Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/35**
Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire **8 mai 2017**

Progrès dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

Rapport du Secrétariat

1. En mai 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA69.11 sur la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. En janvier 2017, le Conseil exécutif, à sa cent quarantième session, a pris note d'un rapport sur les progrès dans la mise en œuvre du Programme 2030,[1] dans lequel le Secrétariat a proposé six principales mesures, présentées comme des instruments du changement, afin d'aider les États Membres à atteindre les objectifs de développement durable. Ces mesures ont été approuvées par les États Membres lors de cette session.[2]

2. Le présent rapport fournit des données actualisées sur les progrès accomplis sur la voie des objectifs de développement durable, en tenant compte des discussions du Conseil exécutif à sa cent quarantième session. La partie I porte sur les progrès que les États Membres ont accomplis aux niveaux mondial et régional pour atteindre l'objectif 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et ses cibles interdépendantes ainsi que d'autres objectifs et cibles liés à la santé. Elle découle du soutien que le Secrétariat apporte aux États Membres afin de renforcer le système de rapports sur la réalisation du Programme 2030. La partie II décrit les progrès dans la mise en œuvre de la résolution WHA69.11.

I. PROGRÈS DES ÉTATS MEMBRES VERS LES OBJECTIFS ET CIBLES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE LIÉS À LA SANTÉ

3. Pour établir le présent rapport, le Secrétariat s'est fondé sur les informations fournies dans les statistiques sanitaires mondiales 2016,[3] qui présente les résultats de l'examen mené par l'OMS sur plus de 30 indicateurs sanitaires ou liés à la santé, et sur les informations actualisées figurant dans les statistiques sanitaires mondiales 2017. En plus d'informations sur les indicateurs, l'édition de 2017

[1] Document EB140/32. Les débats auxquels ont donné lieu l'examen de ce rapport sont présentés dans le document EB140/2017/REC/2, procès-verbaux de la quinzième séance, section 2 (en anglais seulement).

[2] Les six mesures sont : l'action intersectorielle associant des partenaires multiples ; le renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle ; le respect de l'équité et des droits de l'homme ; le financement durable ; la recherche et l'innovation scientifiques ; et le suivi et l'évaluation.

[3] World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. Disponible à l'adresse http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf (consulté le 21 avril 2017).

présente brièvement la finalité de chacune des six mesures proposées par le Secrétariat et les activités entreprises à cet égard. Les données disponibles montrent qu'en dépit des avancées réalisées à l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement, des obstacles majeurs empêchent de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant, d'améliorer la nutrition et de faire progresser la lutte contre les maladies infectieuses telles que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées et l'hépatite. L'analyse de la situation démontre également qu'il est important de combattre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque comme la consommation de tabac, les problèmes de santé mentale, les accidents de la route et les problèmes de santé environnementale. La fragilité des systèmes de santé reste un frein dans nombre de pays, entraînant des lacunes de couverture, même pour les services de santé de base, et entravant la préparation aux urgences sanitaires. Les dernières données disponibles permettent de résumer comme suit la situation pour huit domaines prioritaires recouvrant plusieurs objectifs et cibles.

Santé de la mère et de l'enfant et nutrition

4. Les principales cibles relatives à la santé de la mère et de l'enfant et à la nutrition sont les cibles 3.1 (d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes), 3.2 (d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus) et 2.2 (d'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées).

5. En 2015, le taux mondial de mortalité maternelle était de 216 pour 100 000 naissances vivantes. Pour atteindre la cible 3.1, le taux de réduction annuel devra être d'au moins 7,3 % au niveau mondial, soit plus de trois fois celui obtenu entre 1990 et 2015. En 2016, à l'échelle planétaire, des millions d'accouchements ont eu lieu sans la présence d'une sage-femme, d'un médecin ou d'un infirmier qualifiés, et 78 % seulement se sont déroulés en présence d'une accoucheuse qualifiée.

6. Le taux mondial de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans était en 2015 de 43 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale s'établissant à 19 pour 1000 naissances vivantes. Le taux annuel de réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans était de 3,9 % entre 2000 et 2015. Si l'on poursuit sur cette voie, il sera possible d'atteindre, au niveau mondial, la cible consistant à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus. De même, le taux annuel de réduction observé pour la mortalité néonatale entre 2000 et 2015 (3,1 %) doit être maintenu si l'on veut atteindre la cible consistant à le ramener à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus d'ici à 2030.

7 Au niveau mondial, en 2016, 155 millions d'enfants de moins de 5 ans avaient un retard de croissance (trop petits pour leur âge), 52 millions souffraient d'émaciation (trop légers pour leur taille) et 41 millions présentaient une surcharge pondérale (trop lourds pour leur taille). La prévalence du retard de croissance était la plus élevée dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est (34 % dans les deux cas). C'est dans la Région de l'Asie du Sud-Est que la prévalence de l'émaciation était la plus marquée (15,3 %) et que le nombre d'enfants souffrant d'émaciation était le plus élevé (27 millions). De 2000 à 2016, le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids a augmenté de 33 % au niveau mondial. Le double fardeau de la malnutrition est observé dans la Région de l'Asie du Sud-Est, qui comptait en 2016 plus de 9 millions d'enfants en surpoids.

Maladies infectieuses

8. La principale cible relative aux maladies infectieuses est la cible 3.3, qui consiste, d'ici à 2030, à mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et à combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles.

9. Au niveau mondial, d'après les estimations, 2,1 millions de personnes ont contracté l'infection à VIH en 2015, soit un taux de 0,3 nouvelle infection pour 1000 personnes non infectées. La même année, 1,1 million de personnes seraient décédées de maladies liées au VIH. On estime que, fin 2015, 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH. La Région africaine reste la plus touchée : 4,4 % des adultes âgés de 15 à 49 ans y vivent avec le VIH. Par ailleurs, les nouvelles infections à VIH sont en augmentation dans la Région européenne.

10. En 2015, le taux d'incidence du paludisme était de 94 pour 1000 personnes à risque, représentant une baisse mondiale de 41 % entre 2000 et 2015 et de 21 % entre 2010 et 2015. C'est dans la Région européenne que la baisse a été la plus forte (100 %), le nombre de cas autochtones étant réduit à zéro en 2015. D'après les estimations, 212 millions de cas de paludisme et 429 000 décès imputables à cette maladie ont été enregistrés dans le monde en 2015. Le fardeau a été le plus lourd dans la Région africaine, où l'on estime que 92 % de l'ensemble des décès dus au paludisme sont survenus, et parmi les enfants de moins de 5 ans, qui ont représenté 70 % de l'ensemble des décès.

11. La tuberculose est une maladie que l'on peut soigner, dont on peut guérir, mais qui reste un problème de santé de premier plan à l'échelle mondiale. En 2015, on estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose au niveau planétaire. Cette même année, 1,4 million de décès dus à la tuberculose ont été enregistrés, auxquels il faut ajouter 400 000 décès imputables à la tuberculose chez les personnes séropositives pour le VIH. En 2015, le taux de létalité a été très variable, allant de moins de 5 % dans quelques pays à plus de 20 % dans la plupart des pays de la Région africaine, indiquant de profondes inégalités d'accès aux services de diagnostic et de traitement de qualité. La Région européenne présente les taux les plus élevés de tuberculose résistante aux médicaments (16 % et 48 % des cas nouveaux et précédemment traités), et concentre plus de 20 % du fardeau mondial de la tuberculose multirésistante.

12. Au niveau mondial, selon les estimations, l'hépatite aurait tué quelque 1,3 million de personnes au total en 2015.[1] Cette même année, la couverture mondiale des trois doses du vaccin contre l'hépatite B, une intervention prioritaire, a atteint 84 % chez les nourrissons.

13. En 2015, d'après les données communiquées, 1,59 milliard de personnes avaient besoin d'un traitement et de soins de masse ou individuels contre des maladies tropicales négligées, contre 2 milliards en 2010. Ceux qui ont besoin de telles interventions sont généralement pauvres et marginalisés (voir aussi le paragraphe 46).

Maladies non transmissibles, lutte antitabac, santé mentale et abus de substances psychoactives

14. Les principales cibles relatives aux maladies non transmissibles, à la lutte antitabac, à la santé mentale et à l'abus de substances psychoactives sont les cibles 3.4 (d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et

[1] Ce chiffre englobe les décès imputables à l'hépatite aigüe, au cancer du foie dû à l'hépatite, et à la cirrhose due à l'hépatite.

promouvoir la santé mentale et le bien-être), 3.5 (renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool) et 3.a (renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac).

15. En 2015, 40 millions de décès au total étaient dus aux maladies non transmissibles, soit 70 % de l'ensemble des décès dans le monde. La majorité d'entre eux étaient causés par les quatre principales maladies non transmissibles : 17,7 millions (45 % des décès dus aux maladies non transmissibles) étaient imputables aux maladies cardiovasculaires, 8,8 millions (22 %) aux cancers, 3,9 millions (10 %) aux maladies respiratoires chroniques et 1,6 million (4 %) au diabète. Le risque de mourir de l'une de ces quatre maladies entre 30 et 70 ans a baissé, passant de 23 % en 2000 à 19 % en 2015. C'est chez les adultes de la Région de l'Asie du Sud-Est que cette probabilité était la plus élevée (23 %), et chez ceux de la Région des Amériques qu'elle était la plus faible (15 %). Dans toutes les Régions de l'OMS, le risque était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

16. En 2016, la consommation mondiale d'alcool était estimée à 6,4 litres d'alcool pur par personne âgée de 15 ans ou plus, avec d'importantes variations entre les Régions de l'OMS. Les données disponibles indiquent que la couverture du traitement contre les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues est insuffisante, même si la mesure de cet indicateur doit être encore améliorée.

17. En 2015, plus de 1,1 milliard de personnes fumaient du tabac. Actuellement, cette consommation est bien plus répandue chez les hommes que chez les femmes. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été ratifiée par 180 États Parties, soit 90 % de la population mondiale. Plus de 80 % des États Parties ont soit adopté de nouvelles lois et réglementations antitabac, soit renforcé celles existantes. Il faut poursuivre l'action en faveur de la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

18. Près de 800 000 décès par suicide ont eu lieu dans le monde en 2015, ce qui en fait la deuxième cause de décès par traumatisme après les accidents de la circulation. Les hommes sont presque deux fois plus nombreux que les femmes à se suicider. C'est dans la Région européenne que le taux de mortalité par suicide est le plus élevé (14,1 pour 100 000) et dans la Région de la Méditerranée orientale qu'il est le plus faible (3,8 pour 100 000).

Traumatismes et violence

19. Les principales cibles relatives aux traumatismes et à la violence sont les cibles 3.6 (d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route), 5.2 (éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation), 13.1 (renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat), 16.1 (réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés) et 16.2 (mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants).

20. Près de 1,25 million de personnes sont mortes sur les routes en 2013, et plus de 50 millions de personnes ont subi des traumatismes non mortels lors d'accidents, y compris des collisions. Les accidents de la circulation sont la principale cause de décès chez les 15-29 ans et touchent de façon disproportionnée les usagers de la route vulnérables (piétons, cyclistes et motocyclistes). La vaste majorité (90 %) de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, qui abritent 82 % de la population mondiale, mais où l'on trouve seulement 54 % des véhicules immatriculés dans le monde. De 2000 à 2013, le nombre de morts sur les routes a augmenté d'environ 13 % au niveau mondial.

21. Pendant la période 2011-2015, à l'échelle planétaire, le taux de mortalité annuel lié aux catastrophes naturelles était en moyenne de 0,3 décès pour 100 000 habitants. C'est dans la Région du Pacifique occidental que le taux était le plus élevé (0,5 décès pour 100 000 habitants). Pendant la même période, le taux d'homicides a connu une baisse marquée de 19 % au niveau mondial. On estime qu'en 2015, 468 000 meurtres ont été commis. Les quatre cinquième des victimes étaient des hommes. Le taux d'homicides était le plus élevé dans la Région des Amériques (18,6 pour 100 000 habitants).

22. En 2015, d'après les estimations, 156 000 personnes ont été tuées dans des guerres ou des conflits, soit environ 0,3 % de l'ensemble des décès dans le monde. Cette estimation n'inclut pas les décès dus aux effets indirects des guerres et des conflits, à savoir la propagation des maladies, la mauvaise nutrition et l'effondrement des services de santé.

23. D'après les dernières estimations, au niveau mondial, près d'un quart des adultes (23 %) ont subi des sévices physiques quand ils étaient enfants, et près d'un tiers (35 %) des femmes ont, à un moment ou un autre de leur vie, subi des violences physiques ou sexuelles infligées par un partenaire intime ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire.

Services de santé sexuelle et procréative

24. La principale cible relative aux services de santé sexuelle et procréative est la cible 3.7 (d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux).

25. Dans le monde, en 2016, 77 % des femmes en âge de procréer qui étaient mariées ou en couple utilisaient des méthodes modernes de planification familiale. Néanmoins, cela a été le cas de 9 femmes sur 10 dans la Région du Pacifique occidental, mais de seulement la moitié des femmes dans la Région africaine. Le taux mondial de natalité chez les adolescentes était en 2015 de 44,1 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Le taux était cinq fois plus élevé dans les pays à faible revenu (97,3 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans) que dans les pays à revenu élevé (19,1 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans).

Couverture sanitaire universelle et systèmes de santé

26. Les principales cibles relatives à la couverture sanitaire universelle et aux systèmes de santé sont les cibles 3.8 visant à instaurer la couverture sanitaire universelle, 3.b sur l'appui à la recherche et la mise au point de produits, 3.c sur l'accroissement du budget de la santé et le renforcement du personnel de santé, et 17.19 consistant à tirer parti des initiatives existantes pour établir des indicateurs de progrès en matière de développement durable.

27. Des consultations avec les États Membres ont débuté en février 2017 sur les estimations pour les indicateurs 3.8.1 (couverture des services de santé essentiels) et 3.8.2 (proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage) relatifs à la couverture sanitaire universelle. Une fois mené à bien, ce processus aboutira au premier ensemble comparable de données de suivi pour un indice recouvrant, d'une part, la couverture des services de santé essentiels et, d'autre part, la proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage, en tant que moyen de mesure du manque de couverture de la protection financière en matière de santé. En moyenne, les pays disposent de données depuis 2010 pour 70 % des interventions de référence de l'indicateur 3.8.1 environ, et 50 % des pays disposent d'au moins un jeu de données pour l'indicateur 3.8.2 depuis 2005.

28. En 2015, au niveau mondial, 86 % des enfants avaient reçu leur troisième dose de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), indicateur indirect de la vaccination complète des enfants. Les données de la période 2007-2014 montrent que, pour un ensemble sélectionné de médicaments essentiels, la disponibilité médiane était de seulement 60 % et 56 %, respectivement, dans le secteur public des pays à revenu faible et des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. L'accès est plus difficile encore pour les médicaments contre les affections chroniques et les maladies non transmissibles que pour ceux contre les affections aiguës. Malgré les améliorations de ces dernières décennies, l'innovation en matière de nouveaux produits reste dissociée des besoins sanitaires des habitants des pays en développement. Le paysage actuel de la recherche-développement en santé n'est pas suffisamment aligné sur la demande et les besoins mondiaux en matière de santé. Seulement 1 % du financement de la recherche-développement en santé est affecté aux maladies touchant avant tout les pays en développement.[1]

29. Les agents de santé sont inégalement répartis dans le monde. Les Régions où la charge de morbidité est la plus élevée sont aussi celles où la proportion de personnels de santé à même de fournir les services de santé indispensables est la plus faible. Les données disponibles de la période 2005-2015 montrent que, dans environ 40 % des pays, il y a moins d'un médecin pour 1000 habitants, et que presque la moitié des pays comptent moins de trois infirmiers et sages-femmes pour 1000 habitants. Même dans les pays où les densités de personnels de santé nationaux sont plus élevées, les effectifs sont inégalement répartis ; les zones rurales et difficiles d'accès tendent à manquer de personnel par rapport aux capitales et aux autres zones.

30. On estime que la moitié seulement des 194 États Membres précisent les causes de décès dans au moins 80 % des cas.

31. Le rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique intitulé « S'engager pour la santé et la croissance : investir dans les personnels de santé » a été rendu public en 2016 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies.[2] Dans ce document, la Commission formule 10 recommandations et propose cinq actions immédiates pour stimuler et guider la création de 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire tout en remédiant à une pénurie de 18 millions de professionnels de la santé en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. En considérant l'ensemble du Programme de développement durable à l'horizon 2030, la Commission recense les gains sociaux et économiques que l'on pourrait tirer des investissements dans les personnels de santé, au-delà du travail décent et de la croissance économique (objectif 8), notamment l'élimination de la pauvreté (objectif 1), la santé et le bien-être (objectif 3), la formation de qualité (objectif 4) et l'égalité entre les sexes (objectif 5). Ce rapport et le plan proposé de mise en œuvre sur cinq ans (2017-2021) illustrent l'utilité d'une action intersectorielle et d'efforts interinstitutions recouvrant le Programme 2030 dans sa globalité.

Risques environnementaux

32. Les objectifs de développement durable incluent plusieurs cibles relatives à la préservation de l'environnement et à la santé humaine, notamment celles relevant des objectifs 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), 6 (garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement), 7 (garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et

[1] Røttingen J-A, Regmi S, Eidt M et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory. *The Lancet*. 2013; 382:1286–1307.

[2] Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250100/3/9789242511307-fre.pdf (consulté le 21 avril 2017).

modernes, à un coût abordable), 9 (bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation), 11 (faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables), 12 (établir des modes de consommation et de production durables) et 13 (prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions).

33. Aujourd'hui encore, environ 3 milliards de personnes font la cuisine et chauffent leur logement à l'aide de combustibles solides (bois, résidus agricoles, charbon et déjections animales) brûlés dans des foyers ouverts ou des poêles non étanches. Ces combustibles et techniques inefficaces entraînent à l'intérieur des habitations des niveaux élevés de pollution par tout un éventail d'agents nocifs pour la santé. Au niveau mondial, en 2012, la pollution de l'air intérieur a causé 4,3 millions de décès. Les femmes et les enfants présentent un risque particulièrement élevé de maladie due à l'exposition à la pollution à l'intérieur des habitations, et représentent 60 % de l'ensemble des décès prématurés qui lui sont imputables.

34. En 2014, 92 % de la population mondiale vivait dans des lieux où les lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air n'étaient pas respectées. La pollution de l'air ambiant (extérieur) dans les villes et dans les zones rurales aurait, d'après les estimations, causé 3 millions de décès prématurés dans le monde en 2012, dont 87 % dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime que la pollution de l'air (intérieur et extérieur) aurait tué 6,5 millions de personnes en 2012, soit 11,6 % de l'ensemble des décès au niveau mondial.

35. Au niveau mondial, en 2012, on estime que la contamination de l'eau de boisson, des plans d'eau et du sol, l'inadéquation des installations pour se laver les mains, et les pratiques découlant de services inappropriés ou inadéquats ont entraîné 871 000 décès. Près de la moitié (45 %) d'entre eux sont survenus dans la Région africaine. En 2015, 6,6 milliards de personnes ont utilisé un point d'eau amélioré, mais la couverture des services d'eau de boisson gérés de manière sûre est faible (d'après des estimations préliminaires, 68 % dans les zones urbaines et 20 % seulement dans les zones rurales). Un tiers environ de la population mondiale (32 %) n'avait pas accès à des installations d'assainissement améliorées en 2015, dont 946 millions de personnes pratiquant la défécation à l'air libre.

36. D'après les estimations, 108 000 personnes sont décédées d'intoxications accidentelles en 2015, contre 133 000 en 2000. La Région africaine affichait en 2015 le taux de mortalité par intoxication accidentelle le plus élevé : 2,8 pour 100 000 habitants, soit près de deux fois le taux mondial (1,5 pour 100 000 habitants).

Risques sanitaires et flambées de maladies

37. La cible 3.d vise à renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux. À cet égard, le processus de suivi du Règlement sanitaire international (2005) a notamment consisté à envoyer un questionnaire d'autoévaluation aux États Parties afin qu'ils apprécient l'état de la mise en place de 13 principales capacités, notamment la législation, la coordination et la préparation. En 2016, 129 États Parties (66 % du total) ont répondu au questionnaire. Le score moyen pour l'ensemble des capacités et l'ensemble des États Parties notifiant des données était de 76 %.

II. PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉSOLUTION WHA69.11

38. **Faciliter l'élaboration de plans nationaux exhaustifs et intégrés au service de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du Programme 2030.** Les politiques, stratégies et plans de santé nationaux aident à définir et mettre en œuvre les priorités pour la santé et le développement. D'après le rapport 2017 de l'OMS sur la présence de l'Organisation dans les pays, territoires et zones, 60 bureaux de l'OMS dans les pays ont déjà noué une collaboration avec les gouvernements, directement ou par l'intermédiaire des équipes de pays des Nations Unies, afin d'aligner les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux sur les objectifs de développement durable. Soixante-cinq autres bureaux de pays ont commencé à collaborer avec les autorités nationales et les équipes de pays des Nations Unies. Les 23 autres bureaux de pays devraient entamer un dialogue avec les autorités nationales au cours de l'année 2017. L'OMS a travaillé en partenariat avec l'Union européenne et le Grand-Duché de Luxembourg pour élaborer des politiques, des stratégies et des plans de santé nationaux dans plus de 30 pays. Parmi ceux-ci figurent la Tunisie (consultations avec la population) ; le Tchad, la République démocratique du Congo et le Timor-Leste (fixation de priorités en faveur du secteur de la santé et d'une vie en bonne santé) ; et la Guinée, le Kirghizistan, la République démocratique populaire lao, le Libéria, Moldova, le Mozambique, le Soudan, la Sierra Leone, l'Ukraine et le Viet Nam (suivi de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans nationaux). Au cours des sept dernières années, de nombreux pays européens ont aligné leurs politiques de santé nationales sur Santé 2020 : un cadre politique européen en faveur de la santé et du bien-être, qui est lui-même en adéquation avec le Programme 2030. L'OMS a mis au point un guide sur l'élaboration des politiques, stratégies et plans de santé nationaux intitulé *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*.[1]

39. **Élaborer des plans régionaux pour mettre en œuvre le Programme 2030.** Les bureaux régionaux de l'OMS ont engagé de nombreuses activités pour promouvoir la santé dans le cadre des objectifs de développement durable. Plusieurs exemples, examinés par les comités régionaux et dans le cadre des publications de l'OMS, sont présentés ci-dessous. Le Bureau régional de l'Afrique a récemment mis l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle.[2] Le Bureau régional des Amériques s'attache quant à lui à renforcer l'approche de la santé dans toutes les politiques, et a lancé en mai 2016 une Commission sur l'équité en tant que première étape pratique pour mettre en œuvre le Programme 2030. En 2016, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a publié une analyse initiale de la situation des objectifs de développement durable liés à la santé dans les 11 États Membres de la Région et, début 2017, il a organisé une consultation régionale sur le suivi des objectifs liés à la santé, au cours de laquelle un accord a été trouvé sur quatre priorités : améliorer l'enregistrement des causes de décès (par l'intermédiaire de l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil) ; améliorer le suivi de l'équité ; améliorer l'interopérabilité, en particulier pour le personnel et les méthodes de travail plutôt que pour les technologies ; et améliorer la transparence et l'exploitation des données. Le Bureau régional de l'Europe a réalisé une série d'examens sur la façon dont les politiques de santé nationales prennent en compte les objectifs de développement durable et sur la place de la santé dans les stratégies de développement nationales actuelles. En plus de ces 31 profils de pays, il a élaboré une feuille de route pour la mise en œuvre du Programme 2030 (en cours d'examen), réalise une cartographie de la protection financière dans tous les pays, assure la présidence de la Coalition thématique sur la santé du mécanisme régional de

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/ (consulté le 21 avril 2017).

[2] Voir : Bureau régional OMS de l'Afrique. Health systems strengthening for attainment of universal health coverage: an action framework (2016).

coordination des Nations Unie,[1] et guide le Processus européen Environnement et santé pour la mise en œuvre du Programme 2030.[2] Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a mis en exergue l'importance des soins d'urgence et d'un ensemble défini de services de santé essentiels pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Reconnaissant que chaque État Membre fixera ses propres priorités parmi les 169 cibles convenues (y compris celles liées à la santé), le Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental[3] donne des orientations concernant, par exemple, la façon d'intégrer l'équité en santé à la planification nationale, la collaboration intersectorielle, la participation des communautés touchées, et le rôle moteur du secteur de la santé dans l'application du Programme 2030. Il reviendra maintenant au Secrétariat de mettre plus largement à profit ces nombreuses initiatives en collaborant par-delà les Régions et les pays et en partageant les informations à l'échelle mondiale.

40. **Mettre définitivement au point les indicateurs des objectifs de développement durable qui se rapportent à la santé.** Le Secrétariat conseille le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable (composé de représentants de 28 bureaux nationaux de statistique). C'est ainsi qu'a été récemment mis au point la version définitive des indicateurs des objectifs de développement durable liés à la santé. En mars 2017, la Commission de statistique de l'ONU a adopté plusieurs modifications à certains indicateurs en réponse à des préoccupations exprimées par les États Membres. Entre autres, la définition de la protection contre le risque financier dans le cadre de la couverture sanitaire universelle a été améliorée. Les indicateurs devraient faire l'objet d'un examen approfondi en 2020. L'OMS a également publié des orientations régionales sur l'utilisation des indicateurs standard.[4]

41. **Soutenir les États Membres dans le renforcement des capacités statistiques nationales.** Le Secrétariat a évalué la disponibilité et la qualité des données pour les statistiques ventilées sur la santé et les indicateurs liés à la santé[5] ainsi que pour les indicateurs de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).[6] L'OMS dirige également le projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative), auquel participent 38 partenaires régionaux et mondiaux, dont l'objet est de renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays.

42. **Concourir aux examens thématiques des progrès accomplis par les États Membres par rapport aux objectifs de développement durable.** Le Secrétariat a soutenu et coordonné la préparation des examens nationaux volontaires qui seront présentés par 40 États Membres lors du Forum politique de haut niveau pour le développement durable, en juillet 2017. Ceux-ci seront l'occasion pour les États Membres de montrer, sur la base des dernières données disponibles, comment il est possible d'améliorer la santé (objectif 3) dans le cadre de la réduction de la pauvreté (objectif 1), de l'élimination de la faim (objectif 2), de l'égalité des sexes (objectif 5), de l'industrialisation et de l'innovation (objectif 9), de la conservation de la vie sous-marine (objectif 14) et du renforcement des partenariats (objectif 17).

---

[1] Voir www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/324784/1st-mtg-report-issue-based-Coalition-Health-nov-2016.pdf (consulté le 25 avril 2017).

[2] Voir www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp (consulté le 21 avril 2017).

[3] Bureau régional OMS du Pacifique occidental. Regional action agenda on achieving the Sustainable Development Goals in the Western Pacific (2017).

[4] Voir par exemple : Bureau régional OMS de l'Europe. Core health indicators in the WHO European Region 2016. Special focus: 2030 Agenda for Sustainable Development (2016).

[5] World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. Disponible à l'adresse http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf (consulté le 21 avril 2017).

[6] Voir www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report.pdf (consulté le 21 avril 2017).

43. **Rôle de l'OMS dans la fourniture d'informations sanitaires en tant que bien public.** En 2016, l'OMS a publié le document *Best practices for sharing information through data platforms: establishing the principles*,[1] une déclaration de principe fixant les principes et les pratiques pour la communication de données et de résultats lors des urgences de santé publique, sur la base du Règlement sanitaire international (2005).[2] L'OMS et d'autres acteurs ont également publié des lignes directrices sur la communication fiable et transparente d'estimations sanitaires,[3] dans lesquelles l'OMS, les autres organisations des Nations Unies et les chercheurs indépendants sont encouragés à rendre publics les ensembles de données et les méthodes servant à calculer les estimations de la charge de morbidité et les tendances relatives aux maladies. En 2017, l'OMS publiera une politique sur les principes et les pratiques relatifs à l'accès ouvert qui s'appliquent à l'ensemble des données détenues par l'Organisation. En 2016, l'OMS a publié une politique de libre accès s'appliquant à l'ensemble des publications de l'OMS, l'accent étant mis sur la réduction de l'offre de publications imprimées au profit des publications numériques et à la demande.

44. **Appuyer le Partenariat international de santé pour la CSU à l'horizon 2030.** Pour atteindre la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle, le Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes (IHP+) est devenu en 2016 le Partenariat international de santé pour la CSU à l'horizon 2030, une alliance pour le renforcement des systèmes de santé, ayant comme partenaires les gouvernements nationaux, l'OMS et les autres organisations des Nations Unies ainsi que d'autres institutions internationales et organisations de la société civile. D'autres informations sur les initiatives spécifiques visant à instaurer la couverture sanitaire universelle figurent dans les rapports de situation présentés à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.[4]

45. **Soutenir les efforts nationaux pour garantir qu'il n'y aura « pas de laissés-pour-compte ».** S'agissant de l'égalité entre les sexes et de l'égalité en général, le soutien apporté par le Secrétariat aux États Membres a contribué aux objectifs 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), 5 (parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) et 10 (réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre) et à la cible 17.18 sur la ventilation des données. Concernant le suivi, le portail de données de l'OMS sur les progrès vers la couverture sanitaire universelle, qui rassemble des données de 194 États Membres et a été lancé en décembre 2016, inclut des informations sur l'équité.[5] En février 2017, des données de 102 pays étaient disponibles dans la base Health Equity Monitor de l'OMS. Le Secrétariat apporte un appui aux États Membres dans plusieurs domaines : utilisation de normes et de ressources pour le suivi des inégalités sanitaires ; suivi des dépenses de santé catastrophiques et entraînant l'appauvrissement ; suivi des actions intersectorielles contribuant à la réduction des inégalités sanitaires et des disparités hommes-femmes en santé ; utilisation d'AccessMod, un outil de modélisation de l'accessibilité physique aux soins de santé et de la couverture géographique ;[6] et conduite d'une analyse d'incidence des avantages pour déterminer dans quelle mesure les différents groupes sociaux et économiques profitent des services. Par ailleurs, l'OMS a lancé en 2016 un manuel technique intitulé *The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind* (Utiliser l'approche

[1] www.who.int/bulletin/volumes/94/4/16-172882/en/ (consulté le 21 avril 2017).

[2] Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 18, 2016, 91, 237–248.

[3] Stevens G, Alkema L, Black R et al. Guidelines for accurate and transparent health estimates reporting: the GATHER statement. *The Lancet*. 2016; 388, e19-e23. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30388-9.

[4] Voir le document A70/38, sections A, C, F et K.

[5] Voir apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp (consulté le 21 avril 2017).

[6] Voir www.who.int/ehealth/resources/accessmod/en/ (consulté le 21 avril 2017).

Innov8 pour s'assurer que les programmes de santé nationaux ne laissent personne de côté).[1] En outre, la neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, organisée conjointement par l'OMS et par la Commission nationale de la santé et de la planification familiale de la République populaire de Chine s'est tenue à Shanghai (Chine) en novembre 2016, marquant le trentième anniversaire de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Cette manifestation a été l'occasion de souligner plus nettement le rôle de la promotion de la santé pour améliorer l'équité en santé. Des informations supplémentaires sur le genre et l'équité figurent dans des documents distincts.[2]

46. **Promouvoir une approche multisectorielle pour le Programme 2030.** L'OMS soutient de nombreuses initiatives de coopération aux niveaux national, régional et mondial, dont certaines sont présentées ci-après. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) recouvre 11 objectifs de développement durable : toutes les cibles de l'objectif 3 et certaines cibles de 10 autres objectifs (1 à 7, 9, 10, 16 et 17).[3] Reconnaissant l'importance de l'énergie pour fournir des services de santé sûrs et de qualité, le Secrétaire général de l'ONU a lancé l'initiative Énergie pour la santé de la femme et de l'enfant et il a été demandé à l'OMS de conduire ces efforts en collaboration avec la Fondation pour les Nations Unies et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), dans le cadre du mouvement Énergie durable pour tous, lié à l'objectif 7. La Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique contribue à l'objectif 8 (promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous) en stimulant la création d'emplois dans le secteur sanitaire et social et l'amélioration des conditions de travail dans le secteur sanitaire, et en accordant une attention particulière aux besoins des pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Pour combattre les maladies tropicales négligées, les laboratoires pharmaceutiques, les gouvernements nationaux de 74 pays et d'autres partenaires ont mené en 2015 une campagne de chimioprévention au bénéfice d'au moins 979 millions de personnes, ce qui en fait sans doute la plus grande intervention de santé publique jamais menée dans le monde. Afin de renforcer la lutte contre les maladies tropicales négligées en Afrique, le Bureau régional de l'Afrique, en collaboration avec une coalition d'organismes multinationaux, a lancé le projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN), qui cible l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géohelminthiases et le trachome. En avril 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025), appelant la FAO et l'OMS à diriger sa mise en œuvre en collaboration avec plusieurs autres programmes et mécanismes de coordination des Nations Unies. À la demande des États Membres, le Bureau régional de l'Europe a convoqué la plateforme régionale ad hoc pour œuvrer ensemble à une amélioration de la santé et du bien-être de tous.[4]

47. **Promouvoir la collaboration multisectorielle en ce qui concerne le Règlement sanitaire international (2005).** Le programme de l'OMS « Un monde, une santé », lancé en janvier 2017, s'attache à protéger la santé à l'interface entre l'homme, l'animal et l'écosystème. Il assure la disponibilité constante d'informations et de savoir-faire de tous les secteurs et de toutes les disciplines concernés pendant la mise en œuvre du cadre de suivi et d'évaluation du RSI, de l'outil d'évaluation extérieure conjointe et des processus nationaux de planification sanitaire. L'OMS, l'OIE et la FAO préparent actuellement un ensemble standard d'outils pratiques nationaux, des orientations et une

[1] Voir www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/ (consulté le 21 avril 2017).

[2] Voir les documents A70/24 et A70/38, section H.

[3] Voir aussi le document A70/37.

[4] Voir http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/325142/Explanatory-note-fr.pdf?ua=1 (consulté le 21 avril 2017).

formation commune à l'approche « Un monde, une santé » pour aider les pays à appliquer des démarches collaboratives multisectorielles. L'approche conjointe « Un monde, une santé » se traduit notamment dans la gestion intersectorielle des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, abordée dans un document distinct.[1]

48. **Prêter son concours aux États Membres afin qu'ils renforcent la recherche-développement de nouvelles technologies et de nouveaux outils.** Dans le cadre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,[2] l'OMS soutient la recherche-développement contre les maladies qui touchent principalement les pauvres, avec deux nouvelles initiatives en particulier. Premièrement, conformément à la résolution WHA69.23 (2016) et au rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement,[3] l'OMS a lancé l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé, une plateforme centralisée de données en libre accès qui permettra de suivre et d'analyser les efforts de recherche-développement en santé au niveau mondial, en étudiant où ils sont menés, par qui et selon quelles modalités. Deuxièmement, le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a proposé différents modèles de mise en commun des fonds à l'appui de la recherche-développement pour combattre les maladies négligées. Ceux-ci sont actuellement débattus avec les États Membres. On trouvera dans des documents distincts des informations complémentaires sur le soutien de l'OMS à la recherche-développement sur les vaccins, les médicaments et les autres technologies et à l'accès à ces produits.[4]

49. **Fournir un appui aux États Membres pour qu'ils conduisent des recherches sur les systèmes de santé.** La majorité des travaux de recherche en santé portent sur les interventions biomédicales et cliniques, tandis que la recherche sur les systèmes de santé demeure sous-financée au niveau mondial. L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, un partenariat international hébergé par l'OMS, a mis au point un modèle novateur de recherche intégrée placé sous la conduite des décideurs et centré sur les facteurs contextuels intéressant les priorités des systèmes de santé. L'Alliance soutient désormais, en collaboration avec l'OPS et le Bureau régional de la Méditerranée orientale, 33 projets de recherche intégrée sur la mise en œuvre dans 18 pays différents. De plus, l'Alliance a lancé, en 2016, une initiative pour recenser les priorités de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé afin de progresser sur la voie des objectifs de développement durable, en accordant une attention particulière aux pays à revenu faible ou intermédiaire.

50. **Faciliter la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire, qu'elle soit régionale ou internationale, en ce qui concerne les sciences de la santé et les technologies et l'innovation sanitaires, ainsi que l'accès à celles-ci.** En vue de stimuler la coopération internationale concernant l'accès aux sciences de la santé et aux technologies et à l'innovation sanitaires, le Groupe des Nations Unies pour le développement a créé une Équipe spéciale de la coopération Sud-Sud et triangulaire (Sud-Nord-Sud), à laquelle participe l'OMS, qui sera chargée de stimuler la coopération opérationnelle à l'échelle du système des Nations Unies. Cette équipe a publié en 2016 un rapport sur les bonnes pratiques de coopération Sud-Sud et triangulaire pour le développement durable.[5] L'OMS,

[1] Voir le document A70/12.

[2] Voir le document A70/21.

[3] Voir l'annexe du document A65/24.

[4] Voir les documents A70/10, A70/20 et A70/38, section I.

[5] Voir ssc.undp.org/content/ssc/library/publications/books/good_practices_in_south_south_and_triangular_cooperation_for_sustainable_development.html (consulté le 21 avril 2017).

l'OMPI et l'OMC renforcent également leur coopération et leur coordination pratiques sur les questions touchant à la santé publique, à la propriété intellectuelle et au commerce.[1] Par ailleurs, la Région européenne cultive des partenariats en vue d'échanger des informations et des données d'expérience par l'intermédiaire du programme sur les villes-santé, de l'initiative des petits pays[2] et du réseau Santé en Europe du sud-est.

51. **Maximiser l'impact des contributions de l'OMS au Programme 2030, en prenant en considération le budget programme et le programme général de travail.** Le projet de budget programme 2018-2019 tire parti des nouvelles possibilités offertes par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 pour proposer des façons de travailler qui consolident la collaboration dans l'ensemble des catégories d'activités de l'OMS. Pour pouvoir combattre les maladies transmissibles (catégorie 1) et non transmissibles (catégorie 2), il faut de toute évidence promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie (catégorie 3, en répondant par exemple aux questions relatives au genre, à l'équité, au vieillissement et aux déterminants sociaux et environnementaux) et renforcer les systèmes de santé (catégorie 4, par exemple en alignant les politiques et les plans sanitaires nationaux sur les objectifs de développement durable). En renforçant ainsi la collaboration, le mode de fonctionnement de l'OMS tiendrait mieux compte des besoins et des possibilités offertes par le Programme 2030 en intervenant à l'interface entre deux catégories ou plus, favorisant la réalisation de projets à même d'accélérer les gains pour la santé d'une manière qu'il serait difficile d'égaler en travaillant isolément sur les catégories. Pour donner les moyens d'agir aux bureaux de l'OMS dans les pays, ces projets seraient explicitement alignés sur les priorités définies dans les stratégies de coopération avec les pays. Au cours de l'année 2017, ces idées seront transposées dans les premières versions du treizième programme général de travail, dont l'année de départ sera 2020. En vue de faciliter la coordination de ces activités à l'échelle de l'OMS, le Directeur général a lancé en janvier 2017 un réseau sur les objectifs de développement durable associant le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays et le système des Nations Unies, par l'intermédiaire du Département Coopération avec les pays et collaboration avec le système des Nations Unies.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =

[1] Voir http://www.wipo.int/policy/fr/global_health/trilateral_cooperation.html (consulté le 21 avril 2017).

[2] Voir www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/325322/ISA-Experiences-small-countries-WHO-ER.pdf (consulté le 21 avril 2017).