Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A72/11 Rev.1**
Point 11.4 de l'ordre du jour provisoire **16 mai 2019**

Mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

Rapport du Directeur général

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. Un premier rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution a été soumis à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en 2017.[1] Le Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session a examiné une version antérieure du présent rapport dont il a pris note.[2]

2. Le présent rapport fait un nouveau point des progrès accomplis sur la voie des objectifs de développement durable (ODD). La Partie I contient un résumé des progrès mondiaux et régionaux accomplis par les États Membres sur la voie de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), ainsi que des autres ODD et cibles liés à la santé. Le rapport retrace l'appui apporté par le Secrétariat aux États Membres pour améliorer la notification concernant le Programme 2030.

3. La Partie II contient une description des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA69.11 et les progrès en matière de développement des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle, conformément à la résolution WHA68.15 (2015) et à la décision WHA70(22) (2017).

I. PROGRÈS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS ET CIBLES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE LIÉS À LA SANTÉ

4. La situation concernant les indicateurs sanitaires et indicateurs liés à la santé – qui sont plus d'une trentaine – est présentée dans les Statistiques sanitaires mondiales 2018[3] et résumée ci-dessous. Les données montrent que malgré les percées remarquables accomplies dans certains domaines par rapport aux ODD liés à la santé, surtout en ce qui concerne la réduction de la mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans, l'amélioration de la couverture du traitement de l'infection à VIH et la baisse de la mortalité tuberculeuse, les progrès ont marqué le pas dans d'autres domaines, comme le paludisme, la tuberculose

[1] Document A70/35.

[2] Voir le document EB144/11 Rev.1 et les procès-verbaux du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, cinquième séance, section 2 et sixième séance (en anglais seulement).

[3] *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

pharmacorésistante, l'usage de l'alcool, les décès dus aux accidents de la circulation et le surpoids chez l'enfant, et tout l'acquis pourrait aisément être remis en cause. Dans bien des pays, la faiblesse des systèmes de santé entrave toujours les progrès, en conduisant à une couverture insuffisante des services de santé de base ainsi qu'à une préparation médiocre aux situations d'urgence. On trouvera ci-dessous un résumé de la situation concernant la mise en œuvre du Programme 2030 en vue des ODD dans sept domaines thématiques.

Santé reproductive, santé de la mère et de l'enfant, et nutrition

5. Les principales cibles des ODD se rapportant à la santé reproductive, à la santé de la mère et de l'enfant et à la nutrition sont les cibles 3.7, 3.1, 3.2 et 2.2.

6. Selon les dernières estimations, 76 % des femmes en âge de procréer disposaient de moyens modernes de contraception pour satisfaire leurs besoins de planification familiale. Le nombre annuel des naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans était estimé à 12,8 millions, ce qui représente 44 naissances pour 1000 adolescentes. Les chiffres les plus faibles étaient enregistrés dans la Région du Pacifique occidental (14 naissances pour 1000 adolescentes) et les plus élevés dans la Région africaine (99 naissances pour 1000 adolescentes). Les grossesses précoces peuvent avoir des effets néfastes pour la santé du nouveau-né, mais aussi de la jeune mère.

7. On estime qu'en 2015, 303 000 femmes sont décédées dans le monde au cours d'une grossesse ou lors de l'accouchement, la quasi-totalité de ces décès (99 %) survenant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et près des deux tiers (64 %) dans la Région africaine. La réduction de la mortalité maternelle dépend essentiellement de l'accès des femmes à des soins de qualité avant, pendant et après l'accouchement. Les données montrent que plus de 90 % des naissances dans la plupart des pays à revenu élevé ou intermédiaire de la tranche supérieure avaient lieu en présence d'une sage-femme, d'un médecin ou de personnel infirmier qualifiés, alors que la proportion était inférieure à 50 % dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

8. Pour ce qui est de la mortalité de l'enfant, les progrès ont été remarquables depuis 1990, le taux mondial de mortalité des moins de cinq ans ayant été ramené de 93 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 39 pour 1000 en 2017. Il n'en reste pas moins que 5,4 millions d'enfants sont morts en 2017 avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire. Si les taux restent à ce niveau, cela signifie qu'on enregistrerait selon les projections 56 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans entre 2018 et 2030. Le risque de décès est le plus élevé pendant le premier mois de la vie, 2,5 millions de nouveau-nés n'ayant pas atteint l'âge d'un mois en 2017. La prématurité, des événements liés à l'accouchement comme l'asphyxie périnatale ou les traumatismes à la naissance et l'état septique néonatal sont à l'origine de près des trois quarts des décès néonatals. Chez l'enfant de 1 à 59 mois, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et le paludisme ont constitué les principales causes de décès en 2017. Les anomalies congénitales sont une importante cause de décès chez le nouveau-né et l'enfant de moins de cinq ans, surtout dans les pays à faible taux de mortalité dans ces classes d'âge.

9. Au niveau mondial en 2018, 149 millions d'enfants de moins de cinq ans (21,9 %) présentaient un retard de croissance (trop petits pour leur âge), dont les trois quarts vivaient dans la Région de l'Asie du Sud-Est ou la Région africaine. Un taux élevé entrave le développement des pays, le retard de croissance étant associé à la morbidité et à la mortalité de l'enfant, à une faible capacité d'assimilation et, ultérieurement, à l'apparition de maladies non transmissibles. En 2018, 49 millions d'enfants de moins de cinq ans (7,3 %) étaient émaciés (trop légers pour leur taille) et 40 millions (5,9 %) en surcharge pondérale (trop lourds pour leur taille). Il arrive qu'une même population soit confrontée en même temps à l'émaciation et à la surcharge pondérale ; c'est ce qu'on appelle le double fardeau de la malnutrition, un phénomène observé par exemple dans la Région de la Méditerranée orientale.

10. Une autre cible apparentée des objectifs de développement durable est la cible 5.2 relative à l'élimination de toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles. Pour ces indicateurs, les données sont actuellement tirées soit d'enquêtes en population indépendantes soit des enquêtes démographiques et sanitaires en population. L'OMS et ses partenaires, l'UNICEF, ONU-Femmes, l'UNFPA et l'ONUDC, travaillent pour améliorer les mesures et la collecte des données ainsi que la notification pour renforcer les possibilités de comparaison entre les études.

Maladies infectieuses

11. La principale cible des ODD liée aux maladies infectieuses est la cible 3.3.

12. Au niveau mondial, l'incidence du VIH a été ramenée de 0,40 pour 1000 sujets non infectés en 2005 à 0,25 pour 1000 en 2017. La Région africaine reste la plus touchée avec un taux d'incidence de 1,22 pour 1000, 20 fois supérieur à celui des Régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Le nombre estimatif de décès dus à des maladies liées au VIH en 2017 est de 940 000, dont 110 000 décès d'enfants. Le nombre de personnes sous traitement à la fin de 2017 a atteint le niveau record de 21,7 millions, ce qui correspond à une augmentation nette de 2,3 millions depuis la fin de 2016 ; mais 41 % des personnes vivant avec le VIH ne bénéficient toujours pas d'un traitement.

13. Après des avancées sans précédent dans la lutte contre le paludisme, on a assisté à un tassement des progrès. Aucun progrès significatif n'a été accompli concernant la baisse du nombre de cas de paludisme dans le monde de 2015 à 2017. C'est dans la Région africaine que la charge du paludisme reste la plus lourde. Il est inquiétant de constater que selon les estimations, en 2017, il y a eu environ 3,5 millions de cas de paludisme de plus que l'année précédente dans les 10 pays africains où la charge est la plus importante.

14. Le taux d'incidence mondial de la tuberculose a diminué de 1,5 % par an depuis 2000, n'atteignant plus que 133 pour 100 000 personnes en 2017. La gravité des épidémies varie beaucoup d'un pays à l'autre : on a enregistré moins de 10 nouveaux cas pour 100 000 dans la plupart des pays à haut revenu en 2017, 150 à 300 nouveaux cas pour 100 000 dans la plupart des 30 pays à forte charge de tuberculose et plus de 500 nouveaux cas pour 100 000 dans quelques pays. On estime à 10 millions le nombre de personnes ayant contracté la tuberculose en 2017, dont 87 % vivaient dans les 30 pays à forte charge de tuberculose situés dans les six Régions de l'OMS, et à 1,3 million et 300 000 respectivement le nombre des décès par tuberculose chez les VIH-négatifs et les VIH-positifs. Entre 2000 et 2017, les traitements contre la tuberculose ont permis d'éviter, selon les estimations, 45 millions de décès chez des VIH-négatifs et, grâce à la thérapie antirétrovirale, 9 millions de décès chez des VIH-positifs. La tuberculose pharmacorésistante est une constante menace. En 2017, on a enregistré 560 000 nouveaux cas résistant à la rifampicine (le médicament de première intention le plus efficace), dont 460 000 cas multirésistants.

15. En 2015, on a estimé à 325 millions le nombre de personnes vivant avec une infection par le virus de l'hépatite B (HBV) ou de l'hépatite C (HCV). La charge de morbidité due au virus de l'hépatite B résulte en grande partie d'une infection contractée avant l'âge de cinq ans. La généralisation de la vaccination anti-HBV du nourrisson a considérablement réduit l'incidence des nouvelles infections chroniques par ce virus, comme le montre la baisse de la prévalence de l'hépatite B chez l'enfant de moins de cinq ans, ramenée de 4,7 % avant l'introduction de la vaccination à 0,8 % en 2017. La transmission du virus de l'hépatite C survient le plus souvent lors de soins à risque ou de l'injection de drogues. Davantage d'interventions ciblées sont nécessaires pour réduire le risque d'infection. Les activités de dépistage, de diagnostic et de traitement doivent aussi être intensifiées afin de pouvoir guérir les personnes infectées. Le rapport de l'OMS intitulé *Global hepatitis report, 2017* fournit des données de base et une analyse sur lesquelles fonder les efforts en vue de l'élimination.

16. Les maladies tropicales négligées constituent un groupe d'affections caractérisées à la fois par une prolifération en milieu tropical, avec souvent des infections multiples chez un même sujet, et par une association avec une situation de pauvreté. Le nombre de personnes atteintes de maladies tropicales négligées ayant besoin d'un traitement et de soins individuels ou de masse atteignait, selon les informations fournies, 1,6 milliard en 2017 contre 2 milliards en 2010. Les progrès résultaient en grande partie de l'élimination, certifiée par l'OMS, d'au moins une de ces maladies dans 34 pays. En 2017, plus de 1 milliard de personnes ont été traitées lors de campagnes d'administration massive contre au moins une des cinq maladies tropicales négligées se prêtant à une chimiothérapie préventive (filariose lymphatique, onchocercose, géohelminthiases, trachome et schistosomiase).

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

17. Les principales cibles des ODD liées aux maladies non transmissibles, à la lutte antitabac, à l'abus de substances psychoactives et à la santé mentale sont les cibles 3.4, 3.5 et 3.a.

18. En 2016, on a estimé à 41 millions le nombre des décès dus aux maladies non transmissibles, ce qui représente 71 % des 57 millions de décès survenus dans le monde. La majorité de ces décès est imputable à l'une des quatre principales maladies non transmissibles : maladies cardiovasculaires (17,9 millions de décès, soit 44 % des décès par maladies non transmissibles) ; cancer (9,0 millions, soit 22 % de ces décès) ; affections respiratoires chroniques (3,8 millions, soit 9 % de ces décès) ; et diabète (1,6 million, soit 4 % de ces décès). Le risque de décéder d'une des quatre principales maladies non transmissibles entre 30 et 70 ans au niveau mondial a été ramené de 22 % en 2000 à 18 % en 2016.

19. La consommation mondiale d'alcool en 2016 était de 6,4 litres d'alcool pur par personne de 15 ans et plus, un niveau stable depuis 2010. En 2016, quelque 2,3 milliards d'adultes (43 % du nombre total d'adultes) consommaient de l'alcool, alors que quelque 2.4 milliards (45 % du nombre total d'adultes) n'en avaient jamais consommé. La consommation a augmenté de près de 30 % depuis 2010 dans la Région de l'Asie du Sud-Est, alors qu'elle a diminué de 12 % dans la Région européenne, Région où la consommation reste cependant la plus forte. Les données disponibles montrent que la couverture du traitement des affections liées à la consommation d'alcool et de drogue reste insuffisante, même s'il faut encore améliorer les moyens de mesure de cette couverture.

20. Le tabagisme, qui constitue un facteur de risque majeur de maladie cardiovasculaire, de cancer et d'affections respiratoires chroniques, a des effets sociaux, environnementaux et économiques néfastes. En 2016, plus de 1,1 milliard de personnes âgées de 15 ans et plus fumaient du tabac (34 % des hommes et 6 % des femmes de 15 ans et plus). À ce jour, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été ratifiée par 181 Parties, représentant plus de 90 % de la population mondiale. Si la mise en œuvre de la Convention-cadre a régulièrement avancé depuis son entrée en vigueur en 2005, les progrès ont été inégaux en ce qui concerne les différents articles, les taux de mise en œuvre s'établissant entre 13 % et 88 %. Les meilleurs taux de mise en œuvre concernent les mesures assorties d'un délai telles que les articles 8 (Protection contre l'exposition à la fumée du tabac) et 11 (Conditionnement et étiquetage des produits du tabac). Les moins bons semblent concerner les articles 17 (Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables),18 (Protection de l'environnement et de la santé des personnes) et 19 (Responsabilité), pour lesquels les progrès sont limités voire inexistants depuis 2016. Le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, entré en vigueur le 25 septembre 2018, présente toute une série d'outils pour combattre le commerce illicite, comme l'établissement d'un système de suivi et de traçabilité et des mesures visant à promouvoir la coopération internationale, y compris pour les sanctions, la détection et la répression.

21. L'indicateur de développement durable 3.4.2, relatif à la santé mentale, porte sur le taux de mortalité par suicide. Près de 800 000 décès par suicide sont survenus en 2016, et l'on compte parmi les personnes ayant mis fin à leurs jours 75 % de plus d'hommes que de femmes. Ces décès touchent l'adolescent et l'adulte à tout âge. Les taux de mortalité par suicide les plus élevés sont observés dans la Région européenne (15,4 pour 100 000 personnes) et les plus faibles dans celle de la Méditerranée orientale (3,9 pour 100 000).

Traumatismes et violence

22. Les principales cibles des ODD liées aux traumatismes et à la violence sont les cibles 3.6, 5.2, 13.1, 16.1 et 16.2.

23. En 2016, les accidents de la route ont fait 1,35 million de morts et jusqu'à 50 millions de blessés. Le taux de mortalité par accidents de la route est 3,3 fois plus élevé dans les pays à faible revenu (27,5 décès pour 100 000 personnes) que dans les pays à revenu élevé (8,3 décès pour 100 000), malgré la proportion plus faible de propriétaires de véhicules dans les pays à bas revenu.

24. Un tiers environ (35 %) des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles du fait de leur partenaire intime ou des violences sexuelles du fait d'une autre personne au cours de leur existence.

25. On estime en moyenne à 11 000 le nombre des décès annuels dans le monde dus à des catastrophes naturelles au cours de la période 2012-2016, soit 0,15 pour 100 000 personnes. Les taux de mortalité sont généralement plus élevés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure qui ont également du mal à faire face aux besoins financiers, logistiques et humanitaires liés au relèvement après une catastrophe.

26. Le nombre d'homicides dans le monde en 2016 a été estimé à 477 000, quatre victimes sur cinq étant des hommes. Le taux d'homicide le plus élevé a été enregistré chez les hommes de la Région des Amériques (31,8 pour 100 000 personnes), ce qui est un peu moins qu'en 2000 (33,5 pour 100 000).

27. On estime à 180 000 le nombre des personnes tuées en 2016 en situation de guerre ou de conflit, sans tenir compte des décès dus aux effets indirects de la guerre et des conflits comme la propagation des maladies, les problèmes de nutrition et l'effondrement des services de santé. Le taux moyen de décès dus aux conflits au cours des cinq ans précédant 2016 (2012-2016) est de 2,5 pour 100 000 personnes, soit plus du double du taux enregistré au cours de la précédente période de cinq ans (2007-2011). C'est dans la Région de la Méditerranée orientale qu'il a été le plus élevé au cours de la période 2012-2016 (24,1 décès pour 100 000).

Soins chirurgicaux d'urgence, soins chirurgicaux essentiels et anesthésie

28. Les principales cibles des objectifs de développement durable liées aux soins chirurgicaux d'urgence, aux soins chirurgicaux essentiels et à l'anesthésie sont les cibles 3.8, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3.b et 3.c.

29. L'accès à des services sûrs, rapides et abordables concernant les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie est une composante essentielle de la couverture sanitaire universelle. Dans le monde, 5 milliards de personnes n'y ont pas accès ; 1,7 milliard sont des enfants de moins de 15 ans.

30. Chaque jour, 830 femmes meurent de complications liées à l'accouchement. La majorité de ces décès pourraient être évités et sont le plus souvent causés par une dystocie et une hémorragie du post-partum. Les soins chirurgicaux constituent le premier traitement de ces complications.

31. Au total, 6,3 millions d'enfants de moins de 15 ans sont morts en 2017. Quelque 5,4 millions d'entre eux étaient âgés de moins de cinq ans et 2,5 millions sont morts au cours de leur premier mois de vie. Cela représente 15 000 décès d'enfants de moins de cinq ans par jour. Nombre de ces décès chez les enfants de moins de 15 ans sont causés par des malformations congénitales, des actes de violence et des traumatismes, et des tumeurs : dans la majorité des cas, la chirurgie est la méthode de traitement la plus appropriée.

32. Chaque année, 15 millions de personnes de 30 à 69 ans meurent d'une maladie non transmissible ; environ 85 % de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et sont dus à des maladies cardiovasculaires (cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux), au cancer et au diabète. Les soins chirurgicaux sont une composante majeure de la lutte contre chacune de ces maladies et sont essentiels pour faire diminuer le nombre de ces décès prématurés.

33. Quelque 1,35 million de personnes meurent chaque année des suites d'accidents de la route : 93 % de ces décès ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et les accidents de la route représentent la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes (5 à 29 ans). Les soins chirurgicaux font partie intégrante de la réanimation d'urgence, des interventions vitales et des soins de suivi nécessaires pour faire diminuer l'énorme fardeau résultant des accidents de la route.

Couverture sanitaire universelle et systèmes de santé

34. Les principales cibles des objectifs de développement durable liées à la couverture sanitaire universelle et aux systèmes de santé sont les cibles 3.8, 3.b, 3.c, 17.19 et 1.a.

35. La part moyenne des dépenses publiques nationales totales consacrées à la santé était de 10,6 % en 2016 – la fourchette allant de 7 % dans la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est à plus de 15 % dans la Région des Amériques. Il s'agit là du niveau des dépenses publiques d'un pays consacrées à la santé couvertes par des ressources internes comparativement aux dépenses totales consacrées aux opérations du secteur public, qui pourrait constituer une partie de l'indicateur 1.a.2 des ODD.

36. L'indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle est un indicateur unique calculé à partir d'indicateurs permettant de suivre la couverture des services essentiels dans les domaines de la santé reproductive, de la santé de la mère, du nouveau–né et de l'enfant, de la lutte contre les maladies infectieuses, de la lutte contre les maladies non transmissibles, de la capacité des services et de l'accès aux services. Le niveau de couverture des services mesuré par cet indice variait considérablement d'un pays à l'autre en 2015, soit de 22 à 86 (sur un maximum de 100). La moitié au moins de l'humanité ne bénéficie pas d'une pleine couverture des services de santé essentiels. Parmi ceux qui sont en mesure d'accéder aux services nécessaires, beaucoup ont dû faire face à des difficultés financières exagérées. En 2010, on estime que 808 millions de personnes – 11,7 % de la population mondiale – ont consacré au moins 10 % du budget du ménage (dépenses ou revenu total du ménage) au paiement direct de services de santé, 179 millions d'entre elles y ayant consacré plus du quart du budget familial. Les paiements directs liés aux soins de santé en 2010 ont entraîné l'appauvrissement de 97 millions de personnes (1,4 % de la population mondiale) (en prenant comme référence le seuil de pauvreté de 2011, qui était de US $1,90 par jour (à parité du pouvoir d'achat)).

37. D'après les dernières données disponibles pour la période 2013-2018, 71 pays ont indiqué disposer de moins de 10 médecins pour 10 000 habitants et 105 pays de moins de 40 agents dispensant des soins infirmiers et obstétricaux pour 10 000 habitants. Dans bien des pays, les personnels infirmiers et obstétricaux représentent plus de la moitié des personnels de santé. La sécurité des agents de santé est un grave sujet de préoccupation dans les situations de crise prolongée ou aiguë. Quatre-vingt-six pour cent des homicides et des lésions corporelles dont les agents de santé ont été victimes dans le monde en 2015 ont eu lieu dans la Région de la Méditerranée orientale.

38. Les médicaments essentiels couvrent un large éventail d'affections et de maladies, y compris la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Il ressort des données issues d'enquêtes dans les établissements de santé effectuées sur le plan national dans 29 pays au cours de la période 2007-2017 que 64 % des établissements du secteur public étudiés dans les pays à faible revenu et 58 % des mêmes établissements dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure constituaient des stocks de médicaments pour la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Moins de 10 % des établissements du secteur public étudiés dans les pays à faible revenu stockaient des analgésiques opioïdes comme la morphine, la buprénorphine, la codéine, la méthadone et le tramadol – produits essentiels pour le traitement de la douleur associée aux stades avancés de nombreuses affections évolutives.

39. En 2017, 85 % environ des nourrissons du monde entier (116,2 millions) ont reçu trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), les protégeant contre des maladies infectieuses potentiellement mortelles ou pouvant provoquer des états ou un handicap graves. La même année, 123 pays avaient atteint un niveau de couverture par le DTC3 d'au moins 90 %. Pourtant, selon les estimations, 19,9 millions d'enfants de moins d'un an n'ont pas reçu le DTC3 en 2017. À la fin de 2017, 85 % des enfants avaient reçu une dose du vaccin antirougeoleux avant leur deuxième anniversaire et 167 pays avaient prévu l'administration d'une deuxième dose dans le cadre de la vaccination systématique, 67 % des enfants recevant deux doses du vaccin antirougeoleux selon le calendrier de vaccination national. Les taux de couverture mondiaux des vaccins recommandés plus récemment comme le vaccin antirotavirus et le vaccin conjugué antipneumococcique restaient encore inférieurs à 50 %. À la fin de 2017, le vaccin contre le papillomavirus humain avait été introduit dans 80 pays, sans compter quatre autres pays où l'introduction n'a été que partielle.

40. Chaque année, des milliards de dollars sont consacrés à la recherche-développement de produits et procédés sanitaires nouveaux ou améliorés – médicaments, vaccins ou produits diagnostiques par exemple. Or ces fonds sont souvent distribués et dépensés sans bien correspondre aux besoins de la santé publique mondiale. Des pays dont le niveau de revenu et les besoins de santé sont comparables reçoivent des niveaux différents d'aide publique au développement pour la recherche médicale et pour les secteurs sanitaires de base. En 2015, les pays à faible revenu n'ont reçu que 0,3 % des subventions directes pour la recherche en santé.

41. On estime que seulement la moitié environ des 194 États Membres enregistrent au moins 80 % des décès de leurs habitants âgés de 15 ans et plus en précisant la cause du décès. Des problèmes de qualité des données limitent également l'utilisation de ces informations.

Risques environnementaux

42. Les ODD contiennent plusieurs cibles relatives à la préservation de l'environnement et à la santé humaine, et notamment les cibles relatives aux objectifs 3, 6, 7, 9, 11, 12 et 13.

43. On a constaté une légère amélioration de l'accès à des combustibles et à des technologies propres pour cuisiner, qui a atteint 61 % dans l'ensemble du monde en 2017 – soit 11 points de pourcentage de plus qu'en 2000. La couverture varie cependant beaucoup d'un pays à l'autre et le rythme de la

croissance démographique est trop rapide pour être compensé par la transition vers des combustibles et des technologies propres, ce qui fait que 3 milliards de personnes ont encore recours à des combustibles et/ou fourneaux polluants pour cuisiner. Alors que plus de 90 % de la population de la Région des Amériques (92 %) et de la Région européenne 97 %) utilisent des combustibles et des technologies propres pour cuisiner, la proportion est inférieure à un cinquième (17 %) dans la Région africaine. On estime qu'en 2016 la pollution de l'air à l'intérieur des habitations qui en résulte a été à l'origine de 3,8 millions de décès par maladies non transmissibles (cardiopathies, accidents cérébrovasculaires et cancers notamment) et par infections aiguës des voies respiratoires inférieures.

44. En 2016, 91 % de la population mondiale respirait de l'air qui n'était pas propre, tandis que plus de la moitié de la population urbaine mondiale était exposée à des niveaux de pollution de l'air extérieur au moins 2,5 fois supérieurs aux normes de sécurité fixées par l'OMS. Dans certains pays de la Région de la Méditerranée orientale et de la Régions africaine, quand viennent s'ajouter des sources naturelles de pollution atmosphérique, comme la poussière d'origine naturelle, la concentration de polluants dans l'air ambiant peut être huit fois supérieure aux taux acceptables recommandés par l'OMS. On estime qu'en 2016 la pollution de l'air extérieur en milieu urbain et rural a été à l'origine de 4,2 millions de décès dans le monde, tandis que la pollution de l'air intérieur a causé 2,8 millions de décès supplémentaires, pour un bilan total de 7 millions de décès dans le monde, c'est-à-dire un décès sur 8. Les conditions de logement, ajoutées aux combustibles utilisés pour se chauffer et pour cuisiner, sont une question d'une grande importance pour la santé publique. Les lignes directrices de l'OMS concernant la santé et le logement font valoir qu'une amélioration des conditions de logement peut permettre de sauver des vies, de faire reculer les maladies, d'améliorer la qualité de vie, de résorber la pauvreté, d'atténuer les changements climatiques et de contribuer à la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable, dont ceux qui concernent la santé (objectif 3) et les villes durables (objectif 11). Le logement est donc un point d'entrée capital pour les programmes de santé publique intersectoriels et pour la prévention primaire.[1]

45. L'eau de boisson non potable et les carences en matière d'assainissement et d'hygiène restent aussi d'importantes causes de mortalité, 870 000 décès leur ayant été associés en 2016 selon les estimations. Une part disproportionnée de cette charge était supportée par la Région africaine, où le taux de mortalité atteignait quatre fois le taux mondial. Les données disponibles couvrant moins d'une centaine de pays montrent que 71 % seulement de la population mondiale (5,2 milliards de personnes) bénéficiait en 2015 de services d'approvisionnement en eau de boisson bien gérés – fournissant de l'eau non contaminée sur place et à la demande – et 39 % seulement (2,9 milliards de personnes) de services d'assainissement bien gérés – avec élimination satisfaisante des excreta sur place ou traitement hors site. Les eaux usées domestiques non traitées contaminent les sources d'eau potable et présentent des risques pour la santé publique et pour l'environnement. Les estimations préliminaires de 79 pays (excluant une grande partie de l'Afrique et de l'Asie) montrent que dans 22 pays moins de 50 % des eaux usées domestiques sont traitées de manière satisfaisante. Pour assurer un approvisionnement en eau et des moyens d'assainissement pour tous, il faut disposer de ressources financières et de moyens techniques permettant d'appuyer et de maintenir durablement les investissements d'infrastructure. Si le montant total des engagements pris et des dépenses effectuées au titre de l'aide publique au développement tous secteurs confondus a bien augmenté entre 2011 et 2016, la part consacrée à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement a diminué. Il ressort d'une enquête effectuée en 2017 que plus de 80 % des pays font état de moyens financiers insuffisants pour atteindre les cibles nationales en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène.

[1] *WHO Housing and health guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. vii.

46. Les intoxications accidentelles ont provoqué plus de 100 000 décès en 2016. Si le nombre de ces décès a régulièrement diminué depuis 2000, les taux de mortalité restent relativement élevés dans les pays à revenu faible. Ces intoxications peuvent être causées par des produits chimiques à usage domestique, par des pesticides, le pétrole lampant, le monoxyde de carbone ou des médicaments, ou encore par une contamination de l'environnement ou une exposition professionnelle aux substances chimiques.

Risques pour la santé et flambées de maladies

47. La principale cible des ODD liée aux risques pour la santé et aux flambées de maladies est la cible 3.d. En vertu du Règlement sanitaire international (2005), tous les États Parties sont tenus de disposer ou de se doter des principales capacités de santé publique pour appliquer efficacement le Règlement. En 2017, 167 États Parties (85 %) ont répondu au questionnaire de suivi, contre 129 (66 %) en 2016. L'ensemble des 196 États Parties ont répondu au questionnaire de suivi au moins une fois depuis 2010. Le score moyen relatif aux principales capacités obtenu par les pays ayant répondu au questionnaire en 2017 était de 71 %.

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

Promouvoir une approche multisectorielle et coordonnée pour la mise en œuvre du Programme 2030

48. L'OMS reconnaît dans son treizième programme général de travail, 2019-2023 qu'il faut des approches intersectorielles pour faire face aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. L'OMS soutient les approches « pangouvernementale » et « pansociétale » et celle de « la santé dans toutes les politiques » qui envisagent l'ensemble des déterminants de la santé.

49. L'Organisation a participé à plusieurs initiatives intersectorielles relatives à l'ODD 3. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) couvre 11 ODD et notamment toutes les cibles de l'ODD 3 ainsi que certaines des cibles de 10 autres objectifs (les objectifs 1 à 7, 9, 10, 16 et 17). Le rapport 2017 de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant[1] souligne les mesures fiscales et législatives à prendre. Le cadre mondial qui définit le concept de soins attentifs pour le développement de la petite enfance[2] – établi avec l'UNICEF, la Banque mondiale, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) et le Réseau d'action pour le développement de la petite enfance (ECDAN) – fixe, de la grossesse jusqu'à l'âge de trois ans, des orientations stratégiques propres à inspirer une action dans toute une série de secteurs. La Troisième Conférence mondiale sur la santé et le climat (en 2018) a marqué le lancement officiel de l'initiative spéciale de l'OMS sur le changement climatique et la santé dans les petits États insulaires en développement, mise au point en collaboration avec le secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et le Gouvernement fidjien lors d'une réunion de la Conférence des Parties à la Convention. Conformément à la résolution WHA70.15 (2017), l'OMS a lancé un appel mondial en ligne à lui communiquer des informations fondées sur des bases factuelles concernant les pratiques relatives à la migration et à la santé, auquel 52 États Membres et partenaires internationaux ont répondu. Dans une déclaration politique marquante de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Unis pour éliminer la tuberculose : à urgence mondiale, action mondiale »,

[1] Document WHO/NMH/PND/ECHO/17.1.

[2] OMS, UNICEF, Groupe de la Banque mondiale. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

approuvée le 26 septembre 2018, les chefs d'État se sont engagés à jouer un rôle de direction et à porter les investissements annuels à US $13 milliards afin de traiter l'ensemble des 40 millions de personnes ayant besoin de soins d'ici à 2022. À la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, le 27 septembre 2018, les chefs d'État se sont engagés en faveur des mesures fiscales et législatives et des mesures en matière d'information recommandées par l'OMS, concernant notamment la restriction de la publicité en faveur de l'alcool, l'étiquetage nutritionnel et la commercialisation des aliments, les interdictions de fumer, les taxes sur les boissons sucrées, l'éducation du public, les vaccinations, le traitement de l'hypertension et du diabète, la promotion d'une activité physique régulière, la réduction de la pollution de l'air et l'amélioration de la santé mentale et du bien-être.

50. Les bureaux régionaux de l'OMS ont élaboré des plans visant à aider les pays à prendre des mesures multisectorielles. Par exemple, dans la Région européenne, la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en se basant sur Santé 2020, la politique européenne de la santé et du bien-être, a été adoptée.[1] Elle définit cinq orientations stratégiques (gouvernance, déterminants de la santé, environnements sains, ne laisser personne de côté et couverture sanitaire universelle) et quatre mesures facilitatrices. Grâce à cette feuille de route, 20 États Membres européens ont reçu un appui à la mise en œuvre du Programme 2030. Au titre de l'une des mesures facilitatrices – la coopération multipartite –, le Bureau régional OMS de l'Europe appelle la Coalition thématique européenne sur la santé, partenariat entre plusieurs institutions des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et parties prenantes qui est dirigé par le Bureau régional de l'Europe, à œuvrer de concert pour atteindre les cibles relatives à la santé. Au nombre des premières réalisations, 14 organismes régionaux des Nations Unies se sont unis pour mettre fin à l'infection à VIH, à la tuberculose et à l'hépatite virale par des approches coordonnées. En 2018, le Comité régional de l'Europe a décidé d'adopter une série d'indicateurs pour le cadre commun de suivi au titre des objectifs de développement durable, de Santé 2020 et du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.[2] La même année, les membres du Réseau européen des villes-santé de l'OMS a adopté la Charte de Belfast pour les villes-santé, qui définit des rôles novateurs pour les maires et les autorités locales. En 2012, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a créé un réseau régional de villes-santé, qui reconnaît actuellement 67 villes-santé dans 14 États Membres. Le programme des villes-santé dans la Région de la Méditerranée orientale sert de guide aux autorités municipales pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, en recourant à un ensemble de critères et d'indicateurs mis au point par le Bureau régional. Dans la Région du Pacifique occidental, le Forum parlementaire Asie-Pacifique sur la santé mondiale s'attache à améliorer la législation pour la santé publique. Dans la Région africaine, l'OMS et la Commission de l'Union africaine ont réaffirmé leur engagement à renforcer la coopération et à mettre en œuvre un plan de travail conjoint pour 2019-2020 et des protocoles de collaboration entre l'OMS et les Centers for disease control and prevention africains. En matière de préservation de l'environnement, plusieurs Régions multiplient leurs activités dans le cadre de forums multisectoriels tels que la Conférence interministérielle africaine sur la santé et l'environnement, le Forum régional Asie-Pacifique pour la santé et l'environnement, le processus européen Environnement et santé, le Conseil des Ministres arabes de la santé et le Conseil des Ministres arabes chargés de l'environnement ; pour sa part, l'Organisation panaméricaine de la santé poursuit ses travaux visant à améliorer la salubrité de l'environnement et à renforcer la promotion de la santé par des réseaux de villes.

[1] Résolution EUR/RC67/R3 (2017).

[2] Adopté par le Comité régional dans la décision EUR/RC68(1).

51. L'OMS a également collaboré avec d'autres partenaires sur des questions liées à la santé au-delà de l'ODD 3. Elle a renforcé ses liens avec la FAO et d'autres partenaires concernant un ambitieux programme de travail[1] pour en finir avec la faim (objectif 2) et a également défini pour les États Membres des engagements précis, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps (engagements « SMART »).[2] Dans le domaine de l'éducation (objectif 4), l'OMS, l'OIT et l'OCDE ont lancé « Working for Health » (Travailler pour la santé), un plan d'action quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021)[3] et établi le fonds fiduciaire multipartenaires Working for Health, qui aidera les partenaires à investir en faveur du personnel dans les domaines de la santé, de la salubrité de l'environnement et des services sociaux. En 2018, l'OMS a publié ses premières lignes directrices mondiales sur l'assainissement et la santé,[4] qui aideront les pays à investir dans des moyens d'assainissement sûrs, culturellement acceptables et tenant compte des spécificités de chaque sexe (objectif 6). L'OMS et l'OIT ont créé conjointement la coalition mondiale pour la sécurité et la santé des travailleurs afin de promouvoir la santé et le bien-être dans le milieu professionnel (objectif 8). L'OMS et l'OIT mettent au point leurs premières méthodologie et estimations de la charge de morbidité et des traumatismes liés à l'activité professionnelle. L'OMS continue de participer à plusieurs réseaux et comités interorganisations sur l'égalité des sexes et les droits humains (objectifs 5, 10 et 16). Concernant les ODD relatifs à l'énergie, aux villes et communautés durables et à l'action pour le climat (objectifs 7, 11 et 13), la Première Conférence mondiale de l'OMS sur la pollution de l'air et la santé qui s'est déroulée à Genève les 31 octobre et 1er novembre 2018 a abordé la question des 7 millions de décès prématurés liés à la pollution de l'air. Les engagements à lutter contre la pollution de l'air seront respectés par la nouvelle coalition mondiale sur la santé, l'environnement et le changement climatique fondée en 2018 par l'OMS, le PNUE et l'OMM ; elle accélérera aussi l'application du plan d'action sur la santé et le climat et veillera à l'harmonisation des efforts dans les domaines de la lutte contre la pollution de l'air et de l'atténuation des changements climatiques. Pour ce qui est de la consommation et de la production responsables (objectif 12) et de l'eau propre (objectif 6), la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la feuille de route pour accroître la participation du secteur de la santé à l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà. Comme on le lui avait demandé, l'OMS a mis en place un réseau mondial sur les produits chimiques et la santé pour en faciliter la mise en œuvre.

52. Dans le cadre de la contribution de l'OMS à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de la promotion d'une approche multisectorielle et coordonnée de la mise en œuvre des objectifs de développement durable (conformément à la résolution WHA69.11), le Secrétariat collabore avec 11 organisations actives dans le domaine du développement et de la santé mondiale (le Fonds mondial, l'Alliance Gavi, le Groupe de la Banque mondiale, le mécanisme mondial de financement, ONU-Femmes, l'ONUSIDA, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNICEF et Unitaid) en vue d'établir un plan d'action mondial en faveur de la santé et du bien-être de tous, destiné à aider les pays à atteindre les cibles des objectifs de développement durable liés à la santé. L'élaboration du plan, qui repose

---

[1] Mettant l'accent sur les systèmes alimentaires ; les mesures essentielles concernant la nutrition ; la protection sociale ; le commerce et les investissements ; les environnements favorables ; et le renforcement de la gouvernance.

[2] Voir FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF. *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture*, 2018 (https://data.unicef.org/resources/sofi-2018/, consulté le 20 février 2019) ; et FAO et OMS. *Strengthening nutrition action: a resource guide for countries based on the policy recommendations of the Second International Conference on Nutrition (ICN2).* Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2018 (http://www.who.int/nutrition/publications/strengthening-nutrition-action/en/, consulté le 20 février 2019), où sont examinés les engagements SMART des pays concernant le cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Rome sur la nutrition.

[3] *Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017-2021).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (http://www.who.int/hrh/com-heeg/action-plan-annexes/en/, consulté le 19 février 2019).

[4] *Guidelines on sanitation and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

sur une demande adressée par les chefs d'État de l'Allemagne, du Ghana et de la Norvège au Directeur général, a reçu le soutien du Secrétaire général des Nations Unies et des leaders des pays du G20.

53. Les résultats de la première phase de ces travaux, qui reflètent la vision commune et l'engagement historique des 12 organisations concernées, ont été présentés à la fois au Sommet mondial sur la santé à Berlin et à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires à Astana en octobre 2018.

54. Au cours de la première phase de l'élaboration du plan, les organisations se sont unies autour d'un objectif commun et ont établi un cadre d'action conjoint, fondé sur l'engagement d'harmoniser, d'accélérer, et de rendre compte afin de s'appuyer sur les efforts de coordination existants et sur la collaboration dans les pays et d'exploiter en outre les capacités du système multilatéral dans son ensemble au profit des pays. La première phase constitue une base pour élargir la collaboration des partenaires en vue d'harmoniser les politiques, les approches et les méthodologies dans le but de renforcer l'efficience et l'efficacité ; de progresser plus vite dans des domaines transversaux susceptibles d'avoir un fort impact sur la réalisation des cibles des objectifs de développement durable liés à la santé ; et de rendre compte des investissements maximisés, qui doivent être utilisés de façon judicieuse et permettre d'obtenir des résultats durables pour les populations.

55. La phase suivante de ces travaux vise à définir les mesures concrètes et collectives moyennant lesquelles les 12 organisations soutiendront les pays pour accélérer les progrès en vue d'atteindre les cibles liées à la santé des objectifs de développement durable grâce à la consultation et à la participation des parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial. Le plan vise à susciter un nouvel engagement en faveur de la santé parmi les acteurs mondiaux concernés. Il s'appuiera sur des stratégies institutionnelles telles que le treizième programme général de travail de l'OMS et sera, dans la mesure du possible, aligné sur d'autres processus et initiatives, comme les efforts de réforme du Secrétaire général. Le plan devrait être prêt à être lancé en septembre 2019 au cours de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Mesures en faveur de la planification, de la mise en œuvre et de la notification à l'échelle du système des Nations Unies

56. L'OMS participe activement au Groupe des Nations Unies pour le développement et au Comité permanent interorganisations. Le premier regroupe les entités du système des Nations Unies qui cherchent à appliquer le Programme de développement durable à l'horizon 2030 au niveau des pays. L'OMS a également participé aux consultations d'équipes spéciales concernant notamment les données ciblées sur les pays et la notification, les progrès obtenus sans laisser personne de côté et l'appui intégré aux politiques. Elle contribue aussi à la notification des progrès par rapport aux 27 cibles des ODD, en s'occupant seule de 19 indicateurs, en assumant conjointement la responsabilité de 15 indicateurs et en servant d'organisme partenaire pour 13 autres indicateurs. En tant que responsable, coresponsable ou partenaire de 20 % du cadre mondial d'indicateurs, et afin de renforcer les capacités de suivi et de notification des pays, l'OMS, par l'intermédiaire de la Commission de statistique des Nations Unies et d'autres organismes régionaux tels que la Commission de l'Union africaine, collabore également avec les bureaux de statistique nationaux, qui coordonnent le suivi des progrès réalisés vers les objectifs de développement durable au niveau national.

57. Comme indiqué dans le treizième programme général de travail, l'OMS adhère à la proposition du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies de garantir « l'unité d'action des Nations Unies » pour améliorer l'efficience et l'efficacité des activités opérationnelles au niveau des pays et les aider ainsi à atteindre les ODD. L'OMS participe aux équipes de pays des Nations Unies dans le cadre du système du coordonnateur résident et cherche à renforcer la capacité des pays en matière de santé tout en assumant son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé,

des travaux ayant un caractère international. Elle envisage aussi l'option de prolonger en 2023, sous réserve de progrès satisfaisants, le treizième programme de travail jusqu'en 2025 en alignant ainsi le cycle de planification stratégique de l'Organisation sur celui de l'ONU et des organisations apparentées.

58. L'OMS a contribué activement à une série de rapports de situation sur la mise en œuvre des ODD et à la notification conjointe avec d'autres organisations.

Élaboration d'un plan à long terme afin de maximiser l'impact des contributions de l'OMS

59. Dans son treizième programme général de travail, 2019-2023, l'Organisation présente son orientation stratégique, indique comment elle en assurera l'exécution et fournit un cadre pour mesurer les progrès obtenus. Le treizième programme général de travail tracera la voie à suivre pour élaborer les plans d'exécution, le budget programme, les cadres de résultats et les plans opérationnels. Il tient compte des plans stratégiques des bureaux régionaux et a été établi avec la collaboration des directeurs régionaux.

60. Une réorientation majeure consistera à créer une organisation homogène dans laquelle on sera rattaché avant tout à l'OMS plutôt qu'à un programme particulier. Les trois niveaux de l'Organisation collaboreront étroitement en mettant clairement l'accent sur l'impact, les résultats et la responsabilisation au niveau des pays. Les activités courantes de l'OMS seront davantage en harmonie avec sa vision et sa stratégie.

Collaboration avec le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable

61. L'OMS a joué un rôle consultatif au sein du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux ODD. Elle s'est récemment attachée à préciser les indicateurs 3.b.1 et 3.8.1, et à reclasser l'indicateur 3.b.3. Un examen exhaustif des indicateurs des ODD devrait être effectué en 2020 d'après les critères énoncés par le Groupe d'experts à sa neuvième réunion en mars 2019.[1]

Appui aux plans nationaux exhaustifs et intégrés pour la santé

62. Tous les bureaux régionaux ont élaboré des stratégies en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Dans la Région des Amériques, 26 pays mettent au point des politiques, des stratégies et des plans de santé exhaustifs dans le cadre de la stratégie régionale. Des processus de réforme complète sont en cours dans les pays des Caraïbes. Par ailleurs, 13 pays ont mis en place un cadre de suivi de la santé universelle. Le Bureau régional du Pacifique occidental a cherché à promouvoir un cadre d'action sur les ODD qui mobilise les parlementaires et les centres collaborateurs de l'OMS. Le Bureau régional de l'Afrique a lui aussi mis au point un cadre d'action et fourni une assistance technique à 23 pays en vue de l'élaboration de plans stratégiques nationaux pour la santé. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale applique le cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale ; en septembre 2018, les ministres de la santé et les chefs de délégation de la Région ont signé le Pacte mondial CSU2030 en vue de réaliser des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle et ont adopté la Déclaration de Salalah pour faire en sorte qu'au moins 100 millions de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2023 dans la Région.

63. Les bureaux de l'OMS dans les pays ont aidé les gouvernements et les partenaires dans la mise en œuvre des ODD, notamment par des conseils, une facilitation et une coordination concernant la définition de cibles et d'indicateurs nationaux (130 bureaux de pays), par une sensibilisation à l'intégration des

[1] Voir le plan de travail et le calendrier de l'examen approfondi 2020 (https://unstats.un.org/sdgs/files/meetings/iaeg-sdgs-meeting-09/11.%20Comprehensive%20Review.pdf, consulté le 2 mai 2019).

objectifs dans les plans nationaux (139), par un appui technique à l'intégration des objectifs dans les plans nationaux (133), par un appui en matière de relevés et de notification (104), par une action en faveur de la mise sur pied d'alliances et d'une approche multisectorielle (110), par un appui à la mobilisation de ressources (76) et par un renforcement de la capacité d'appliquer une approche multisectorielle (110).

Appui au renforcement par les États Membres de la recherche-développement de technologies et d'outils nouveaux

64. L'examen du schéma directeur de l'OMS en matière de recherche-développement concernant la prévention des maladies à potentiel épidémique effectué en 2018 a conclu qu'il fallait d'urgence intensifier les efforts dans le cas de neuf maladies. L'application du schéma directeur à l'infection par le virus Zika a débouché sur des progrès particulièrement rapides dans la mise au point d'un vaccin. Contre le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, l'Organisation a établi une feuille de route et des profils de produits vaccinaux cibles.

65. L'OMS a collaboré à de nombreux partenariats pour la mise au point de produits. Par exemple, avec l'initiative Médicaments contre les maladies négligées, elle a créé le Partenariat mondial pour la recherche-développement d'antibiotiques, chargé de la mise au point de nouveaux antibiotiques sur une base non lucrative. Des essais cliniques ont commencé en vue de la mise au point d'un nouveau traitement de première intention contre les gonococcies pharmacorésistantes et de nouveaux traitements contre l'état septique néonatal.[1]

66. L'OMS participe à diverses activités visant à promouvoir la disponibilité et la transparence de la recherche, comme le Système d'enregistrement international des essais cliniques, la publication d'une position officielle sur le calendrier de la présentation des résultats et une déclaration sur la divulgation officielle des résultats d'essais cliniques. Pour assurer un environnement propice à la recherche sur les vaccins, les médicaments et les produits diagnostiques en vue de la riposte aux épidémies, une série d'outils a été mise au point, notamment des accords sur le transfert de matériel pour les échanges d'échantillons et un accord avec les parties prenantes pour l'échange rapide de données. L'OMS appuie aussi la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations.

67. L'OMS apporte un appui technique aux pays, à revenu faible ou intermédiaire surtout, pour améliorer la surveillance des essais cliniques, notamment en facilitant l'accélération des essais cliniques et les autorisations de mise sur le marché par la collaboration avec les autorités nationales de réglementation, les réseaux de réglementation et d'autres réseaux, comme le Forum africain pour la réglementation des vaccins. Parmi d'autres activités régionales, on peut mentionner la création par le Bureau régional du Pacifique occidental d'un portail sur la recherche en santé, des registres nationaux de la recherche en santé, des registres des essais cliniques et un comité d'examen éthique chargé de l'examen éthique de la recherche portant sur des sujets humains.

68. Sous l'égide de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,[2] l'OMS a créé l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé, une plateforme centralisée d'accès libre aux données qui suivra et analysera les activités de recherche-développement en santé en cours dans le monde – en quoi elles consistent, où et comment elle se déroulent et qui les entreprend.

---

[1] Voir le site Web du Global Antibiotic Research and Development Partnership (www.gardp.org, consulté le 19 février 2019)

[2] Voir le document A70/21.

Appui aux États Membres pour l'élaboration d'approches plus efficaces visant à assurer et à mettre en place l'accès universel aux services de santé

69. Aux côtés d'autres départements, l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, un partenariat hébergé par l'OMS, s'efforce de renforcer la capacité des responsables de l'élaboration des politiques de mieux collaborer avec les chercheurs en vue d'améliorer les systèmes de santé. L'Alliance a mis au point une approche novatrice fondée sur la recherche intégrée qui apporte un appui à ces responsables pour engager des travaux de recherche sur des facteurs et des problèmes spécifiques à des contextes déterminés ; plus d'une centaine de projets dans le monde qui suivent cette approche ont été appuyés. L'OMS a également entrepris une série d'activités visant à renforcer les capacités institutionnelles de recherche sur les politiques et systèmes de santé dans six pays à revenu faible ou intermédiaire et a aidé plus d'une vingtaine de responsables nationaux de pays de cette catégorie à assister au Cinquième Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé à Liverpool (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord). Un modèle innovant est actuellement testé pour intégrer la production d'examens rapides directement dans les institutions appelées à prendre des décisions concernant la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En 2018, avec le concours de l'OPS et du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), l'OMS a élargi le champ d'application de ce modèle dans la Région des Amériques en appuyant 13 autres projets dans 11 pays ciblés pour la réalisation des ODD liés à la santé. Tous les deux ans, le Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO) recense et classe par ordre de priorité les lacunes à combler dans la recherche en santé et, sur cette base, lance des appels à projets de recherche financés par l'OMS dans la Région (comme la subvention à la recherche dans des domaines de santé publique prioritaires ou le programme conjoint EMRO/TDR de petites subventions pour la recherche opérationnelle sur les maladies infectieuses de la pauvreté). L'OMS collabore directement avec l'Éthiopie, l'Inde et le Népal pour définir les priorités de la recherche sur les systèmes de santé dans les activités menées en vue d'instaurer les soins de santé universels.

Aider les États Membres à renforcer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle

70. Le Secrétariat et d'autres parties prenantes clés ont participé à divers projets.

a) Élaboration de plans nationaux sur les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie : la demande des États Membres est si forte que des ateliers régionaux conduisant à l'élaboration de ces plans ont été organisés dans la Région africaine et celle de la Méditerranée orientale. Des progrès ont été réalisés dans l'élaboration de ces plans dans plus de 20 % des pays à revenu faible ou intermédiaire (qui totalisent 1 milliard d'habitants) dans toutes les Régions à l'exception de la Région européenne. Un manuel sur l'élaboration de ces plans sera publié prochainement.

b) Élaboration de normes et de critères : le Secrétariat est en train de finaliser des lignes directrices mondiales sur la prévention de la transmission de la maladie à virus Ebola ou à virus de Marburg durant les interventions chirurgicales et les actes invasifs, et a achevé *Les méthodes chirurgicales pour traiter les manifestations urogénitales de la filariose lymphatique* et les *Normes internationales pour une pratique sécuritaire de l'anesthésie* OMS-Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologie (FMSA).

c) Développement des personnels : le Secrétariat continue de collaborer avec des États Membres, des associations professionnelles de chirurgiens et des partenaires du développement afin de favoriser l'échange de données sur les bonnes pratiques et d'établir des normes minimales et des programmes d'enseignement fondamentaux afin de garantir la présence de prestataires pleinement formés et des prestataires de niveau intermédiaire (par le biais du partage des tâches), dans les domaines de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie.

71. Même si des progrès ont été réalisés dans certains domaines, il est clair que des améliorations sont encore nécessaires, aux niveaux national, régional et international, pour la mise en œuvre intégrale de la résolution WHA68.15. Les défis spécifiques sont les suivants :

a) renforcement des ressources – les efforts se poursuivent actuellement afin de veiller à ce que des ressources suffisantes soient disponibles pour élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux sur les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie ; renforcer le développement des personnels ainsi que les capacités des plateformes de prestation des services de soins chirurgicaux ;

b) renforcement des systèmes – les secteurs spécifiques qui doivent être renforcés sont la chirurgie des enfants, les soins chirurgicaux pour les maladies non transmissibles et les traumatismes, y compris les traumatismes cérébraux ;

c) développement des personnels – les menaces qui pèsent sur l'expansion d'un personnel de santé adéquat par le biais de programmes de formation en chirurgie, anesthésie et obstétrique persistent du fait de la réduction du personnel enseignant et des ressources limitées, et risquent de se poursuivre sur la durée.

Initiatives visant à faciliter la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire régionale et internationale

72. Au niveau mondial, la moitié des bureaux de l'OMS dans les six Régions ont indiqué avoir appuyé en tout 241 initiatives de coopération Sud-Sud et/ou triangulaire, dont 68 % portent sur les maladies transmissibles, 47 % sur les systèmes de santé et les soins de santé universels, 38 % sur les initiatives concernant les urgences sanitaires et le Règlement sanitaire international, 31 % sur les maladies non transmissibles, 30 % sur la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie et 16 % sur d'autres questions. En outre, 76 % des initiatives comprennent un appui technique, 74 % prévoient une formation et le renforcement des capacités, 47 % mettent en place des plateformes et réseaux d'échange de données, 32 % offrent un appui financier et matériel et 18 % fournissent d'autres services.

73. Ce sont les bureaux de pays dans la Région des Amériques qui ont le plus souvent fait état d'un appui à des initiatives de coopération Sud-Sud et/ou triangulaire (78 %), suivis par ceux des Régions de l'Asie du Sud-Est (64 %) et du Pacifique occidental (60 %), de la Région africaine (55 %), de la Région de la Méditerranée orientale (28 %) et de la Région européenne (20 %). La Région africaine a appuyé 80 initiatives, la Région des Amériques 55, celle du Pacifique occidental 38, celle de l'Asie du Sud-Est 35, la Région européenne 17 et celle de la Méditerranée orientale 16.

74. L'objet principal des initiatives variait d'une Région à l'autre. Dans la Région des Amériques, la plupart d'entre elles étaient liées aux systèmes de santé, aux soins de santé universels et aux maladies transmissibles. Dans la Région africaine, la plupart étaient en rapport avec les maladies transmissibles et les urgences sanitaires/le Règlement sanitaire international. Dans les Régions du Pacifique occidental, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, elles avaient trait avant tout aux maladies transmissibles et dans la Région européenne aux maladies non transmissibles.

75. Dans la Région africaine et dans celle des Amériques, on a mis l'accent sur l'appui technique et la formation et le renforcement des capacités ; dans celles du Pacifique occidental et de la Méditerranée orientale, sur la formation et le renforcement des capacités ; dans celle de l'Asie du Sud-Est, sur l'appui technique ; et dans la Région européenne, sur l'appui technique, la formation et le renforcement des capacités, et en outre sur la mise en place de plateformes et de réseaux d'échange de données.

76. Les bureaux de l'OMS dans les pays ont appuyé de différentes manières de nombreuses initiatives de coopération Sud-Sud et/ou triangulaire et des activités dans plusieurs domaines techniques. La coopération Sud-Sud et triangulaire a été intégrée aux politiques et programmes de l'Organisation, devenant un moyen de mise en œuvre des ODD liés à la santé. Il faut toutefois renforcer encore la coopération Sud-Sud et triangulaire en remédiant aux principaux problèmes que rencontrent les bureaux de pays quand ils cherchent à promouvoir ce type de coopération.

Appui aux examens thématiques des progrès accomplis par rapport aux objectifs de développement durable

77. Le Forum politique de haut niveau pour le développement durable organisé par le Conseil économique et social des Nations Unies en 2016 sur le thème « Ne laisser personne de côté » a été le premier depuis l'adoption du Programme 2030 et des ODD. En 2016, l'OMS a publié un guide technique intitulé *The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind* (l'approche Innov8 pour l'examen des programmes sanitaires nationaux afin qu'il n'y ait pas de laissés-pour-compte), qui a été traduit en espagnol et en français. Le guide présente un processus en huit étapes permettant de repérer les laissés-pour-compte, en indiquant les raisons pour lesquelles ils sont laissés de côté et ce qu'on peut faire dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs pour remédier à la situation. L'OMS a également expérimenté des méthodes pour évaluer les obstacles aux services de santé et pour intégrer une approche visant à ne laisser personne de côté dans les politiques, stratégies et plans nationaux et dans la planification correspondante au niveau infranational. Le rôle de la promotion de la santé dans l'amélioration de l'équité en santé a été renforcé à la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, organisée en novembre 2016 par l'OMS et la Commission nationale chinoise de la santé et de la planification familiale. En juillet 2017, trois produits d'information de l'OMS dans ce domaine ont vu le jour : a) le Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus), application logicielle permettant aux États Membres d'évaluer les inégalités en santé à l'intérieur des pays sur la base de leurs propres données ; b) le manuel intitulé *National health inequality monitoring: a step-by-step manual*, conçu pour aider les pays à intégrer la surveillance des inégalités en santé dans leurs systèmes d'information sanitaire et à créer les codes statistiques nécessaires pour analyser les données issues des enquêtes auprès des ménages afin de déterminer où les inégalités se situent ; et c) AccessMod, outil permettant d'établir un modèle de l'accessibilité matérielle aux soins de santé et de la couverture géographique. En décembre 2017, l'OMS et l'Indonésie ont publié un rapport conjoint pour fournir une évaluation complète des inégalités en santé dans ce pays. Les données concernant 111 pays sont disponibles depuis février 2018 dans la base de données de l'OMS Health Equity Monitor.

Communications aux États Membres concernant les progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale

78. L'OMS a fait rapport sur les progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale sur la voie des cibles des ODD liées à la santé dans les Statistiques sanitaires mondiales 2016, 2017 et 2018, les Statistiques sanitaires mondiales 2019 devant paraître au premier semestre de 2019. L'OMS et la Banque mondiale ont publié le *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle,* qui fait le point de la situation concernant la couverture des services de santé et la protection financière visés par les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD. L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS permet d'accéder facilement aux données concernant chaque objectif lié à la santé, avec différents niveaux de ventilation géographique et temporelle.

Appui au renforcement des capacités statistiques nationales des États Membres

79. L'OMS a collaboré avec ses partenaires du projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative) afin de mettre au point une série technique de normes et d'outils d'information sanitaire pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire, notamment un ensemble d'outils pour l'examen harmonisé de la qualité des données, une liste de référence mondiale actualisée de 100 indicateurs sanitaires de base, des lignes directrices pour analyser les données des établissements de santé, un dossier d'information pour établir une liste de base des établissements, un cours en ligne sur l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil, des lignes directrices sur les systèmes d'information sanitaire communautaires, un atlas sanitaire numérique et un annuaire des comptes nationaux des personnels de santé.

80. Les pays pionniers du projet de collaboration sur les données sanitaires (Cameroun, Kenya, Malawi et République-Unie de Tanzanie) ont adopté l'approche établie pour réunir les partenaires autour de plans nationaux de suivi et d'évaluation afin de réduire le nombre d'indicateurs sanitaires, de diminuer le nombre de doublons dans la collecte de données sur les établissements de santé et de réduire la prolifération de systèmes de données numérisées hétérogènes. On assiste à une augmentation du nombre de pays souhaitant adopter l'approche du projet de collaboration sur les données sanitaires. Les bureaux régionaux de l'OMS soutiennent diverses activités destinées à améliorer les statistiques d'état civil, notamment en ce qui concerne la cause du décès, ainsi que les systèmes d'information sanitaire courants. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale applique une stratégie régionale pour améliorer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil (2014-2019), ainsi qu'un programme régional d'indicateurs de base depuis 2015. Il a en outre procédé à des évaluations exhaustives des systèmes d'information sanitaire à la demande des pays.

81. En renforçant les systèmes d'information sanitaire, le projet de collaboration sur les données sanitaires joue un rôle de premier plan dans l'amélioration des systèmes nationaux de planification et de suivi des ODD liés à la santé, y compris la couverture sanitaire universelle.

Appui aux États Membres pour le renforcement du système de rapports sur la réalisation du Programme 2030

82. En collaboration avec ses partenaires du projet de collaboration sur les données sanitaires, l'OMS a mis au point l'outil technique SCORE,[1] qui aide les pays à renforcer les systèmes de données et leur capacité de suivre les progrès réalisés sur la voie des ODD liés à la santé et des autres priorités et cibles aux niveaux national et infranational. En outre, l'outil SCORE offre un cadre aux partenaires de développement pour mieux harmoniser leur financement et l'appui technique aux pays.

83. L'outil SCORE permet d'examiner la performance des systèmes de données sanitaires des pays dans le suivi des priorités sanitaires et de déterminer les stratégies les plus efficaces pour les renforcer. Ces cinq stratégies sont les suivantes : a) enquêter sur (survey) les populations et les risques sanitaires pour déterminer ce qui cause les maladies et quels sont les risques auxquels une population est exposée ; b) compter (count) les naissances et les décès et indiquer les causes de décès pour savoir qui est né et de quoi l'on meurt ; c) optimiser (optimize) les données sur les services de santé pour fournir des services équitables et de qualité à chacun ; d) passer en revue (review) les progrès accomplis et les résultats obtenus pour prendre des décisions en connaissance de cause ; et e) permettre (enable) l'utilisation des données pour élaborer des politiques et agir de façon à progresser plus vite.

[1] SCORE : survey, count, optimize, review, enable.

84. Le module encourage les responsables nationaux de l'élaboration des politiques, les partenaires de développement, la société civile et le secteur privé à financer un nombre choisi d'interventions et d'outils qui, agissant en synergie, ont un maximum d'impact sur la qualité, la disponibilité, l'analyse, l'utilisation et l'accessibilité des données nationales. Un outil d'enquête structuré contribue à l'évaluation de base et au suivi de la mise en œuvre des interventions SCORE au niveau des pays. Un répertoire mondial en ligne assurera un accès aisé aux outils et ressources du module SCORE.

Prise en considération du Programme 2030 lors de l'élaboration du budget programme et du programme général de travail

85. L'OMS a fondé son treizième programme général de travail sur les ODD. Ses trois priorités stratégiques – couverture sanitaire universelle, sécurité sanitaire et amélioration de la santé et du bien-être – intègrent chacune des cibles liées à la santé qui relèvent de l'ODD 3 et sont accompagnées d'un cadre d'impact devant permettre à l'Organisation de mesurer les progrès et de se préoccuper des résultats plutôt que des produits. Si l'ODD 3 est directement consacré à la santé et au bien-être, l'activité de l'OMS influence indirectement d'autres ODD, et est influencée par eux.

86. Le budget programme est le principal instrument permettant de traduire le treizième programme général de travail en plans de mise en œuvre concrets. Le premier budget programme qui définit pleinement la mise en œuvre du treizième programme général de travail sera celui de l'exercice 2020-2021. L'élaboration du budget programme 2020-2021 sera fondée sur les principes suivants énoncés dans le treizième programme général de travail : a) le budget programme aura pour base les ODD ; b) l'OMS en mesurera l'impact, notamment sur la réalisation de ces objectifs du point de vue des améliorations apportées à la santé des populations ; et c) l'OMS établira un ordre de priorité dans ses activités afin d'avoir un impact dans chaque pays.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =