qualité des soins dispensés pendant la période qui entoure la naissance devrait s'appuyer sur une solide planification.

90. Des programmes scolaires ou extra-scolaires ciblés doivent être mis en place pour rendre les méthodes contraceptives modernes plus accessibles aux adolescents et aux jeunes adultes et pour qu'ils soient plus nombreux à les utiliser. Les mesures prises pour prévenir les grossesses précoces devraient inclure l'adoption de lois visant à empêcher le mariage des filles avant l'âge de 18 ans ou à le rendre moins fréquent, ainsi que l'enseignement des aptitudes personnelles et sociales (aussi bien aux jeunes filles qu'aux garçons) pour maintenir les adolescentes dans le système scolaire, réduire la proportion de relations sexuelles contraintes, prévenir les grossesses précoces et non désirées avant l'âge de 20 ans et inculquer des normes et traditions culturelles positives. Les jeunes devraient avoir accès à la contraception et à une éducation sexuelle qui les rende aptes à prendre des décisions libres et responsables en matière de sexualité et de santé génésique. Les pays doivent créer un environnement propice dans ce domaine. Il devrait exister des services de santé adaptés aux jeunes qui permettent aux adolescentes enceintes de recevoir tout le soutien dont elles ont besoin pour se préparer à la naissance et au rôle de parent, quel que soit leur état matrimonial.

91. Il est nécessaire de mettre en place des politiques visant à éliminer les inégalités d'accès aux soins de santé, y compris en subventionnant les soins et en se concentrant sur les groupes de populations les plus vulnérables, de manière à ce que des services de santé maternelle et néonatale de bonne qualité et d'un coût abordable soient mis à la disposition du public aux points d'utilisation (ce qui suppose la gratuité pour beaucoup d'utilisateurs). Les pays devraient réduire le recours aux paiements directs au profit de systèmes de prépaiement avec une mise en commun des fonds de manière à répartir les risques financiers sur l'ensemble de la population. Le prépaiement suppose généralement d'introduire des taxes et autres charges publiques et/ou des systèmes d'assurance. Pour mobiliser des ressources, les gouvernements devraient donner la priorité au secteur de la santé dans leurs budgets nationaux, améliorer l'efficacité de la collecte de l'impôt et trouver de nouvelles sources de fonds, par exemple en taxant le tabac et l'alcool.

92. Les pays doivent assurer un suivi des dépenses de santé totales par source de financement (et par habitant), ainsi que des dépenses totales consacrées à la santé génésique, à la santé maternelle et néonatale et à la santé de l'enfant par source de financement (et par habitant). Tous les grands partenaires de développement devraient rendre compte de l'assistance effectivement fournie en matière de santé maternelle et néonatale par rapport aux promesses faites et prendre des engagements permettant aux autorités nationales d'établir des budgets prévisibles et de renforcer la responsabilisation mutuelle.

93. Les stratégies communautaires visant à augmenter la demande en services, la préparation à la naissance, et les pratiques essentielles de soins aux nouveau-nés, y compris les groupes de femmes participatifs et les visites à domicile par des agents de santé communautaires, des bénévoles ou des facilitateurs non spécialistes, peuvent grandement contribuer à réduire les inégalités dans la mortalité et l'accès aux soins. Selon les données disponibles, ce sont les groupes de femmes qui ont le plus fort impact sur la mortalité parmi les populations les plus pauvres.

Objectif stratégique 4 : Utiliser le potentiel des parents, des familles et des communautés

Raison d'être de l'objectif stratégique 4

94. Il est d'une importance cruciale de supprimer les obstacles à l'accès aux soins dispensés par un personnel qualifié à la naissance et d'utiliser le potentiel des parents, des familles et des communautés, en les incitant à solliciter des soins tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et au cours des premiers jours et semaines de vie des enfants. Cela est particulièrement essentiel dans les pays à faible revenu, où près de la moitié des mères ne sont pas assistées par du personnel qualifié pendant leur accouchement, où plus de 70 % des enfants nés hors service de maternité ne bénéficient pas de soins postnatals¹ et où se produisent la plupart des décès maternels, des décès de nouveau-nés et des mortinaissances. Beaucoup de nouveau-nés décèdent à la maison sans même que l'on ait cherché une aide médicale.

95. Il est essentiel de donner aux femmes, aux parents, aux familles et aux communautés les moyens de consulter lorsque cela est nécessaire et de veiller à ce qu'ils puissent apporter eux-mêmes à domicile les soins recommandés. Les issues sanitaires, qu'elles soient positives ou négatives, sont déterminées par des décisions prises au sein du foyer, la capacité des familles d'accéder aux soins lorsque cela est nécessaire et la qualité des services reçus. Malheureusement, il est fréquent que les nombreuses personnes qui ont un rôle à jouer à l'extérieur des services de santé ne soient pas associées aux discussions et aux efforts visant à améliorer leur santé et à accroître la couverture des interventions essentielles.

96. Les programmes cherchant à renforcer les services de santé par la mobilisation des membres des communautés pour les inciter à adopter de saines pratiques, par la modification des normes sociales pour améliorer le soutien social et par la suppression des obstacles à l'accès aux soins ont pourtant démontré l'intérêt de telles approches. Les changements produits sont particulièrement sensibles dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Le droit d'une femme de prendre des décisions est crucial pour sa santé comme pour la santé de sa famille.

97. Les activités axées sur les communautés peuvent être divisées en gros en quatre catégories : i) sensibilisation aux droits, aux besoins et aux problèmes potentiels liés à la santé maternelle et néonatale ; ii) développement de l'aptitude à rester en bonne santé, à prendre des décisions saines et à répondre aux urgences obstétricales et néonatales ; iii) renforcement des réseaux de soutien social entre les femmes, les familles et les communautés et des liens avec les services de santé ; et iv) amélioration de la qualité des soins en renforçant les interactions entre les services de santé et les femmes, les familles et les communautés et en améliorant la réponse apportée à leurs besoins.² Il est nécessaire d'investir dans chacun de ces domaines, en particulier là où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont élevés et où l'accès aux services de santé est limité. Ces actions doivent être menées

¹ OMS, UNICEF. *Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

² *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

conjointement par de multiples acteurs parallèlement aux efforts visant à améliorer la qualité des services de santé. La société civile peut jouer un rôle de catalyseur par le canal des coalitions et réseaux existants, renforcés au besoin.

98. Les familles, en particulier les parents, sont responsables au premier chef des soins prodigués aux nouveau-nés. Ils peuvent et doivent assurer certains aspects des soins nécessaires à la bonne santé du nourrisson après la naissance, notamment veiller à ce qu'il soit propre et au chaud, commencer l'allaitement rapidement et de manière exclusive, et effectuer les soins appropriés du cordon ombilical (y compris en utilisant de la chlorhexidine, le cas échéant). Cela est particulièrement important pour les nourrissons nés à domicile ou qui quittent la maternité quelques heures après la naissance. Même si certaines pratiques, comme l'allaitement, sont souvent considérées comme des gestes naturels, beaucoup de femmes ont besoin du soutien d'agents qualifiés.

99. Les interactions entre l'enfant et les personnes qui s'occupent de lui sont cruciales pour le développement psychosocial et cognitif du nourrisson et doivent débiter dès le jour de la naissance. Une communication et une stimulation simples favorisent la maturation des circuits neurologiques du nourrisson et sont nécessaires pour les enfants nés à terme comme pour les prématurés. L'aide au développement du jeune enfant est une composante essentielle des soins aux nouveau-nés.

100. Les hommes peuvent jouer un rôle important dans la santé de la mère et du nouveau-né en tant que partenaires, pères et membres de la communauté. Ils ont souvent une voix prépondérante dans la décision de solliciter des soins pour la mère et le nouveau-né et doivent comprendre les besoins, les risques et les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les programmes de santé qui sont traditionnellement conçus pour permettre une interaction avec les femmes doivent aussi tenir compte des besoins et du point de vue des hommes (sans compromettre les droits des femmes), travailler avec les hommes et avec les femmes (adolescents et adultes) et partir du principe que le point de vue et les droits des femmes et des hommes en matière de santé génésique intéressent les deux sexes. Les agents de santé doivent favoriser l'accompagnement par les hommes de leur partenaire et leur présence à l'accouchement, en les aidant à améliorer la communication et la prise de décisions au sein du couple.

101. En 2009, l'OMS et l'UNICEF ont publié une déclaration commune sur les visites à domicile pour les nouveau-nés, des travaux de recherche ayant montré que le suivi à domicile des nouveau-nés par des agents de santé communautaires améliorait leurs chances de survie.¹ Depuis, de vastes études réalisées en Afrique et en Asie ont montré que les visites à domicile au cours de la grossesse et de la première semaine suivant la naissance se traduisaient par une augmentation du nombre de femmes se rendant à des consultations prénatales et assistées par du personnel qualifié au cours de leur accouchement. Les visites des agents de santé communautaires aident aussi les familles à mieux prendre soin des nouveau-nés et ont conduit à une amélioration des pratiques, comme retarder le premier bain ou commencer rapidement l'allaitement maternel exclusif, et en conséquence à des réductions sensibles des taux de mortalité néonatale.

102. Les dirigeants locaux, les membres de la famille, les accoucheuses traditionnelles et les autres personnes d'influence peuvent aussi apporter une aide positive. Dans certains contextes, la culture confère aux membres de la famille plus âgés, tels que les grands-mères ou les belles-mères, des prérogatives importantes en matière de prise de décisions et de soins, influençant par exemple le régime des femmes enceintes, la charge de travail et les responsabilités au sein du foyer ainsi que le recours aux services d'urgence.

¹ OMS, UNICEF. *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

103. Pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, en particulier dans les zones rurales ayant un accès limité aux services de santé, il est recommandé de favoriser la mobilisation communautaire par l'apprentissage actif et l'action participative au sein de groupes de femmes. Ces interventions peuvent avoir un effet positif sur la mortalité du nouveau-né, et des travaux de recherche plus poussés pourraient permettre de mieux comprendre leurs effets sur la santé maternelle et la propension à consulter. Les activités d'apprentissage actif et d'action participative dans le cadre de groupes de femmes devraient s'attacher à favoriser les discussions au cours desquelles les femmes peuvent identifier les problèmes prioritaires et préconiser des solutions locales pour la santé de la mère et du nouveau-né. Afin d'en garantir la qualité, les interventions mises en œuvre doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi étroits, ainsi que d'une adaptation préalable au contexte local.

104. Les agents de santé non professionnels, notamment les accoucheuses traditionnelles, s'acquittent avec succès de fonctions entrant dans l'offre de soins aux femmes et aux nouveau-nés et peuvent être des membres importants de l'équipe de santé. Ils n'ont pas vocation à remplacer un professionnel de santé lors de l'accouchement, mais peuvent effectivement contribuer aux interventions en matière de santé de la mère et du nouveau-né et de santé génésique, telles que l'incitation à consulter en cas de besoin, la préparation à l'accouchement et aux complications de l'accouchement, ou encore le soutien à l'allaitement, entre autres. Les accoucheuses traditionnelles sont souvent des figures appréciées et respectées au sein de la communauté et il est important de leur trouver de nouveaux rôles : elles peuvent ainsi apporter un soutien constant aux femmes au cours du travail (en présence de personnel qualifié) et faire le lien entre les communautés et les services de santé.¹

105. Parallèlement à d'autres actions, on peut aussi utiliser les médias sociaux et les moyens de communication de masse pour inculquer des connaissances, faire évoluer les comportements et faire naître une responsabilité sociale en matière de services de santé néonatale. Des campagnes de sensibilisation à la radio et à la télévision ont contribué à faire augmenter le nombre de naissances ayant lieu dans les établissements de soins et à promouvoir le démarrage précoce de l'allaitement maternel exclusif, parmi d'autres interventions. Des approches pluridimensionnelles élargissent la portée de ces messages.

106. L'expertise considérable du secteur privé en matière de communication stratégique peut être mise à profit pour faire évoluer les normes sociales (telles que l'idée selon laquelle les décès maternels et néonataux sont inévitables), promouvoir des comportements optimaux sur le plan de la santé et accroître la demande de soins de bonne qualité. Beaucoup de sociétés privées ont la capacité d'effectuer des recherches et d'utiliser diverses sources de données pour mieux comprendre ce qui motive les comportements, atout extrêmement utile qui n'a pas encore été pleinement exploité. Les partenariats public-privé se prêtent tout spécialement à l'organisation de campagnes de sensibilisation multimédias utilisant les plates-formes de communication existantes du secteur privé, la télévision, la radio, les médias sociaux ainsi que les technologies de la cybersanté et de la téléphonie mobile.

107. Les organisations de la société civile peuvent largement contribuer à la mobilisation sociale, à la création d'une volonté politique et à la conception de politiques, et aider à responsabiliser les gouvernements et les prestataires de services de santé pour la mise en œuvre de leurs programmes et plans.

¹ Recommandations de l'OMS. *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ; OMS, ICM, FIGO. *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

108. Des analyses systématiques des résultats des approches fondées sur des bases factuelles visant à utiliser le potentiel des femmes, des parents et des communautés sont en cours dans les domaines suivants : la préparation à l'accouchement et aux complications de l'accouchement ; les programmes de transport ; les « maisons de maternité » ; la participation communautaire à la planification des programmes et à l'amélioration de la qualité ; la réduction des obstacles financiers et le versement d'allocations ; la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né ; l'utilisation de la téléphonie mobile ; les enquêtes sur les décès maternels et néonataux ; et le financement en fonction des résultats. Les conclusions seront utilisées pour concevoir les politiques futures dans ces domaines.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 4

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

- a) promouvoir la tolérance zéro des décès maternels et néonataux évitables ;
- b) tirer le meilleur parti de la parole des parents et de l'influence de la société civile, des moyens de communication de masse et des médias sociaux pour informer et faire évoluer les normes ;
- c) effectuer une analyse systématique des obstacles à l'accès à des services maternels et néonataux de qualité et à l'adoption des pratiques essentielles en matière de soins à domicile par les femmes, les familles et les communautés, et associer activement les communautés à la définition des priorités et à la planification des mesures appropriées ;
- d) donner aux familles, y compris aux hommes, les connaissances et les capacités nécessaires pour assurer de bons soins à domicile ;
- e) renforcer les liens entre la communauté et les établissements de soins en utilisant des approches novatrices pour atteindre les zones reculées ;
- f) adopter des approches combinées pour améliorer la qualité des soins à domicile et dans les services de santé ;
- g) évaluer l'utilité des organisations communautaires telles que les groupes de femmes participatifs pour améliorer la mobilisation communautaire, en particulier parmi les populations rurales ayant un accès limité aux soins ;
- h) adopter des stratégies fondées sur des données factuelles pour générer et maintenir une demande de services en agissant au niveau de la communauté ;
- i) inciter et aider les organisations de la société civile locales à réclamer davantage de transparence et de contrôle et à améliorer l'accès aux soins et leur qualité ;
- j) inciter le secteur privé à appuyer des campagnes de communication multimédias pour faire évoluer les normes sociales, promouvoir une tolérance zéro de la mortalité évitable et encourager l'adoption de comportements optimaux.

109. Les communautés, les familles et les individus doivent reconnaître que les décès maternels et néonataux et les mortinaissances sont bien évitables et non pas inévitables. Pour parvenir à une tolérance zéro des décès évitables, les normes sociales et les attentes concernant l'accouchement et la survie du nouveau-né doivent changer, et la parole doit être donnée aux parents d'enfants mort-nés ou décédés peu après leur naissance. Des stratégies de soutien mutuel faisant appel à la parole des parents pour mobiliser la société civile, ainsi qu'aux moyens de communication de masse et aux médias sociaux, peuvent être utilisées pour diffuser l'information et faire évoluer les normes.

110. L'analyse des obstacles qui est proposée dans le cadre de l'objectif stratégique 3 doit aussi être axée sur les facteurs qui déterminent la demande en services de santé maternelle et néonatale et ont une incidence sur la fourniture des soins recommandés à domicile, de manière autonome, dans les pays où la mortalité néonatale est élevée. La compréhension des motivations et des facteurs culturels, structurels et financiers qui amènent les familles et les communautés à adopter de bonnes pratiques de soins à domicile et à solliciter les soins nécessaires pour les mères et leurs enfants est essentielle pour mettre au point une réponse appropriée. Les programmes doivent inclure des activités donnant la parole aux femmes et aux familles et leur permettant de prendre part à la hiérarchisation des problèmes et des solutions.

111. Lorsque l'accès aux services de santé est inéquitable ou insuffisant, les pays devraient considérer les agents de santé communautaires comme une force dans laquelle investir pour améliorer les soins aux mères et aux nouveau-nés, en particulier dans les zones difficilement accessibles, en veillant, compte tenu de leur importance, à leur intégration aux côtés des professionnels de santé pour les questions de santé de la mère et de l'enfant. Une formation appropriée, un encadrement positif ainsi que des mesures liées au déploiement des effectifs et à l'indemnisation sont nécessaires.

112. Le renforcement des organisations à base communautaire, telles que les groupes de femmes, devrait être envisagé afin de favoriser la mobilisation communautaire moyennant des approches reposant sur le dialogue, telles que des cycles d'apprentissage actif et d'action participative. Ces approches présentent un intérêt particulier dans les populations rurales qui ont un accès limité aux soins. Une évaluation plus poussée de l'utilité de ces approches dans les environnements urbains pauvres ainsi qu'avec d'autres acteurs, tels que les hommes et les grands-mères, mériterait aussi d'être entreprise de toute urgence.

113. Le rôle des familles, des hommes et des pères en particulier, est également important. Ils devraient être associés aux activités menées tant dans les foyers pris séparément qu'au niveau de la communauté pour améliorer leur contribution à la santé de la famille. Il existe divers moyens de développer l'aptitude à fournir des soins de qualité à domicile, tels que l'éducation pour la santé, les campagnes dans les médias et les visites à domicile par des agents de santé communautaires ayant reçu une formation.

114. Le renforcement des liens entre les communautés et les établissements de santé améliore les issues sanitaires pour les femmes et les enfants, en particulier lorsque des services d'orientation-recours sont fournis. La téléphonie mobile, qui est maintenant largement accessible et peut permettre d'atteindre des zones reculées dans de nombreux pays, offre un moyen d'améliorer ces liens. Elle a été utilisée avec succès pour diffuser des messages de santé, mettre en place des lignes d'assistance téléphonique et faciliter la surveillance en temps réel des naissances et des décès ; elle peut aussi être employée en liaison avec des interventions de mobilisation communautaire pour renforcer les synergies.

115. Pour créer une demande de services dans les communautés mal desservies, il faut imaginer des approches novatrices s'inspirant de stratégies fondées sur des données factuelles. Par exemple, le versement sous condition d'allocations aux familles et aux communautés peut être envisagé lorsque des circonstances financières entravent l'accès aux soins de santé, moyennant un contrôle rigoureux pour assurer un bon rapport coût/efficacité.

116. La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a appelé à un renforcement des contrôles et de la transparence et a invité les parlementaires, les dirigeants locaux, la société civile et la population en général à réclamer des informations et à participer activement à la planification et à la surveillance des services de santé et de la qualité des soins prodigués aux mères et aux enfants. Les pays devraient s'efforcer de mettre en œuvre ces recommandations. De même, tous les acteurs concernés devraient accepter d'être tenus pour

responsables, indépendamment les uns des autres, de la mise en œuvre de ce Plan d'action au niveau mondial dans le cadre de leur engagement à sauver des nouveau-nés.

Objectif stratégique 5 : Recenser chaque nouveau-né – système de mesure, suivi des programmes et responsabilisation

Raison d'être de l'objectif stratégique 5

117. Les statistiques d'état civil fournissent des informations indispensables et permettent en l'occurrence de rendre les politiques plus efficaces et mieux à même de répondre aux besoins des femmes et des enfants. Toutefois, en 2010, environ un tiers des 135 millions de naissances ayant eu lieu dans le monde et les deux tiers de l'ensemble des décès n'ont pas été enregistrés. La moitié des pays de la Région africaine et de la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS ne consignent pas la cause des décès dans leurs statistiques d'état civil et les systèmes existants présentent de sérieuses lacunes.¹ Dans certains pays, le système d'enregistrement des faits d'état civil ne suit pas les recommandations mondiales concernant les enfants à enregistrer et ne fonctionne souvent que dans une partie du pays. Dans d'autres pays, tous les décès ne sont pas enregistrés. Faute de données de qualité sur les naissances et les décès, y compris la cause de ces derniers, il manque des informations cruciales pour la définition des politiques, la planification et l'évaluation, et ce dans tous les secteurs du développement, y compris la santé et les services de santé. La résolution 19/9 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur l'enregistrement des naissances et le droit de chacun à la reconnaissance en tout lieu de sa personnalité juridique est entièrement consacrée à l'enregistrement des naissances et au droit de chacun de bénéficier d'une identité juridique, sans discrimination.

118. À mesure que les gouvernements et les partenaires mettront en place des interventions en matière de santé du nouveau-né et en élargiront l'accès, on aura besoin d'informations plus nombreuses et de meilleure qualité pour pouvoir suivre et évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des engagements pris en vue de mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables.

119. Il existe peu d'indicateurs universels permettant de surveiller la qualité des soins de santé maternelle et néonatale et l'équité dans l'accès à ces soins. Certaines initiatives ont été prises pour améliorer le système de mesure, par exemple en ajoutant des questions sur les soins postnatals prodigués aux mères et aux nouveau-nés dans les enquêtes effectuées auprès des ménages et, dans les instruments d'évaluation des structures de santé, des questions sur la disponibilité de produits et d'équipements spécialement destinés aux nouveau-nés, tels que du matériel de réanimation ou des corticoïdes pour la corticothérapie prénatale. Toutefois, la collecte de ces données se heurte encore à de nombreux obstacles. Les enquêtes auprès des ménages effectuées à l'échelle de la population, y compris les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, permettent depuis longtemps de recueillir des données sur certains indicateurs relatifs à la planification familiale, aux soins prénatals et à la présence de personnel qualifié lors des accouchements. Récemment, davantage d'informations sur les contacts postnatals pour les nouveau-nés ont été incorporées dans ces enquêtes et le nombre de pays disposant de données à ce sujet augmente régulièrement. La définition d'indicateurs qui pourront être ajoutés aux enquêtes auprès des ménages afin d'évaluer les pratiques de prise en charge des nouveau-nés et le contenu des soins postnatals est l'une des étapes proposées par le présent plan.

¹ Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R. Modernising vital registration systems: why now? *The Lancet* 2013;381(9875):1336-7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60847-8.

120. On constate encore d'importantes lacunes dans la collecte de données sur l'issue de la grossesse ainsi que la couverture et la qualité des soins prodigués pendant la période qui entoure l'accouchement, et il convient d'accorder une attention beaucoup plus rigoureuse à la définition et à la mise à l'essai d'indicateurs et à leur introduction dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire. Peu d'indicateurs relatifs à la santé des nouveau-nés figurent actuellement dans les systèmes d'information courants, et les données recueillies sont insuffisamment utilisées pour améliorer la qualité des soins. Il faudrait se mettre d'accord sur un ensemble d'indicateurs de base supplémentaires permettant d'avoir un suivi non seulement de la couverture des interventions efficaces au niveau de la population, mais aussi de la qualité des soins prodigués dans les services de santé. Ces indicateurs devraient pouvoir être utilisés dans différents contextes, y compris les urgences humanitaires complexes. Les responsables à tous les niveaux doivent savoir dans quelle mesure le système peut assurer les services essentiels de santé maternelle et néonatale et pouvoir identifier les faiblesses susceptibles d'être corrigées par une meilleure planification, une meilleure budgétisation et une plus grande efficacité dans la prestation des services. Bon nombre de ces indicateurs peuvent être intégrés dans les systèmes d'information sanitaire courants et les résultats validés périodiquement par la réalisation d'enquêtes spécifiques.

121. De nombreux pays ont vu dans les systèmes de surveillance des décès maternels – et d'action dans ce domaine – un moyen efficace de recenser les décès, de déterminer leurs causes et de prendre des mesures correctives pour lutter contre les causes de décès évitables. Les décès périnataux devraient être considérés comme une composante importante des initiatives prises en ce sens. Une méta-analyse d'impact associée à la réalisation d'enquêtes périnatales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que l'on pouvait réduire la mortalité de 30 % lorsque les solutions préconisées à l'issue de ces enquêtes étaient mises en pratique.¹ De nouvelles lignes directrices de l'OMS et de ses partenaires contiennent des recommandations claires sur la manière de mettre en place à grande échelle la surveillance des décès maternels.² Ces lignes directrices préconisent une approche par étapes et suggèrent de se concentrer d'abord sur le renforcement des systèmes de surveillance et d'action dans les établissements de santé avant de les étendre aux communautés. Réaliser des enquêtes sur les décès maternels et périnataux en reliant les résultats à un processus national peut permettre de renforcer la capacité de lutter contre les causes de mortalité évitables. Toutefois, les mécanismes de protection juridique qui faciliteraient la réalisation d'enquêtes plus complètes sont inadéquats dans de nombreux pays, de sorte que, souvent, le potentiel de cette approche n'est pas pleinement exploité.

¹ Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009; 107 (Suppl. 1):S113-21, S121-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.011.

² *Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 5

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

- a) investir pour améliorer la couverture et la qualité du système d'enregistrement des naissances et des décès, promouvoir l'enregistrement de toutes les naissances, qu'il s'agisse d'une naissance vivante ou d'une mortinaissance, et consigner les mortinaissances et les décès néonataux ;
- b) étudier la possibilité d'utiliser des certificats spécifiques pour les décès périnataux afin d'enregistrer des données supplémentaires sur les mortinaissances, l'âge gestationnel et le poids à la naissance ainsi que sur les complications maternelles ;
- c) définir un ensemble minimal de données pour la période périnatale et s'assurer que des données sont collectées sur l'issue de toutes les grossesses, avec des définitions cohérentes et une interconnexion des bases de données pour l'enregistrement des faits d'état civil ;
- d) institutionnaliser la surveillance des décès maternels et périnataux et l'action dans ce domaine, en la reliant à des enquêtes sur les décès périnataux et en prenant des mesures pour lutter contre les causes de décès évitables recensées dans le cadre de ces enquêtes ;
- e) enregistrer les issues en termes de morbidité et de handicap, en particulier dans le cadre de l'élargissement des soins intensifs dispensés aux nouveau-nés ;
- f) évaluer et définir des indicateurs nationaux de la prestation de services de santé de la mère et du nouveau-né (sur la base des indicateurs mondiaux proposés à l'appendice 2) et les intégrer dans les systèmes et instruments de collecte systématique de données ;
- g) appeler les parlementaires, les dirigeants locaux, la société civile et la population en général à réclamer des informations et à participer activement à la planification et à la surveillance de l'accès à des services de santé de qualité pour les femmes et les enfants ;
- h) mettre au point des stratégies pour inciter le secteur privé à améliorer la collecte des données et la qualité des systèmes d'enregistrement des naissances et des décès, à concevoir et mettre en œuvre des mécanismes novateurs pour recueillir des données, et à investir dans de tels mécanismes.

122. Les pays devraient mettre en place des systèmes d'enregistrement des naissances et des décès, investir dans l'amélioration de ces systèmes et étudier des mécanismes novateurs de collecte des données, faisant appel par exemple aux agents de santé communautaires ou à la téléphonie mobile. Pour chaque naissance d'enfant mort-né ou chaque décès de nouveau-né, la cause du décès devrait être systématiquement consignée et classée dans une catégorie définie d'après des critères programmiques. Il conviendrait aussi d'inclure d'autres données (telles que l'âge gestationnel et le poids à la naissance) et de prendre en compte les déterminants sociaux de la mortalité. La qualité et l'exhaustivité des données doivent être contrôlées en permanence et les données diffusées pour servir de base à la planification.

123. Des investissements et un soutien technique sont aussi nécessaires pour améliorer, en termes de quantité, de cohérence et de fréquence, la collecte de données nationales sur toutes les issues de la grossesse pour les mères et les nouveau-nés, dans le cadre d'un ensemble minimal de données périnatales lié à la fois aux statistiques d'état civil et aux données provenant des établissements de santé. Les pays devraient renforcer les mécanismes de surveillance des décès maternels et d'action dans ce domaine, ainsi que la surveillance de la mortalité périnatale, en les reliant à des enquêtes sur les décès périnataux et en prenant des mesures pour lutter contre les causes de décès évitables

recensées dans le cadre de ces enquêtes. Il est aussi important d'enregistrer les issues en termes de handicap (par exemple rétinopathie liée à la prématurité, surdité ou paralysie cérébrale), en particulier pour les pays qui ont entrepris de développer les services de soins intensifs néonataux.

124. Les indicateurs de base mondiaux qui sont proposés dans le Plan d'action (appendice 2) devraient être évalués par les acteurs concernés et, après cette évaluation, intégrés aux systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire. L'ensemble d'indicateurs proposé sera étoffé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action (dont il est question au paragraphe 135) pour couvrir des domaines tels que l'état de préparation des services, les réalisations, l'utilisation des services, la couverture des interventions et la qualité des soins.

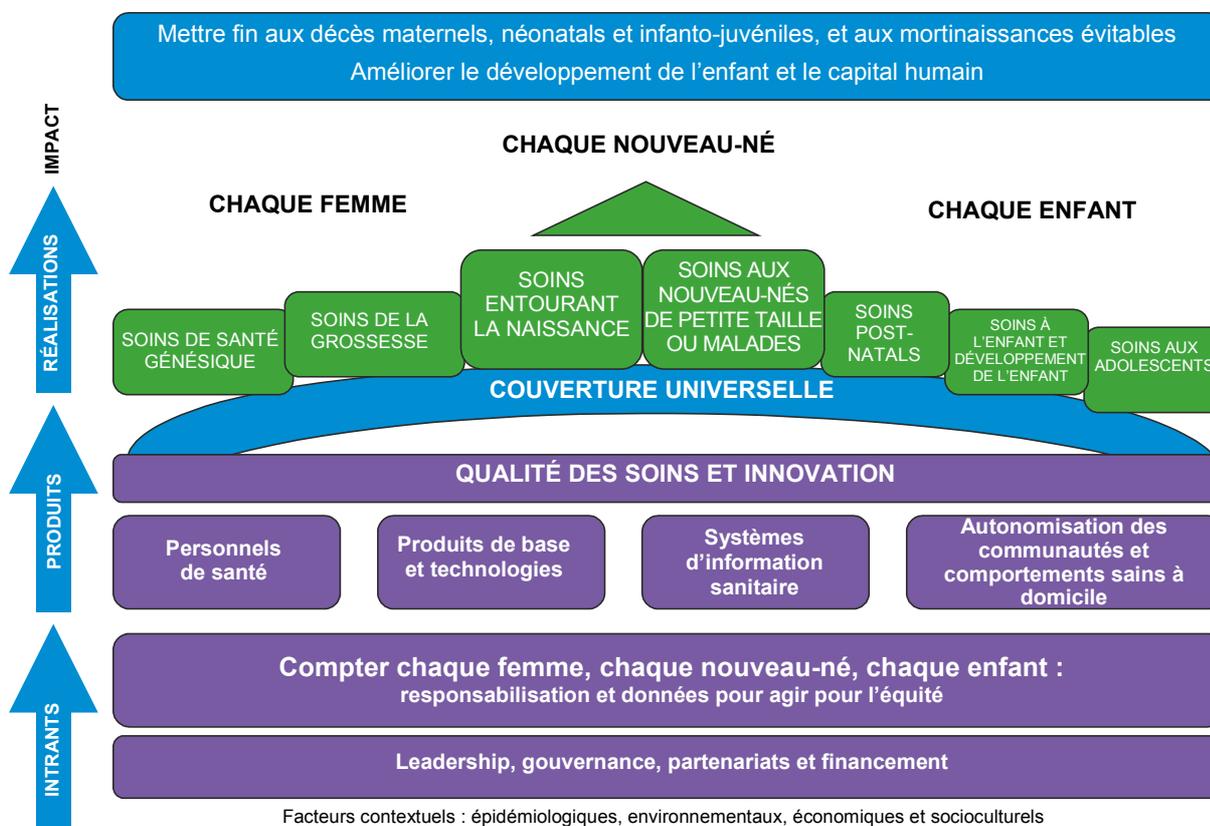
125. Tous les acteurs concernés, les parlementaires et les dirigeants locaux mais aussi la société civile et la population en général doivent réclamer des informations et participer à la planification et à la surveillance de l'accès à des services de santé de qualité pour les femmes et les enfants, éventuellement en se servant de fiches d'évaluation, afin qu'il soit mieux rendu compte de la mise en œuvre du présent Plan d'action.

126. Tout en renforçant les systèmes de surveillance systématique, les pays et les partenaires de développement devraient faire des enquêtes périodiques auprès des ménages afin de recueillir des données sur la mortalité, la couverture des interventions et l'utilisation des services. Le secteur privé devrait aussi être incité à améliorer la collecte des données et la qualité des systèmes d'enregistrement des naissances et des décès et à concevoir et mettre en œuvre des mécanismes novateurs de collecte des données, en particulier la téléphonie mobile, et à investir dans de tels mécanismes.

SCHÉMA D'IMPACT

127. Le schéma d'impact présenté dans la Figure 6 intègre l'axe « Chaque nouveau-né » dans l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et élargit les objectifs pour y inclure la fin des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles et des mortinaissances évitables, ainsi que l'amélioration du développement de l'enfant et du capital humain. Au niveau des réalisations, le schéma comprend tous les ensembles de soins de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le Plan d'action met ainsi l'accent sur les soins dispensés aux femmes et aux enfants au cours du travail, de l'accouchement et de la première semaine de vie, mais aussi sur les soins aux nouveau-nés petits ou malades, l'objectif étant la couverture sanitaire universelle pour tous les ensembles de soins. Une couverture accrue par des soins de qualité nécessite un changement dans les programmes au sein des systèmes de santé et des communautés. Les intrants requis pour un système de santé renforcé sont notamment un système de mesures rigoureuses, un suivi approfondi des programmes et l'obligation de rendre compte de l'action menée. En dernier lieu, les contextes sociopolitique, économique, environnemental, biologique et juridique ont une incidence à tous les niveaux du changement.

Figure 6. Schéma d'impact « Chaque nouveau-né »



128. Seules des améliorations de la couverture et de la qualité des soins prodigués aux femmes et aux nourrissons à la naissance et des soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades permettront d'atteindre les cibles en matière de mortalité. Des cibles intermédiaires portant sur les interventions scientifiquement fondées qui visent à améliorer la couverture et la qualité des soins pendant la période entourant la naissance, sur les soins aux nouveau-nés à risque, les visites à domicile et le soutien aux femmes et aux nouveau-nés par l'intermédiaire de groupes participatifs, sont par conséquent proposées (appendice 1).

129. Cibles de couverture d'ici 2020

- Couverture et qualité des soins pendant la période entourant la naissance :** 90 % des femmes accouchant et des bébés nés dans des établissements de santé bénéficieront de soins efficaces, de grande qualité et respectueux qui incluront les soins essentiels au cours de la grossesse et du travail et après la naissance, ainsi que les soins préventifs et la prise en charge appropriée des complications chez la mère et le nouveau-né. La surveillance des décès maternels et périnataux, les mesures à prendre en temps voulu et le suivi régulier de la qualité des soins feront partie intégrante des services de santé maternelle et néonatale.
- Couverture et qualité des soins pour les nouveau-nés de petite taille ou malades :** au moins la moitié des enfants qui ne respirent pas spontanément à la naissance après avoir été bien séchés et stimulés seront réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque ; au moins la moitié des prématurés dont l'état est stable ou des nouveau-nés pesant moins de 2000 grammes recevront des soins de type « mère kangourou » ainsi que d'autres soins appropriés ; et au moins la moitié des nouveau-nés susceptibles de souffrir d'une infection bactérienne grave recevront un traitement antibiotique. Des cibles propres aux pays seront fixées pour des soins intensifs néonataux complets, comprenant le repérage des handicaps.

c) **Visites à domicile et soutien aux femmes et aux nouveau-nés dans le cadre de groupes participatifs** : chaque pays augmentera d'au moins 20 % (ou parviendra à 90 % si le pourcentage de départ est supérieur à 70 %) les soins postnatals pour les mères et les nouveau-nés dans les deux jours qui suivent la naissance afin de promouvoir l'allaitement au sein, les conseils concernant les complications maternelles et néonatales et leur dépistage, et la planification familiale postnatale. Tisser des liens avec les structures communautaires participatives et les associations de parents est un élément important de cette stratégie.

130. Cibles de couverture d'ici 2025

a) **Couverture et qualité des soins pendant la période entourant la naissance** : 95 % des femmes accoucheront en présence de personnel qualifié, et chaque mère et son nouveau-né bénéficieront de soins efficaces, de grande qualité et respectueux (voir le paragraphe 129).

b) **Couverture et qualité des soins pour les nouveau-nés de petite taille ou malades** : au moins 75 % des enfants qui ne respirent pas spontanément à la naissance après avoir été bien séchés et stimulés seront réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque ; au moins 75 % des prématurés dont l'état est stable ou des nouveau-nés pesant moins de 2000 grammes recevront des soins de type « mère kangourou » ainsi que d'autres soins appropriés ; et au moins 75 % des nourrissons susceptibles de souffrir d'une infection bactérienne grave recevront un traitement antibiotique.

c) **Visites à domicile et soutien aux femmes et aux nouveau-nés dans le cadre de groupes participatifs** : 90 % des femmes et des nouveau-nés bénéficieront de soins postnatals de grande qualité dans les deux jours suivant la naissance. La qualité des soins postnatals fera l'objet d'un suivi moyennant un système de mesure amélioré afin d'évaluer le contenu et les résultats à long terme, par exemple pour l'objectif en matière de nutrition qui est de parvenir à une proportion de 50 % d'allaitement maternel exclusif dans tous les pays d'ici 2025. Tisser des liens avec les structures communautaires participatives et les associations de parents est un élément important de cette stratégie.

SYSTÈME DE MESURE DES PROGRÈS ACCOMPLIS

131. L'objectif du Plan d'action « Chaque nouveau-né » est que des mesures soient prises pour atteindre des buts et des cibles de couverture ambitieux en matière de mortalité pour mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables. La progression vers l'impact souhaité sera jalonnée par un certain nombre d'étapes, qui sont définies aux niveaux mondial et national pour la période 2014-2020 (appendice 1). Ces étapes serviront de point de départ pour rendre compte de l'action menée et effectuer un contrôle indépendant et de base pour suivre la mise en œuvre. Le suivi et l'évaluation coïncident avec l'examen des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en 2015 et seront utiles pour la définition des futurs objectifs de développement durable pour l'après-2015, en liaison avec le nouveau mécanisme de responsabilisation.

132. Un plan de suivi plus détaillé, doté d'un système de mesure de la couverture et des résultats permettant de suivre les progrès accomplis, est une étape importante au niveau mondial. Les indicateurs devront être recueillis et utilisés pour l'action programmatique au sein des pays. Définir clairement les interventions et les stratégies dans le domaine des mortinaissances constitue une autre étape importante.

133. Le véritable changement pour les femmes et les nouveau-nés aura lieu au sein des pays. Les étapes importantes au niveau national consisteront notamment, mais pas exclusivement, à garantir que : les produits de base figurent sur les listes nationales de médicaments essentiels et font l'objet d'un suivi ; la parole de la communauté, en particulier des femmes, est entendue ; les plans sanitaires nationaux sont améliorés et les coûts établis de façon à ce que le nécessaire soit fait pour la santé des nouveau-nés et les mortinaissances ; et les dépenses nationales consacrées à la santé génésique et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant font l'objet d'un suivi et de rapports.

134. Envisager une femme et son enfant comme un tout constitue un principe essentiel du Plan d'action, de sorte qu'un ensemble d'interventions est nécessaire pour l'un comme pour l'autre : ils sont distincts et pourtant interdépendants, et cette interdépendance est vitale pour chacun d'eux. Pour compléter le présent Plan d'action, l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires élaboreront une initiative pour la mère et le nourrisson qui mettra l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés dans les établissements de santé, parallèlement à des mesures communautaires et au renforcement des systèmes de santé au niveau des districts. Un ensemble de normes et de critères de qualité des soins pendant la période entourant la naissance et la période qui suit immédiatement la naissance seront définis et, une fois établis en consultation avec les pays et les experts techniques, devront être adaptés et adoptés au sein des pays.

135. Pour parvenir à l'idéal, aux objectifs de mortalité et aux cibles de couverture définis dans le plan, il faut disposer d'indicateurs mesurables qui permettront de suivre les progrès accomplis et d'étayer les politiques et les programmes sanitaires. Les indicateurs de base (appendice 2) ont été sélectionnés selon un processus de classification en fonction de leur pertinence directe au regard du Plan d'action, des cibles et des buts, et après analyse des données actuellement disponibles. Certains indicateurs de base sont acceptés et leur évolution est suivie, mais d'autres doivent être testés plus avant et intégrés aux systèmes de mesure nationaux. Il faut d'urgence améliorer le système de mesure de ces indicateurs et d'autres indicateurs utiles et amener davantage de pays à en faire des relevés systématiques. La mise en place de ces indicateurs de base, auxquels vient s'ajouter une liste importante d'autres indicateurs nécessaires, fait partie des étapes à court terme énumérées à l'appendice 1.

PRIORITÉS DE LA RECHERCHE

136. La recherche sur la mise en œuvre, la recherche développementale et la découverte doivent être à l'avant-garde des efforts déployés pour réduire la mortalité néonatale. Les priorités de la recherche en matière de santé du nouveau-né ont été définies dans le cadre d'un processus mondial pour la période 2013-2025 : neuf priorités sur 10 ont trait à l'amélioration de la mise en œuvre d'interventions connues.

137. En ce qui concerne la mise en œuvre des interventions, les principales priorités de la recherche sont notamment les suivantes : la mise au point de méthodes pour utiliser à plus grande échelle des techniques simplifiées de réanimation du nouveau-né aux premiers niveaux du système de santé ; la détection et la prise en charge des infections néonatales au niveau communautaire ; la suppression des obstacles à la généralisation de l'allaitement maternel exclusif et de la méthode « mère kangourou » dans les établissements de santé ; l'évaluation de l'emploi de la chlorhexidine pour l'hygiène du cordon ombilical chez les enfants nés dans des établissements de santé ; et l'élaboration de stratégies pour améliorer la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé au cours du travail et de l'accouchement.

138. Les priorités de recherche développementale recensées sont notamment les suivantes : l'adaptation de la méthode « mère kangourou » pour la rendre plus facilement utilisable à l'échelon communautaire ; la détection précoce, au niveau de la communauté, des femmes pouvant présenter des risques élevés lors de la grossesse et du travail ; l'amélioration et la simplification de la surveillance per-partum ; l'évaluation des antibiotiques oraux appropriés pour le traitement de la septicémie néonatale ; la définition du rôle des enquêtes périnatales dans l'amélioration de la qualité des soins au cours du travail et de l'accouchement ; et la mise au point d'agents tensioactifs et de dispositifs moins onéreux utilisables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

139. En ce qui concerne la découverte, l'accent est mis sur les domaines suivants : la science et la technologie pour comprendre les causes du déclenchement du travail avant le terme ; la recherche de nouveaux tocolytiques permettant de retarder les accouchements prématurés ; la mise au point de nouveaux agents tensioactifs stables d'utilisation plus simple ; la découverte de vaccins maternels efficaces pour prévenir la septicémie néonatale ; la mise au point de tests diagnostiques et de nouveaux agents biologiques utilisables sur les lieux de soins pour mieux détecter et traiter la septicémie néonatale ; la recherche de méthodes plus efficaces de détection de la souffrance fœtale ; et l'identification de marqueurs biologiques du retard de croissance intra-utérin et de la mort du fœtus.

COORDINATION

140. La mise en pratique du Plan d'action nécessitera la participation de nombreuses parties prenantes, à savoir les gouvernements et les responsables politiques, les pays donateurs, les Nations Unies et d'autres organisations multilatérales et institutions philanthropiques mondiales, de même que la société civile, les agents de santé et leurs associations professionnelles, le monde des entreprises, les universités et les institutions de recherche (voir l'appendice 3).

141. Le plan définit des mesures prioritaires pour offrir à chaque nouveau-né un bon départ dans la vie dans le cadre de programmes intégrés de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les services de santé maternelle et infanto-juvénile constituent une plateforme idéale pour offrir des ensembles intégrés de prestations incluant toute une gamme d'interventions, y compris concernant le paludisme, le VIH, la nutrition et la vaccination. Il est vital que les objectifs de développement pour l'après-2015 tendent vers des sociétés en bonne santé dans lesquelles les femmes et les jeunes filles, les nouveau-nés et les enfants survivent et s'épanouissent. La coordination nécessaire pour concrétiser cet idéal reposera sur une gamme complète de soins solides et sûrs afin de réduire considérablement la fréquence des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles évitables, ce qui permettra de bâtir des sociétés plus équitables et de transformer le développement humain.

Appendice 1

Buts, cibles et étapes aux niveaux mondial et national, 2014-2035



Appendice 2

Indicateurs mondiaux proposés pour le Plan d'action « Chaque nouveau-né »¹

	Indicateurs de base	Indicateurs supplémentaires
Impact	1. Taux de mortalité maternelle*	
	2. Taux de mortinatalité	Taux de mortinatalité per-partum
	3. Taux de mortalité néonatale*	Proportion d'enfants de faible poids de naissance* Taux de prématurité Enfants petits pour l'âge gestationnel Taux de morbidité néonatale (infection, par exemple) Taux de handicap à long terme après une affection néonatale
Couverture : soins pour l'ensemble des mères et des nouveau-nés	4. Présence de personnel qualifié à la naissance* 5. Soins postnatals précoces pour les mères et les nourrissons* 6. Allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois (%)*	Mise en route rapide de l'allaitement maternel exclusif
Couverture : complications et soins supplémentaires	7. Administration prénatale de corticostéroïdes 8. Réanimation du nouveau-né 9. Méthode « mère kangourou » et aide à l'alimentation 10. Traitement de la septicémie néonatale	Taux de césariennes*
Intrant : décompte	Enregistrement des naissances*	Enregistrement des décès, y compris des causes de décès
<i>Intrant : Ensemble de prestations pour chaque nouveau-né</i>	<i>Normes et critères mesurables adaptés à la mère et à son nourrisson</i> <i>Soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades</i>	

¹ * = indicateur défini et dont l'évolution est suivie dans les Statistiques sanitaires mondiales 2013 ; gris = ne faisant pas l'objet de relevés systématiques actuellement ; gras = indicateur nécessitant une évaluation supplémentaire pour des mesures cohérentes, à relier aux étapes de l'appendice 1 ; italique = intrant requérant des normes et critères à définir, et à relier aux étapes de l'appendice 1.

Tous les indicateurs doivent être relevés de sorte qu'ils puissent être ventilés afin d'évaluer l'équité, par exemple entre zones urbaines et zones rurales, par région ou par quintile de richesse.

Appendice 3

Mesures par groupe d'acteurs**Chacun a un rôle à jouer**

Acteurs	Mesures
Gouvernements et responsables politiques aux niveaux national, régional et mondial	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plans nationaux</i> : examiner les stratégies, les politiques et les lignes directrices nationales en matière de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et les réviser conformément aux buts, aux cibles et aux indicateurs définis dans le Plan d'action « Chaque nouveau-né », y compris en mettant clairement l'accent sur les soins pendant la période entourant la naissance. • <i>Budgets</i> : attribuer des ressources financières suffisantes à la santé de la mère et du nouveau-né, et veiller à un investissement adéquat pour améliorer la qualité des soins. • <i>Législation</i> : adopter une législation appropriée sur l'enregistrement des naissances, la notification des décès maternels, la protection de la maternité et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. • <i>Agents de santé</i> : élaborer ou intégrer une stratégie chiffrée de développement des ressources humaines pour la santé dans les plans de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin de garantir la formation, le déploiement et le soutien des agents de santé, en particulier du personnel obstétrical, des accoucheuses qualifiées, des infirmiers et des agents de santé communautaires. • <i>Qualité</i> : adopter des normes de qualité et un ensemble d'indicateurs de base pour évaluer la qualité des soins maternels et néonataux à tous les niveaux de la prestation des soins. • <i>Produits de base</i> : inclure les produits essentiels pour la santé de la mère et du nouveau-né dans les listes nationales de médicaments essentiels et veiller à un approvisionnement ininterrompu à tous les niveaux du système de santé. • <i>Dialogue</i> : nouer un dialogue avec les communautés, les représentants de la société civile et d'autres acteurs concernés pour utiliser le potentiel des individus, des familles et des communautés en vue de garantir l'accès aux soins maternels et néonataux essentiels et la couverture par ces soins. • <i>Responsabilisation</i> : recenser chaque nouveau-né en institutionnalisant l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil, ainsi que la surveillance des décès maternels, périnataux et néonataux et l'action dans ce domaine.
Organisations du système des Nations Unies et autres organismes multilatéraux	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Politique</i> : veiller à ce que le cadre de développement pour l'après-2015 comprenne des cibles spécifiques pour la réduction de la mortalité néonatale et de la mortinatalité, outre la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la mortalité maternelle. • <i>Assistance technique</i> : fournir un appui et une assistance techniques aux gouvernements en matière de planification, de mise en œuvre et de responsabilisation. • <i>Coordination</i> : veiller à un soutien coordonné entre les partenaires des Nations Unies et intensifier les efforts dans les 20 pays qui totalisent 80 % des décès néonataux.

Acteurs	Mesures
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualité</i> : établir des normes de qualité et un ensemble d'indicateurs de base pour évaluer la qualité des soins maternels et néonataux à tous les niveaux de la prestation des soins. • <i>Investissement</i> : veiller à ce que l'investissement multilatéral dans la santé maternelle et néonatale se poursuive tout au long de l'année 2015 et de manière durable dans le cadre du développement après 2015. • <i>Avocats de la cause des nouveau-nés</i> : faire intervenir des individus qui militent pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin que des messages cohérents et coordonnés soient transmis sur la santé du nouveau-né.
Donateurs et fondations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financement</i> : mobiliser des fonds pour combler les lacunes et financer la mise en œuvre de plans pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui soient chiffrés, basés sur des données factuelles, propres aux pays et qui mettent l'accent sur la naissance. • <i>Formation des agents de santé</i> : soutenir la formation et le déploiement des agents de santé, y compris en investissant dans les effectifs de personnel obstétrical, d'accoucheuses qualifiées, d'infirmiers et d'agents de santé communautaires qui peuvent assurer des prestations essentielles, de qualité, axées sur la naissance. • <i>Produits de base</i> : faciliter l'accès à des produits de base de qualité en investissant dans un financement novateur, en proposant des mesures incitatives aux producteurs et aux acheteurs et en favorisant l'assurance de la qualité et la réglementation ainsi que la recherche-développement visant à améliorer les produits. • <i>Responsabilisation</i> : participer à des pactes avec les pays et mieux responsabiliser concernant les flux financiers.
Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Innovation</i> : investir dans la mise au point et l'adaptation de dispositifs et de produits de base permettant de dispenser des soins aux mères et aux nouveau-nés pendant la période qui entoure la naissance ; investir dans des campagnes visant à faire évoluer les normes sociales et les comportements, y compris celles destinées aux plus pauvres et aux plus vulnérables. • <i>Mise en œuvre</i> : généraliser les meilleures pratiques et agir en partenariat avec le secteur public pour améliorer la prestation des services.
Organisations non gouvernementales, communautés et/ou groupes de parents	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agents de santé communautaires</i> : soutenir les soins préventifs avant et après la période entourant la naissance et l'orientation vers des établissements de base ou complets selon les besoins. • <i>Leadership et responsabilisation communautaires</i> : favoriser le leadership et la responsabilisation de la communauté afin de supprimer les obstacles (concernant par exemple le transport), rendre les dispensateurs de soins comptables de la prestation de services de qualité et renforcer les liens entre les communautés et les établissements. • <i>Avocats de la cause des nouveau-nés</i> : recenser et soutenir les défenseurs de la santé néonatale au niveau local, y compris les parlementaires, les groupes de parents, les professionnels, les agents de santé communautaires bénévoles et les dirigeants locaux ; associer ces individus aux initiatives en faveur de la santé génésique, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin de transmettre des messages cohérents et coordonnés sur la santé du nouveau-né. • <i>Demande</i> : créer une demande durable de services par des mesures dont la communauté a la maîtrise (par exemple des mesures incitatives telles que le versement sous condition d'allocations, l'assurance, le transport, la mobilisation sociale, les régimes d'épargne et les coopératives).

Acteurs	Mesures
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adolescents</i> : accorder une attention particulière aux adolescentes et mettre en place des approches pour contribuer à prévenir les grossesses précoces et non désirées. • <i>Propension à consulter</i> : faire appel aux agents de santé communautaires, aux accoucheuses qualifiées et aux sages-femmes afin d'obtenir des soins maternels et néonataux essentiels qui permettent de sauver des vies. • <i>Qualité et responsabilisation</i> : se faire l'avocat du changement ; exiger des services de qualité, abordables et accessibles ; signaler les services de qualité médiocre par l'intermédiaire des mécanismes gouvernementaux ou non gouvernementaux.
Milieus universitaires et établissements de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hiérarchiser les besoins en matière de recherche</i> : convenir d'un programme de recherche coordonné et hiérarchisé pour améliorer les résultats en matière de santé des prématurés et des nouveau-nés, et le diffuser. • <i>Investir dans la recherche</i> : inciter à augmenter les crédits budgétaires alloués à la recherche d'interventions novatrices. • <i>Renforcer les capacités de recherche</i> : renforcer les capacités des établissements de recherche, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et former des professionnels dans ce domaine. • <i>Diffuser les conclusions</i> : diffuser les conclusions de la recherche et les meilleures pratiques. • <i>Former des partenariats</i> : renforcer les réseaux mondiaux de prestataires, de chercheurs et de formateurs universitaires.
Professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interventions essentielles</i> : donner un degré de priorité élevé aux interventions essentielles pendant la période qui entoure la naissance et aux soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades dans le cadre d'un ensemble intégré de services de santé génésique et de services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. • <i>Agents de santé</i> : fournir des services intégrés de qualité aux nourrissons et aux femmes grâce à des formations accélérées et à des approches visant à fidéliser et motiver le personnel. • <i>Produits de base</i> : travailler avec les organes locaux et nationaux pour veiller à la disponibilité systématique des produits de base et des fournitures essentielles pour les interventions clés à assurer pendant la période entourant la naissance. • <i>Qualité</i> : assurer le suivi de la qualité des soins, notamment grâce à des mécanismes de surveillance des décès maternels et périnataux et d'action dans ce domaine.

ANNEXE 5

TEXTE DE L'ANNEXE 7 ACTUALISÉE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)¹

[A67/35 – 2 mai 2014]

PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA VACCINATION OU LA PROPHYLAXIE CONTRE CERTAINES MALADIES

1. En plus des éventuelles recommandations concernant la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie, l'entrée des voyageurs dans un État Partie peut être subordonnée à la présentation de la preuve de la vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie contre les maladies suivantes expressément désignées par le présent Règlement :

Fièvre jaune

2. Considérations et prescriptions concernant la vaccination contre la fièvre jaune :

a) Aux fins de la présente annexe,

i) la période d'incubation de la fièvre jaune est de six jours ;

ii) les vaccins anti-amarils approuvés par l'OMS confèrent une protection contre l'infection qui prend effet 10 jours après l'administration du vaccin ;

iii) cette protection se prolonge pendant la vie entière du sujet vacciné ; et

iv) la validité d'un certificat de vaccination contre la fièvre jaune s'étend à la vie entière du sujet vacciné, à compter du dixième jour suivant la date de vaccination.

b) La vaccination contre la fièvre jaune peut être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'Organisation a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

c) Un voyageur muni d'un certificat de vaccination anti-amarile non encore valable peut être autorisé à partir, mais les dispositions du paragraphe 2.h) de la présente annexe peuvent lui être appliquées à l'arrivée.

d) Un voyageur muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ne doit pas être considéré comme suspect, même s'il provient d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

e) Conformément aux dispositions de l'annexe 6, paragraphe 1, le vaccin anti-amaril utilisé doit être approuvé par l'Organisation.

¹ Voir la résolution WHA67.13.

- f) Les États Parties désignent des centres déterminés de vaccination antiamarile sur leur territoire pour garantir la qualité et la sécurité des procédures et des matériels utilisés.
- g) Toute personne employée à un point d'entrée dans une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, ainsi que tout membre de l'équipage d'un moyen de transport qui utilise ce point d'entrée, doivent être munis d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune.
- h) Un État Partie sur le territoire duquel des vecteurs de la fièvre jaune sont présents peut exiger qu'un voyageur en provenance d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune soit, s'il n'est pas en mesure de présenter un certificat valable de vaccination antiamarile, mis en quarantaine pendant un maximum de six jours à compter de la date de la dernière exposition possible à l'infection, à moins que son certificat de vaccination ne soit devenu valable entre-temps.
- i) Les voyageurs en possession d'un certificat d'exemption de vaccination antiamarile signé par un médecin autorisé ou un agent de santé agréé peuvent néanmoins être autorisés à entrer sur le territoire, sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent de la présente annexe et pour autant qu'ils aient reçu des informations sur la protection contre les vecteurs de la fièvre jaune. Les voyageurs qui n'ont pas été mis en quarantaine peuvent être tenus de signaler tout symptôme fébrile ou tout autre symptôme pertinent à l'autorité compétente et placés sous surveillance.
-

ANNEXE 6

INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRETARIAT LES RESOLUTIONS ET DECISIONS ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

<p>1. Résolution WHA67.1 Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 1. Maladies transmissibles</p> <p>Secteur de programme : Tuberculose</p> <p>Réalisation 1.2 Produit 1.2.1</p> <p>En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?</p> <p>Cette résolution consacre l'adoption de la stratégie mondiale pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015. Elle soutient donc la majorité des efforts déployés par le Secrétariat pour combattre la tuberculose au cours de l'exercice, y compris : la mise au point de recommandations normatives et d'outils opérationnels pour mettre en œuvre la stratégie ; le soutien aux États Membres pour l'élaboration et l'adaptation de leurs plans nationaux, conformément à la stratégie, et le renforcement des moyens qu'ont les pays de mettre en œuvre la stratégie et d'assurer le suivi et l'évaluation. La résolution et la stratégie serviront de base pour la préparation des futurs plans de travail biennaux de 2016 à 2035.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>Les coûts et les effectifs de personnel en rapport avec cette stratégie seront inscrits dans chaque budget biennal pendant toute la durée de la stratégie, selon un calcul réaliste des dépenses nécessaires pour obtenir les produits et assurer les prestations correspondant aux activités prévues pour chaque exercice budgétaire à compter du budget programme 2016-2017.</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Une part importante des activités considérées comme des prestations dans le budget programme 2014-2015 contribueront à l'élaboration puis à la mise en œuvre de la stratégie après 2015, car il existe une continuité entre les deux approches (l'actuelle et la nouvelle), et les activités de transition débiteront pendant l'exercice en cours.</p> <p>Total : US \$98,5 millions (personnel : US \$52,0 millions ; activités : US \$46,5 millions)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>À tous les niveaux de l'Organisation</p>

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le Secrétariat effectue actuellement une analyse approfondie du financement disponible pour les activités liées à la mise en œuvre de cette résolution en 2014-2015 et il repérera les déficits de financement. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.2 Amélioration de la prise de décisions par les organes directeurs

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 6. Services institutionnels/fonctions d'appui

Secteur de programme : Leadership et gouvernance

Réalisation : 6.1

Produit : 6.1.3

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

En développant l'accès électronique aux réunions des organes directeurs de l'OMS, la diffusion en direct sur le Web des séances publiques de l'Assemblée de la Santé, dans le cadre de la réforme de l'OMS en matière de gouvernance, contribuera à une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale et au renforcement de la gouvernance de l'Organisation.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) La résolution n'est pas limitée dans le temps

ii) Total : US \$320 000 par exercice, sous réserve d'une augmentation annuelle des coûts (personnel : néant ; activités : US \$320 000)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$200 000 en 2015 seulement (personnel : US \$ néant ; activités : US \$200 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

US \$200 000. Les coûts ne sont pas prévus pour le moment dans le budget programme 2014-2015 ; cependant, vu le budget supplémentaire relativement modeste nécessaire pour les activités, la question sera réglée moyennant une reprogrammation mineure.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Du personnel sous contrat externe sera nécessaire.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Sans objet

1. Résolution WHA67.6 Hépatite virale**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 1. Maladies transmissibles

Secteur de programme : VIH/sida

Réalisation 1.1

Produit 1.1.2

Secteur de programme : Maladies à prévention vaccinale

Réalisation 1.5

Produit 1.5.2

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Services de santé intégrés centrés sur la personne

Réalisation 4.2

Produit 4.2.3

Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires

Réalisation 4.3

Produit 4.3.1

Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention

Secteur de programme : Capacités d'alerte et d'intervention

Réalisation 5.1

Produit 5.1.1

Secteur de programme : Maladies à tendance épidémique et pandémique

Réalisation 5.2

Produit 5.2.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Les principales mesures prévues dans la résolution contribuent directement à la réalisation des produits définis dans les secteurs de programme susmentionnés, en particulier en accroissant l'engagement et l'aptitude à mener une action appropriée pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

- i) La résolution n'est pas limitée dans le temps et de nombreuses activités seront continues.
- ii) Le coût global de la pleine mise en œuvre de la résolution à l'échelle de toute l'Organisation sera calculé au cours de la préparation du budget programme pour 2016-2017.

La résolution comporte des éléments qui vont au-delà du cadre d'action convenu au préalable concernant l'hépatite, en particulier pour ce qui est d'élargir l'accès au traitement de l'hépatite et d'évaluer l'impact économique et la charge de la maladie aux niveaux régional et mondial.

Le coût estimatif total pour la période 2014-2017 s'élève à US \$38,91 millions.

Le coût indicatif pour la période 2016-2017 s'élève à US \$33,11 millions. Cela comprend les estimations du coût des activités à entreprendre par a) le secrétariat du Programme mondial de lutte contre l'hépatite au Siège – US \$8,65 millions (personnel : US \$4,75 millions ; activités : US \$3,90 millions) ; b) d'autres départements du Siège – US \$6,12 millions ; c) les bureaux régionaux – US \$9,80 millions ; et d) les bureaux de pays – US \$8,54 millions.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$5,8 millions, y compris au Siège – US \$3,3 millions (personnel : US \$2,1 millions ; activités : US \$1,2 million) ; et bureaux régionaux et de pays – US \$2,5 millions.

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Pour appuyer au départ la mise en œuvre de la résolution, la priorité sera donnée aux activités centrales au Siège, et notamment à l'élaboration de lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement, à l'établissement de rapports aux niveaux régional et mondial, au soutien à l'élaboration de stratégies nationales, et à la mise en place d'une initiative pour l'accès au traitement. Les activités dans les Régions et les pays seront axées sur la planification stratégique nationale, le renforcement des capacités d'adaptation et de mise en œuvre des politiques et orientations normatives, l'amélioration de l'information stratégique sur l'hépatite au niveau des pays, et la fourniture d'une assistance technique pour élargir l'accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Pour l'exercice 2014-2015, le personnel existant du Programme mondial de lutte contre l'hépatite et d'autres départements du Siège et des bureaux régionaux commencera à mettre en œuvre la résolution. Toutefois, cela ne sera pas suffisant et, à moyen terme, du personnel supplémentaire sera nécessaire. On estime que les besoins en personnel supplémentaire comprendront les équivalents plein temps suivants : au Siège, 10,5 ; dans les bureaux régionaux, 17 ; les bureaux de pays devant affecter des administrateurs recrutés sur le plan national dans 15 pays cibles.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptées)

Déficit de financement : US \$3,7 millions (Siège : US \$1,7 million ; bureaux régionaux et de pays : US \$2 millions).

Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.7 Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Handicaps et réadaptation

Réalisation 2.4

Produit 2.4.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Dans la résolution, l'Assemblée de la Santé adopte le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, qui précise les mesures à prendre par les États Membres, le Secrétariat et les partenaires pour contribuer à l'accomplissement de la réalisation 2.4, en s'appuyant sur les preuves de ce qui « fonctionne ».

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui – si les tendances budgétaires actuelles se maintiennent jusqu'en 2021.

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Huit ans (couvrant la période 2014-2021)

ii) Total : US \$39,8 millions (personnel : US \$19,9 millions ; activités : US \$19,9 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$7,75 millions (personnel : US \$3,50 millions ; activités : US \$4,25 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

À tous les niveaux de l'Organisation

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non. Du personnel supplémentaire est nécessaire au Siège et dans quatre bureaux régionaux. Le recrutement pour les postes essentiels se fera pendant l'exercice en cours.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Un point focal à plein temps est nécessaire dans chacun des bureaux régionaux suivants : Afrique, Asie du Sud-Est, Europe et Méditerranée orientale.

Trois responsables techniques sont nécessaires au Siège, chacun à la direction d'un des trois objectifs du plan : santé, réadaptation, données.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non – un peu moins de 50 % des fonds sont disponibles.

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Déficit de financement : US \$4 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.8 Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives

Réalisation 2.2
Produits 2.2.1 et 2.2.2

Secteur de programme : Handicaps et réadaptation

Réalisation 2.4
Produit 2.4.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Dans la résolution, le Directeur général est notamment prié de mettre en œuvre la résolution WHA66.8 sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 et la résolution WHA66.9 sur le handicap. La mise en œuvre de cette résolution orientera donc les activités visant à élargir l'accès aux services pour la santé mentale et pour les personnes handicapées.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

Toutefois, la portée des activités actuellement budgétées est limitée ; la mise en œuvre de la résolution supposera des activités supplémentaires dont le coût doit être ajouté au budget programme approuvé pour 2014-2015.

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Six ans et demi (couvrant la période juillet 2014-décembre 2020)

ii) Total : US \$37 millions (personnel : US \$13 millions ; activités : US \$24 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total: US \$2,8 millions (personnel : US \$400 000 ; activités : 2,4 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Siège, 25 % ; bureaux régionaux, 21 % ; et bureaux de pays, 54 %

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

Il faudra ajouter US \$1,8 million au budget programme approuvé pour 2014-2015.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Les centres collaborateurs de l'OMS ainsi qu'un réseau d'experts et des partenaires de la société civile seront utilisés pour mener à bien les activités moyennant une petite augmentation seulement du personnel de l'OMS.

Au cours de l'exercice 2014-2015

Au Siège, un expert international en santé publique et troubles du développement (100 % en équivalent plein temps), classe P.4, et un/une secrétaire (50 % en équivalent plein temps), classe G.5.

Au cours de l'exercice 2016-2017

Au Siège, deux experts internationaux en santé publique et troubles du développement (100 % en équivalent plein temps), classe P.4, et un/une secrétaire (50 % en équivalent plein temps), classe G.5.

Dans les bureaux régionaux, six experts internationaux en santé publique et troubles du développement connaissant les besoins de leur Région respective (50 % en équivalent plein temps), classe P.4.

Dans les bureaux de pays, sur les 60 % du budget disponible pour la mise en œuvre de la résolution à ce niveau, une partie servira à recruter des experts, classe P.4.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$1 million (dont US \$500 000 seront alloués au Siège) sont compris dans le budget programme approuvé pour 2014-2015 et proviendront d'un panachage de contributions fixées et de contributions volontaires, dégagées au cours du processus de dialogue sur le financement et de l'effort connexe de mobilisation des ressources.

Les US \$1,8 million supplémentaires non compris dans le budget programme approuvé devront être mobilisés pour couvrir la mise en œuvre (dotation en personnel supplémentaire limitée et mise au point d'une documentation technique) entre juillet 2014 et décembre 2015 au moyen du plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.9 Psoriasis**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 2

Secteur de programme : Maladies non transmissibles

Réalisation 2.1
Produit 2.1.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Les activités contribueront à sensibiliser le public au problème du psoriasis et aux facteurs de risque communs avec d'autres pathologies et favoriseront donc une meilleure compréhension de la maladie, ce qui contribuera à réduire la morbidité, les incapacités et les décès prématurés dus au psoriasis.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Non

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Début pendant l'exercice 2014-2015 et poursuite au cours des prochains exercices

ii) Total : Pour l'exercice 2014-2015, US \$150 000 (personnel : US \$60 000 ; activités : US \$90 000). Les coûts pour les prochains exercices seront inscrits dans les futurs budgets programmes.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$150 000

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège pour l'établissement du rapport mondial.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

Les coûts ne sont pas couverts par le budget programme approuvé pour 2014-2015, mais le budget supplémentaire relativement modeste pour les activités sera obtenu par une reprogrammation mineure.

c) Incidences au plan du personnel**La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)**

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Un consultant à court terme pendant quatre mois.

4. Financement**Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)**

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Des fonds doivent être mobilisés grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.10 Plan d'action pour la santé du nouveau-né**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A67/21 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_21-fr.pdf)**

Catégorie : 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Secteur de programme : Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Réalisation 3.1
Produit 3.1.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La résolution renforcera les ressources humaines et financières nécessaires pour : i) apporter un soutien technique aux États Membres dans la mise en œuvre des plans nationaux pour ce qui concerne la santé du nouveau-né ; ii) suivre la mise en œuvre, l'impact et les progrès réalisés ; et iii) établir des rapports de situation périodiques à l'intention de l'Assemblée de la Santé.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total****Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)**

i) Quatre ans (couvrant la période 2014-2017)

ii) Total : US \$34,40 millions (personnel : US \$10,45 millions ; activités : US \$23,95 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015**Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)**

Total : US \$18,93 millions (personnel : US \$5,21 millions ; activités : US \$13,72 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Les activités seront menées à tous les niveaux de l'Organisation et dans toutes les Régions.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui, mais le financement du personnel actuel doit être assuré.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$9,47 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.11 Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Secteur de programme : Santé et environnement

Réalisation 3.5

Produits 3.5.1, 3.5.2 et 3.5.3

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Maladies non transmissibles

Réalisation 2.1

Produit 2.1.1

Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention

Secteur de programme : Sécurité sanitaire des aliments

Réalisation 5.4

Produit 5.4.3

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

En facilitant la prévention de l'exposition humaine au mercure et aux composés du mercure, la résolution contribuera directement aux réalisations dans les secteurs de programme indiqués, à savoir : réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé ; accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque ; et bonne préparation de tous les pays à la prévention et à l'atténuation des risques d'origine alimentaire.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Des activités importantes seront nécessaires de 2014 à 2020 ; au-delà de cette période, elles se poursuivront à un niveau réduit (la Convention de Minamata n'a pas de date de fin).

ii) Total (2014-2020) : US \$9,03 millions (personnel : US \$2,68 millions ; activités : US \$6,35 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$2,47 millions (personnel : US \$720 000 ; activités : US \$1,75 million)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

À tous les niveaux de l'Organisation

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit du financement est estimé à US \$1,3 million. Parmi les sources de financement potentielles figurent : le Fonds pour l'environnement mondial, qui est le mécanisme financier de la Convention de Minamata ; et le plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.12 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé	
2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)	
Catégorie : 2. Maladies non transmissibles	
Secteur de programme : Maladies non transmissibles	Réalisation 2.1 Produit 2.1.1
Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives	Réalisation 2.2 Produit 2.2.1
Secteur de programme : Nutrition	Réalisation 2.5 Produit 2.5.1
Catégorie : 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	
Secteur de programme : Déterminants sociaux de la santé	Réalisation 3.4 Produit 3.4.1
Secteur de programme : Santé et environnement	Réalisation 3.5 Produit 3.5.2
Secteur de programme : Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	Réalisation 3.3 Produit 3.3.1
En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?	
Cette résolution contribuera à améliorer la santé, l'équité en santé et le développement économique et social moyennant une action intersectorielle prolongée. Elle confortera plus avant le rôle du secteur de la santé lorsqu'il œuvre de concert avec d'autres secteurs pour s'attaquer à des problèmes sanitaires, en particulier pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles. Elle permettra de resserrer la collaboration tant au sein de l'OMS qu'entre l'OMS et ses partenaires.	
Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)	
Oui	
3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme	
a) Coût total	
Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)	
i)	Trois ans (couvrant la période 2014-2016)
ii)	Total : US \$1,45 million (personnel : US \$790 000 ; activités : US \$660 000)
b) Coût pour l'exercice 2014-2015	
Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)	
Total : US \$980 000 (personnel : US \$530 000 ; activités : US \$450 000)	
Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant	
Les dépenses de personnel seront encourues au Siège uniquement ; le coût des activités sera supporté à tous les niveaux de l'Organisation.	
Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)	
Oui	
Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus	

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$980 000 ; source(s) de fonds : contributions fixées et contributions volontaires de base, assorties d'une action de mobilisation des ressources, notamment via le dialogue sur le financement.

1. Résolution WHA67.13 Application du Règlement sanitaire international (2005)**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention

Secteur de programme : Capacités d'alerte et d'intervention

Réalisation 5.1
Produit 5.1.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Cette résolution confirmera le Secrétariat dans son rôle qui consiste à seconder les États Membres dans l'application du Règlement sanitaire international (2005). Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a conclu qu'une dose unique de vaccin anti-amaril suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune et qu'il est inutile d'administrer une dose de rappel. L'OMS a souscrit à cette conclusion et plusieurs États Membres ont demandé au Secrétariat des éléments d'orientation sur la mise en œuvre de cet avis au regard du Règlement sanitaire international (2005).

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Aucune activité du Secrétariat n'a été demandée pour mettre en œuvre cette résolution

ii) Total : US \$ néant (personnel : US \$ néant ; activités : US \$ néant)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$ néant (personnel : US \$ néant ; activités : US \$ néant)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Sans objet

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Sans objet

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Sans objet

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Sans objet

1. Résolution WHA67.14 La santé dans le programme de développement pour l'après-2015**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Liens supplémentaires avec :

Catégorie : 1. Maladies transmissibles

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Catégorie : 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Secteurs de programme : tous les secteurs de programme
des catégories 1 à 4

Réalisations : multiples
Produits : multiples

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Cette résolution contribuera à ce que la population obtienne les services de santé dont elle a besoin dans tous les domaines (maladies transmissibles comme maladies non transmissibles) et à toutes les étapes de la vie. Elle concourt à la mise en place de systèmes de santé solides, en agissant sur toutes leurs composantes (financement, personnels de santé, produits médicaux, information, gouvernance et infrastructure) afin de garantir que les services sanitaires de tous types (pas seulement les services thérapeutiques) sont de bonne qualité, avec une protection contre le risque financier. Cette résolution encouragera les États Membres à soutenir l'intégration de la santé, y compris la couverture sanitaire universelle, dans le programme de développement pour l'après-2015, sous une forme appropriée. Elle encouragera également : i) le Secrétariat à fournir des informations aux États Membres afin qu'ils puissent définir leur position sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, y compris en leur communiquant des notes d'orientation et des estimations utiles ; et ii) le Secrétariat à prendre part au processus pour l'après-2015 en soutenant les pays qui s'attachent à faire figurer la santé au cœur du programme.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Deux ans (couvrant la période 2014-2015)

ii) Total : US \$1,31 million (personnel : US \$1,16 million ; activités : US \$150 000)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$1,31 million (personnel : US \$16 millions ; activités : US \$150 000).

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Un soutien sera apporté aux pays dans l'élaboration de leurs stratégies dans toutes les Régions, avec une participation du Secrétariat aux trois niveaux de l'Organisation. C'est surtout le Siège et, dans une moindre mesure, les bureaux régionaux qui établiront les notes d'orientation et les estimations.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Sans objet

1. Résolution WHA67.15 Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Violence et traumatismes

Réalisation 2.3

Produit 2.3.3

Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives

Réalisation 2.2

Produit 2.2.2

Catégorie : 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Secteur de programme : Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Réalisation 3.1

Produit 3.1.4

Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention

Secteur de programme : Gestion des crises et des risques associés aux urgences

Réalisation 5.3

Produit 5.3.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La résolution contribuera à ce qu'on accorde une plus grande attention à la violence, en particulier à la violence à l'égard des femmes et des filles, en la considérant comme un problème de santé publique, à ses graves conséquences sanitaires et aux possibilités de prévention, ainsi qu'au rôle joué par le secteur de la santé dans la lutte contre la violence. Elle renforcera le rôle du secteur de la santé dans une action multisectorielle et confèrera aux responsables politiques du secteur de la santé résolus à agir un mandat plus solide pour traiter cette question. La résolution permettra aussi d'accroître la collaboration tant entre l'OMS et ses partenaires extérieurs qu'au sein de l'Organisation.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Cinq ans (couvrant la période 2014-2018)

ii) Total : US \$34,65 millions (personnel : US \$18,81 millions ; activités : US \$15,84 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$13,54 millions (personnel : US \$7,39 millions ; activités : US \$6,15 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

À tous les niveaux de l'Organisation

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui, pour l'exercice 2014-2015

Pour l'exercice 2016-2017 et au-delà, du personnel supplémentaire sera peut-être nécessaire, en particulier aux niveaux régional et national.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Le besoin en personnel supplémentaire dépendra de l'élaboration du projet de plan d'action mondial demandé dans la résolution.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non : environ US \$5 millions sur les US \$13,54 millions prévus pour l'exercice ont actuellement été mobilisés.

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Pour l'exercice 2014-2015, le déficit de financement est d'environ US \$8,54 millions. On envisage de le combler grâce au processus de dialogue sur le financement et au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation.

1. Résolution WHA67.18 Médecine traditionnelle	
2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)	
Catégorie : 4. Systèmes de santé	
Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires ¹ et renforcement des moyens réglementaires	Réalisation 4.3 Produit 4.3.1
En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?	
Les objectifs de la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023 sont conformes à la vision et aux priorités définies dans le douzième programme général de travail, 2014-2019 et reflétées dans le budget programme 2014-2015. La mise en œuvre de la stratégie pour la médecine traditionnelle contribuera aussi aux réalisations des secteurs de programme concernant les services de santé intégrés et centrés sur la personne, l'accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et le renforcement des moyens réglementaires décrites dans le budget programme 2014-2015.	
Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)	
Oui	
3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme	
a) Coût total	
Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)	
i) Dix ans (couvrant la période 2014-2023)	
ii) Total : US \$26,11 millions (personnel : US \$20,11 millions ; activités : US \$6,00 millions)	
b) Coût pour l'exercice 2014-2015	
Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)	
Total : US \$5,2 millions (personnel : US \$4,0 millions ; activités : US \$1,2 million)	
Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant	
À tous les niveaux de l'Organisation, dont le Siège et les six bureaux régionaux, avec une participation des bureaux de pays déterminée Région par Région.	
Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)	
Oui	
Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus	
c) Incidences au plan du personnel	
La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)	
Oui	
Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant	

¹ Comme stipulé dans la résolution WHA60.29, le terme « technologies sanitaires » désigne les dispositifs, médicaments, vaccins, procédés et systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de la vie.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Déficit de financement : US \$1,97 million

Sources de financement escomptées : US \$1,10 million seront fournis par le Gouvernement de la Chine, le Gouvernement de Macao (région administrative spéciale de Chine) et le Gouvernement de l'Inde ; US \$866 000 seront obtenus par des efforts de mobilisation des fonds et grâce au dialogue sur le financement.

1. Résolution WHA67.19 Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Maladies non transmissibles

Réalisation 2.1

Produit 2.1.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Elle contribuera aux réalisations du fait que les soins palliatifs font partie intégrante de la gamme de soins nécessaire pour traiter les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète. Il s'agit de l'une des activités prévues par le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Un indicateur permettant de mesurer l'accès aux soins palliatifs est également inclus dans le cadre mondial de suivi du plan d'action.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) La mise en œuvre couvrira les sept années restantes du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, et se poursuivra au-delà.

ii) Total : US \$20 millions (personnel : US \$10 millions ; activités : US \$10 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$1 million (personnel : US \$600 000 ; activités : US \$400 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

À tous les niveaux de l'Organisation

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel**La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)**

Non, mais les dépenses à engager pour pourvoir les postes nécessaires ont été incluses dans le budget programme.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Au cours de l'exercice 2016-2017, au moins un membre du personnel supplémentaire de la classe P.5 sera nécessaire au Siège ainsi qu'un membre du personnel de la classe P.4 dans chacun des bureaux régionaux.

4. Financement**Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)**

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est de US \$640 000. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.20 Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires

Réalisation 4.3
Produit 4.3.3

Liens supplémentaires avec les catégories 1, 2, 3 et 5

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Cette résolution contribuera au renforcement des capacités de réglementation dans l'ensemble du monde en vue de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments et autres technologies sanitaires en améliorant les outils d'évaluation et leur mise en application ; en apportant un soutien technique aux organes de réglementation et en leur offrant des formations ; en fournissant des orientations sur l'évaluation de nouvelles classes de produits ; en soutenant et en favorisant les réseaux régionaux et sous-régionaux et la convergence des prescriptions réglementaires ; et en renforçant les systèmes de pharmacovigilance. Elle renforcera également le programme de préqualification de l'OMS et permettra la préqualification de nouvelles classes de médicaments.

Des médicaments et produits sanitaires sûrs, efficaces et d'un coût abordable sont essentiels pour instaurer la couverture sanitaire universelle, atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, lutter contre la charge croissante des maladies non transmissibles et lutter contre les épidémies et les pandémies.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

Les estimations actuelles couvrent une durée de 10 ans (2014-2023) pour un coût total de US \$250 millions au maximum. Les dépenses et la dotation en personnel associées à cette stratégie seront inscrites dans chacun des budgets biennaux pendant toute la durée de la stratégie, selon un chiffrage réaliste du coût des produits et des prestations liés aux activités prévues pour chaque exercice budgétaire, à compter du budget programme 2016-2017.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$30,0 millions (personnel : US \$11,5 millions ; activités : US \$18,5 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Les dépenses seront encourues au Siège, dans les bureaux régionaux et dans certains bureaux de pays.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

Un montant de US \$25 millions sera requis pour mettre pleinement en œuvre cette résolution, étant donné, par exemple, qu'il faudra renforcer et élargir le soutien à apporter aux réseaux de réglementation régionaux, à la collaboration et à l'échange d'informations au niveau mondial, à la préqualification de nouvelles classes essentielles de médicaments et au renforcement de la pharmacovigilance.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Au total, 18 membres du personnel (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur seront nécessaires. Au Siège, trois équivalents plein temps seront nécessaires, et dans les bureaux régionaux et sous-régionaux, 15 équivalents plein temps (deux équivalents plein temps par bureau régional et un équivalent plein temps pour chacune des trois équipes interpays de la Région africaine). Ces membres du personnel devront avoir des compétences techniques en matière de réglementation ainsi qu'une expérience dans les pays en développement et en milieu international.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est actuellement estimé à US \$25 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

<p>1. Résolution WHA67.21 Accès aux produits biothérapeutiques, y compris aux produits biothérapeutiques similaires,¹ et garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 4. Systèmes de santé</p> <p>Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires² et renforcement des moyens réglementaires</p> <p>Réalisation 4.3 Produit 4.3.3</p> <p>Liens supplémentaires avec la catégorie 2. Maladies non transmissibles</p> <p>En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?</p> <p>Les produits biothérapeutiques qui permettent de traiter un large éventail de maladies non transmissibles sont aujourd'hui financièrement inabordables pour la majorité de la population mondiale. La mise en œuvre de la résolution facilitera l'accès à des produits biothérapeutiques de qualité, d'innocuité et d'efficacité garanties pour ceux qui en ont le plus besoin, contribuant ainsi à la réalisation mentionnée ci-dessus.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>i) Dix ans (couvrant la période 2014-2023)</p> <p>ii) Coût total : US \$25,0 millions (personnel : US \$12,5 millions ; activités : US \$12,5 millions)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Total : US \$3,0 millions (personnel : US \$1,5 million ; activités : US \$1,5 million)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>Au Siège et dans trois bureaux régionaux</p> <p>Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p> <p>Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p>

¹ Étant entendu que les autorités nationales peuvent utiliser une terminologie différente pour désigner les produits biothérapeutiques similaires.

² Comme stipulé dans la résolution WHA60.29, le terme « technologies sanitaires » désigne les dispositifs, médicaments, vaccins, procédés et systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de la vie.

c) Incidences au plan du personnel**La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)**

Non, mais le recrutement se fera sur des postes qui sont déjà inclus dans le budget programme approuvé.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Un total de 1,5 membre du personnel (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur sera nécessaire (les équivalents plein temps pour chaque Région étant respectivement de 0,5 pour les Amériques ; 0,5 pour l'Asie du Sud-Est ; et 0,5 pour le Pacifique occidental). Les membres du personnel en question devront avoir des compétences techniques et une expérience dans le domaine de la réglementation des produits biothérapeutiques.

4. Financement**Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)**

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est actuellement estimé à US \$2,5 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.22 Accès aux médicaments essentiels**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires¹ et renforcement des moyens réglementaires

Réalisation 4.3

Produit 4.3.1

Liens supplémentaires avec les catégories 1, 2, 3 et 5

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Elle contribuera à améliorer l'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûrs, efficaces et de qualité et à ce que ceux-ci soient utilisés de façon plus rationnelle moyennant : l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales et de pratiques optimales ; des approches régionales pour l'échange d'informations et de données d'expérience ; et l'appui et les conseils que le Secrétariat fournira aux pays pour élargir et surveiller l'accès aux médicaments essentiels.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total****Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)**

i) Six ans (couvrant la période 2014-2019)

ii) Total : US \$18 millions (personnel : US \$8 millions ; activités : US \$10 millions)

¹ Comme stipulé dans la résolution WHA60.29, le terme « technologies sanitaires » désigne les dispositifs, médicaments, vaccins, procédés et systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de la vie.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$8,6 millions (personnel : US \$3,6 millions ; activités : US \$5,0 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège et dans les six bureaux régionaux

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non, mais le recrutement se fera sur des postes approuvés qui sont inclus dans le budget programme approuvé.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Huit membres du personnel (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur (deux au Siège et six dans les bureaux régionaux). Les membres du personnel en question devront avoir des compétences techniques en matière de fixation des prix, d'achat et d'approvisionnement ainsi que d'usage rationnel des médicaments et des produits sanitaires.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptées)

Le déficit de financement est estimé à US \$5,6 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Résolution WHA67.23 Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Politiques, stratégies et plans de santé nationaux Réalisation 4.1
Produit 4.1.2

Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires Réalisation 4.3
Produit 4.3.1

Liens supplémentaires avec les catégories 1, 2, 3 et 5

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La résolution favorisera le développement des moyens qu'ont les pays d'évaluer le rapport coût/efficacité des interventions sanitaires ainsi que des médicaments et autres technologies sanitaires, selon une approche fondée sur des données factuelles et transparente. Les décideurs pourront ainsi fixer des priorités dans les investissements destinés à la santé et contribuer à l'instauration durable de la couverture sanitaire universelle.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Six ans (couvrant la période 2014-2019)

ii) Total : US \$28 millions (personnel : US \$12 millions ; activités : US \$16 millions)

Les dépenses et la dotation en personnel que nécessitent les mesures prévues dans la résolution seront inscrites dans chacun des budgets biennaux, selon un chiffrage réaliste du coût des produits et des prestations liés aux activités prévues pour chaque exercice budgétaire, à compter du budget programme 2016-2017.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$13,6 millions (personnel : US \$6,6 millions ; activités : US \$7,0 millions)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège et dans les six bureaux régionaux

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non, mais le recrutement se fera sur des postes approuvés qui sont inclus dans le budget programme approuvé.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Au total, huit membres du personnel (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur seront nécessaires (deux au Siège et un dans chacun des bureaux régionaux). Les membres du personnel en question devront posséder des compétences techniques en matière d'analyse coût/efficacité ou d'évaluation des technologies et des interventions sanitaires.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est actuellement estimé à US \$13,6 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

<p>1. Résolution WHA67.24 Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 4. Systèmes de santé</p> <p>Secteur de programme : Services de santé intégrés centrés sur la personne</p> <p>Réalisation 4.2 Produit 4.2.2</p> <p>En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?</p> <p>Elle contribuera à seconder les pays dans la planification et la mise en œuvre de stratégies conformes à la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>i) Quatre ans (couvrant la période 2014-2017)</p> <p>ii) Total : US \$18,8 millions (personnel : US \$13,0 millions ; activités : US \$5,8 millions)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Total : US \$9,4 millions (personnel : US \$6,5 millions ; activités : US \$2,9 millions)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>Bureaux de pays, 30 % ; bureaux régionaux et infrarégionaux, 40 % ; et Siège, 30 %.</p> <p>Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p> <p>Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p> <p>c) Incidences au plan du personnel</p> <p>La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)</p> <p>Oui, à condition que les postes actuellement vacants au Siège et dans les bureaux régionaux soient pourvus.</p> <p>Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant</p>
<p>4. Financement</p> <p>Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)</p> <p>Non</p> <p>Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptées)</p> <p>Le déficit de financement est estimé à US \$3,8 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.</p>

<p>1. Résolution WHA67.25 Résistance aux antimicrobiens</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention</p> <p>Secteur de programme : Maladies à tendance épidémique et pandémique</p> <p>En outre, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens fait intervenir et influence un large éventail de catégories et de secteurs de programme.</p> <p>En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?</p> <p>La résolution concerne directement la réalisation consistant à accroître le nombre de pays ayant un plan d'action national contre la résistance aux antimicrobiens.¹ La résolution garantira l'engagement, au niveau mondial, des États Membres et d'autres organisations à parvenir à ce résultat. En raison de la nature intersectorielle et des conséquences sanitaires de la résistance aux antimicrobiens, la résolution intéresse aussi directement les réalisations et les prestations relevant d'autres catégories et secteurs de programme.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)</p> <p>Oui. Toutefois, le budget programme 2014-2015 ne couvre pas la mise en œuvre du projet de plan d'action mondial mentionné au paragraphe 2.5) du dispositif.</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>i) Deux ans (couvrant la période 2014-2015)</p> <p>ii) Total : US \$9,6 millions (personnel : US \$7,4 millions ; activités : US \$2,2 millions)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Total : US \$9,6 millions (personnel : US \$7,4 millions ; activités : US \$2,2 millions)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>Au Siège et dans les six bureaux régionaux. Tous les coûts des activités seront imputés au Siège ; les dépenses de personnel se monteront à US \$4,6 millions au Siège et à US \$470 000 dans chaque bureau régional.</p> <p>Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)</p> <p>Non, il n'est que partiellement inclus.</p> <p>Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p> <p>Total : US \$7,8 millions (personnel : US \$6,6 millions ; activités : US \$1,2 million)</p>

¹ Comme indiqué sur le portail Internet du budget programme de l'OMS.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Si l'on part de l'hypothèse que le personnel en poste demeurera affecté aux activités prévues dans le budget programme actuel, y compris aux activités qui concernent la résistance aux antimicrobiens, des effectifs supplémentaires en équivalent plein temps seront nécessaires pour mettre en œuvre cette résolution, à savoir un équivalent plein temps dans chacun des bureaux régionaux et quatre à six équivalents plein temps au Siège (personnel occupant des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur, spécialiste de la politique de santé, de la communication et de la gestion de projet).

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est estimé à US \$8,8 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Décision WHA67(9) Nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles

Secteur de programme : Nutrition

Réalisation 2.5

Produit 2.5.1

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La décision permettra au Secrétariat de mener à bien trois tâches en suspens ayant trait au plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : élaborer des politiques multisectorielles sur l'alimentation et la nutrition (par l'intermédiaire de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition), fournir des orientations sur la commercialisation des aliments de complément, et élaborer un cadre de responsabilisation (moyennant les travaux sur le cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant).

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Deux ans (couvrant la période 2014-2015)

ii) Total : US \$1,87 million (personnel : US \$690 000 ; activités : US \$1,18 million)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$1,87 million (personnel : US \$690 000 ; activités : US \$1,18 million)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est estimé à US \$780 000. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Décision WHA67(10) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégories : toutes

Secteurs de programme : la décision se rapporte à des secteurs de programme de toutes les catégories.

Réalisations : toutes
Produits : tous

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Les six mesures demandées dans la décision, et les vastes travaux qu'elles impliquent pour l'Organisation, contribueront à toutes les réalisations programmatiques.

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui, exception faite de l'évaluation de terrain et du rapport devant être présenté à sa suite à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, qui ne relèvent pas du budget programme 2014-2015.

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

- i) Un an (couvrant la période mai 2014-mai 2015)
- ii) Total : US \$4,79 millions (personnel : US \$2,83 millions ; activités : US \$1,96 million)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$4,79 millions (personnel : US \$2,83 millions ; activités : US \$1,96 million).

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Les dépenses seront encourues principalement au niveau du pays, le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Siège apportant éventuellement un appui technique pour l'évaluation de terrain et le rapport connexe.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

US \$150 000, soit le coût de l'évaluation de terrain et du rapport connexe. Les coûts ne sont pas prévus pour le moment dans le budget programme 2014-2015 ; cependant, vu le budget supplémentaire relativement modeste nécessaire pour les activités, la question sera réglée moyennant une reprogrammation au niveau national ou régional.

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptées)

Le déficit de financement est estimé à US \$803 500. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.