Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-QUATORZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A74/10 Rev.1**
Points 13.1, 13.2, 13.5 et 18 de l'ordre du jour provisoire **26 avril 2021**

Rapport de synthèse du Directeur général[1]

PILIER 1 : UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLEMENTAIRES BENEFICIANT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

13. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

13.1 Action mondiale pour la sécurité des patients

1. À sa cent-quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport faisant l'objet du document EB148/6 et adopté la décision EB148(5). En réponse aux observations présentées pendant l'examen de la question,[2] le Secrétariat a confirmé que les autres réactions sur le projet de plan d'action reçues des États Membres jusqu'au 15 février 2021 seraient intégrées dans le projet final soumis à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.[3] Il a également ajouté un principe directeur supplémentaire à l'ensemble des valeurs sous-jacentes devant orienter l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action et révisé l'énoncé de la mission du plan d'action. Les paragraphes 10 et 12 se liraient donc désormais comme suit :

> 10. Le plan d'action devrait mener à des actions concrètes au cours de la décennie 2021-2030. Les sept principes directeurs suivants constituent un ensemble de valeurs fondamentales destinées à orienter l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action :
>
> ...
>
> g) inculquer une culture de la sécurité dans la conception et la prestation des soins de santé.
>
> 12. Le projet de plan d'action a pour mission de faire progresser les politiques, stratégies et actions, fondées sur la science, l'expérience des patients, la conception de systèmes et les partenariats, afin d'éliminer toutes les sources de risques et de préjudices évitables pour les patients et les agents de santé.

---

[1] Dans le présent document, le texte se rapportant à chaque point de l'ordre du jour doit être rapproché des rapports correspondants examinés par le Conseil exécutif à ses cent quarante-septième et cent quarante-huitième sessions. Les procès-verbaux de ces sessions (en anglais seulement) peuvent être consultés grâce au lien http://apps.who.int/gb/or/.

[2] Document EB148/6. Voir aussi les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, septième séance, section 3 (en anglais seulement).

[3] Final draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan, consulté le 21 avril 2021).

2. La section sur le suivi et la production de rapports pour le plan d'action a été renforcée, avec un nouveau titre (précédant le paragraphe 22), un texte révisé (pour le paragraphe 23), un nouveau paragraphe (le paragraphe 24) et une nouvelle section sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution WHA72.6 (2019) « Action mondiale pour la sécurité des patients » (les paragraphes 25 à 37) – voir ci-dessous :

> 23. L'OMS mettra en place un mécanisme formel permettant de rendre compte de ces indicateurs aux niveaux mondial, régional et national afin de suivre la mise en œuvre du plan d'action et de fournir un retour d'information aux équipes chargées de la mise en œuvre à l'échelon national et infranational.
>
> 24. L'OMS fournira des orientations supplémentaires sur les indicateurs du niveau d'action et le renforcement des systèmes d'information sur la sécurité des patients afin d'aider les pays à mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs.

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉSOLUTION WHA72.6 (2019)

25. En réponse à l'appel mondial en faveur d'une action urgente pour la sécurité des patients, l'OMS a lancé l'initiative spéciale de la « Décennie pour la sécurité des patients 2020-2030 » afin de mettre en œuvre la résolution WHA72.6 (2019) et de prendre des mesures concrètes en faveur de la sécurité des patients aux niveaux mondial, régional et national. L'initiative reflète l'approche cohérente et globale du Secrétariat en la matière, en intégrant les principes et les éléments de base de la sécurité des patients dans les programmes de sécurité et de santé et les programmes cliniques et en mettant l'accent sur l'amélioration de la sécurité des patients à tous les niveaux, de l'adoption des politiques jusqu'au lieu des soins.

26. **Journée mondiale de la sécurité des patients.** Dans sa résolution WHA72.6, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la création de la Journée mondiale de la sécurité des patients, à célébrer chaque année le 17 septembre. Le Secrétariat a mis en place des mécanismes pour coordonner la planification de la Journée en collaboration avec les parties prenantes par l'intermédiaire d'un comité directeur de haut niveau et d'un groupe de travail interprogrammatique interne. Un logo a été spécialement créé pour donner une identité visuelle spécifique à la Journée[1] dont l'éclairage orange de monuments importants le 17 septembre est devenu le signe distinctif. Les deux Journées mondiales organisées depuis 2019 ont été couronnées de succès. La première qui avait pour thème « La sécurité des patients : une priorité mondiale en matière de santé » visait à établir ce qui devrait constituer l'héritage de la Journée et à souligner l'importance de la priorité à donner aux patients. Pas moins de 105 États Membres ont déclaré avoir célébré la Journée et plus de 74 monuments nationaux ont été illuminés en signe de solidarité dans le monde entier. Le thème retenu pour la Journée mondiale 2020 – « La sécurité des agents de santé : une priorité pour la sécurité des patients » – avait pour but de bien reconnaître les défis auxquels ont été confrontés les agents de santé pendant la pandémie de COVID-19 et de souligner les liens entre la sécurité des agents de santé et la sécurité des patients. Le 17 septembre 2020, le Directeur général a lancé une charte sur la sécurité des patients comme priorité mondiale de la santé, invitant les États Membres et les parties prenantes à intervenir d'urgence et durablement pour assurer la sécurité des agents de

[1] OMS. Site de la Journée mondiale de la sécurité des patients https://www.who.int/fr/campaigns/world-patient-safety-day, consulté le 14 avril 2021.

santé en prenant une série de mesures clés.[1] Parallèlement, ont été définis les objectifs pour 2020-2021 de la Journée mondiale de la sécurité des patients afin d'appuyer la mise en œuvre de pratiques de sécurité de l'agent de santé sur le lieu des soins.[2] Le Secrétariat met actuellement au point la campagne mondiale pour commémorer la Journée mondiale de la sécurité des patients 2021 qui aura pour thème « Soins maternels et néonatals sans risque ».

27. **Projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030.** Le Secrétariat a formulé, en collaboration avec les États Membres et d'autres parties prenantes, un projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients, ainsi qu'il est demandé dans la résolution WHA72.6. Le processus de l'élaboration du projet de plan d'action et sa structure sont décrits dans le document EB148/6.

28. **Sommets ministériels mondiaux sur la sécurité des patients.** Le Gouvernement allemand et celui du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont initié, en collaboration avec l'OMS, une série annuelle de sommets ministériels mondiaux sur la sécurité des patients. Les quatre qui se sont déroulés jusqu'ici, accueillis respectivement par les Gouvernements du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Londres, 2016), de l'Allemagne (Bonn, 2017), du Japon (Tokyo, 2018) et de l'Arabie saoudite (Djeddah, 2019)[3] ont constitué une plateforme centrale propre à inspirer un engagement et un leadership politiques en faveur d'une amélioration de la sécurité des patients partout dans le monde comme moyen d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Un cinquième sommet qui devait être accueilli par le Gouvernement suisse en 2020 a dû être reporté à cause de la pandémie de COVID-19. Les sommets ont réussi à imprimer un élan sans précédent en faveur de la sécurité des patients dans le monde. Les futurs sommets chercheront à maintenir l'engagement politique et l'appui pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030.

29. **Troisième défi mondial de l'OMS pour la sécurité des patients : les médicaments sans les méfaits.** Le Secrétariat maintient son soutien à la mise en œuvre de cette initiative sur plusieurs années visant à réduire à l'échelle mondiale les préjudices graves et évitables liés aux médicaments. Le cadre stratégique mis au point précise quatre domaines clés et des sous-séries correspondantes de mesures pour relever le défi. Plusieurs documents ont été publiés, dont notamment une série de rapports techniques sur la sécurité des médicaments en situation à haut risque, pour la transition de soins et la polypharmacie. En outre, un outil destiné à encourager la participation des patients, intitulé « 5 Moments for Medication Safety », a été mis au point sous différents formats afin d'atteindre un plus large public.

30. **Collaboration mondiale pour la sécurité des patients.** Cette nouvelle initiative stratégique lancée conjointement par le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et l'OMS vise principalement à promouvoir et intensifier les mesures mondiales en faveur de la sécurité des patients ainsi qu'à collaborer étroitement avec les pays à revenu faible ou intermédiaire qui cherchent à réduire le risque de nuire au patient par des préjudices évitables et à améliorer la sécurité des systèmes nationaux de soins de santé. La collaboration intervient principalement dans trois domaines stratégiques de la sécurité des patients : le leadership, l'éducation et la formation, et la recherche.

---

[1] Organisation mondiale de la Santé. *Charter: health worker safety: a priority for patient safety*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/339287, consulté le 14 avril 2021).

[2] Pour cette publication et d'autres, voir les pages Web de l'OMS sur la sécurité des patients (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety, consulté le 9 avril 2021).

[3] Global Ministerial Summits on Patient Safety (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-ministerial-summits-on-patient-safety, consulté le 9 avril 2021).

31. **Réseaux mondiaux et régionaux pour la sécurité des patients et collaborations multilatérales.** Le Secrétariat a encore élargi et renforcé son Réseau mondial pour la sécurité des patients afin de réunir acteurs et parties prenantes ; actuellement le Réseau compte quelque 1750 membres de 142 pays et comprend des sous-réseaux consacrés à des thèmes prioritaires pour la sécurité des patients comme l'innocuité des médicaments, la notification et la formation. Au cours de la pandémie de COVID-19, plusieurs possibilités de formation ont été offertes grâce au Réseau. Afin de renforcer la collaboration régionale, le Secrétariat a organisé une manifestation de haut niveau visant la mise en place d'une initiative africaine pour la sécurité des patients (Le Cap (Afrique du Sud), 23-29 octobre 2019), avec la participation de 23 États Membres de la Région africaine et la collaboration de l'Institute for Healthcare Improvement, de la Société internationale pour la qualité des soins de santé et de la Patient Safety Movement Foundation. Les participants ont établi une déclaration consensuelle intitulée « Ensemble pour la sécurité des patients ».

32. **Leadership, éducation, formation et renforcement des capacités.** Le Secrétariat met au point un cadre de compétences de leadership pour la sécurité des patients afin de déterminer comment veiller à ce que les dirigeants des systèmes de santé à tous les niveaux soient dotés des compétences essentielles pour assurer la sécurité des patients aux niveaux politique et pratique. Le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle, en cours de révision sous un format modulaire, attache une attention particulière aux approches pédagogiques interprofessionnelles fondées sur les compétences.

33. **Participation des patients et de la famille pour la sécurité des patients.** Le Secrétariat apporte son soutien au réseau « Les Patients pour la sécurité des patients », un réseau mondial de porte-paroles des patients qui collabore avec l'OMS dans ce domaine, afin de favoriser la participation des patients et de leur famille à l'élaboration des politiques, à l'application de mesures à différents niveaux et aux activités de plaidoyer telles que la célébration de la Journée mondiale de la sécurité des patients. Grâce à ces porte-paroles qui assurent le lien clé entre les patients eux-mêmes, les pays et l'action mondiale pour la sécurité des patients, les patients peuvent faire entendre leur voix dans les programmes à l'OMS et dans leur pays. Des efforts en cours visent à élargir et renforcer ce réseau ainsi qu'à améliorer les possibilités de formation et améliorer les capacités des porte-paroles.

34. **Recherche sur la sécurité des patients.** Le Secrétariat cherche à définir les priorités de la recherche sur la sécurité des patients afin d'obtenir les éléments nécessaires au processus de prise de décisions au niveau des pays. Il s'attache en particulier actuellement à répondre aux besoins locaux en matière de connaissances et à veiller à une recherche ciblée dans les domaines où les impacts sur le système de santé et les améliorations de la sécurité des patients seront les plus marqués.

35. **Numérisation de la sécurité des patients.** Le Secrétariat a mis au point des applications pour smartphone destinées aux utilisateurs finaux qui numérisent des outils de sécurité des patients. L'application WHO medsafe des « 5 Moments for Medication Safety » est un outil numérique interactif de l'OMS intégrant les cinq facteurs clés de l'innocuité des médicaments, grâce auquel les patients et leur famille peuvent mieux connaître les pratiques sûres concernant les médicaments. L'OMS et les organisations partenaires du système des Nations Unies ont mis au point une application mobile fondée sur la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS.

36. **Sécurité des patients dans les programmes cliniques et de santé publique.** Le Secrétariat collabore avec de nombreux partenaires pour renforcer la sécurité des patients dans des domaines voisins, comme la sécurité de la vaccination, la sécurité transfusionnelle et la sécurité sur le lieu de travail, et intégrer les principes et éléments de base de la sécurité des

patients aux programmes cliniques et sanitaires. Les efforts concernant les principaux problèmes techniques liés à l'utilisation sans risque des médicaments à base de plantes, et notamment leurs interactions avec d'autres médicaments, contribueront à améliorer l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments traditionnels et complémentaires. Le Secrétariat a publié, en collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique et des associations professionnelles, des orientations concernant le renforcement de la culture de la sécurité des rayonnements en soins de santé. Un module de formation sur la lutte anti-infectieuse pour les soins de la mère et du nouveau-né a été élaboré pour les soignants. Un guide technique de l'OMS récemment publié sur la qualité des soins dans les situations de fragilité, de conflit ou de vulnérabilité met l'accent sur les interventions visant à réduire les préjudices évitables. L'OMS et l'UNICEF ont publié un rapport de situation mondial concernant l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la gestion des déchets et le nettoyage dans les établissements de soins de santé.

37. **La voie à suivre.** Aux côtés des États Membres et de ses partenaires, le Secrétariat renforcera et intensifiera encore l'action mondiale pour la sécurité des patients. Le but du plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 est de servir de feuille de route et de cadre pour la mise en œuvre d'interventions favorisant la sécurité des patients aux niveaux mondial, régional, national, infranational et dans les établissements de soins. Le Secrétariat continuera d'élaborer des orientations et des outils normatifs visant à améliorer la sécurité des patients, encourager la formation de partenariats, investir et mobiliser des ressources, échanger des connaissances et coordonner les mesures pour mettre en œuvre la résolution WHA72.6 et le plan d'action afin de garantir des progrès durables en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

13.2 Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

3. À sa cent quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note des rapports contenus dans les documents EB148/7, EB148/7 Add.1 et EB148/7 Add.2 et adopté les décisions EB148(6) et EB148(7). Dans la décision EB148(7) sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, le Conseil a également prié le Directeur général, en vue de donner suite aux recommandations issues de l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les parties concernées, un document présentant les différentes options possibles relatives au mécanisme mondial de coordination afin que la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé donne des orientations supplémentaires. On trouvera la réponse à cette demande à l'additif 1 au présent document[1] qui vient compléter les informations fournies dans le document EB148/7 Add.2.

4. Voir aussi les documents A74/10 Add.2 et Add.3 sur l'évaluation à mi-parcours du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 et l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, qui font suite à l'examen des documents EB148/7 Add.1 et Add.2.[2]

[1] Document A74/10 Add.1.

5. En réponse à d'autres observations formulées au cours des discussions,[1] le Secrétariat a mis à jour le paragraphe 44 du document EB148/7 dont le texte révisé est reproduit dans son intégralité ci-dessous.

PRÉPARATIFS DE LA QUATRIÈME RÉUNION DE HAUT NIVEAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN 2025

44. Le processus de préparation de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles pourra comprendre les réunions suivantes (les résultats liés aux MNT peuvent servir de contribution au processus et à la réunion elle-même) :

2021	**Pertinence du point de vue du programme « 5 x 5 » de lutte contre les MNT**
• Sommet des petits États insulaires en développement sur la santé	• Lutte contre les MNT et santé mentale
• Réunion ministérielle sur le diabète et lancement du Pacte mondial de l'OMS sur le diabète	• Lutte contre le diabète
• Réunion de la coalition de haut niveau sur l'énergie et la santé	• Réduction de la pollution atmosphérique
• Sommet sur les systèmes alimentaires • Sommet sur la nutrition pour la croissance	• Réduction de la mauvaise alimentation
• Neuvième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac • Deuxième session de la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac	• Réduction du tabagisme
• Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP26)	• Réduction de la pollution atmosphérique
• Dixième Conférence internationale sur la promotion de la santé	• Prévention des maladies non transmissibles
• Réunions préparatoires régionales en vue de la troisième réunion mondiale OMS des directeurs et des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre les MNT	• Renforcement des capacités
2022	
• Troisième réunion mondiale OMS des directeurs et des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre les MNT	• Renforcement des capacités
• Première Conférence ministérielle mondiale OMS pour les petits États insulaires en développement	• Lutte contre les maladies non transmissibles

[1] Voir les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, huitième séance (en anglais seulement).

sur la lutte contre les maladies non transmissibles	
• Deuxième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la sécurité routière	• Réduction de l'inactivité physique
2023	
• Deuxième dialogue mondial de l'OMS sur le financement des activités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles	• Financement intérieur et international
• Deuxième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle	• Lutte contre les maladies non transmissibles
• Dixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac • Troisième session de la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac	• Réduction du tabagisme
2024	
• Troisième Conférence ministérielle mondiale OMS pour les petits États insulaires en développement sur la lutte contre les maladies non transmissibles	• Lutte contre les maladies non transmissibles
2025	
• Dialogue des Nations Unies avec la société civile et le secteur privé • Quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles	• Lutte contre les maladies non transmissibles
• Onzième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac • Quatrième session de la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac	• Réduction du tabagisme

6. Dans sa décision EB148(6) relative à la lutte contre le diabète en tant que problème de santé publique, le Conseil a demandé au Directeur général de mettre à jour le rapport qui sera soumis pour examen à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, en y ajoutant une annexe sur les principaux obstacles à la réalisation des cibles relatives au diabète dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. À la suite de cette demande, une nouvelle annexe 11 a été préparée et est présentée ci-après.

ANNEXE 11

PRINCIPAUX OBSTACLES A LA REALISATION DES CIBLES RELATIVES AU DIABETE DANS LE PLAN D'ACTION MONDIAL DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2013-2030

1. Contexte

1. On estime que 1,5 million de personnes sont mortes du diabète dans le monde en 2019. La mortalité due au diabète a connu une augmentation de 64,4 % au niveau mondial entre 2000 et 2019 dans la tranche d'âge 30-70 ans.[1] Dans les pays à revenu élevé, le taux de mortalité prématurée due au diabète a diminué entre 2000 et 2010, mais a ensuite augmenté sur la période 2010-2016. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, le taux de mortalité prématurée due au diabète a augmenté au cours de ces deux périodes.

2. La prévalence mondiale du diabète chez les adultes âgés de plus de 18 ans est passée de 4,7 % en 1980 à 8,5 % en 2014. En 2016, plus de 420 millions de personnes vivaient avec un diabète dans le monde. Selon les estimations, ce nombre devrait passer à 578 millions en 2030 et à 700 millions en 2045.[2] Le diabète était la neuvième principale cause de décès en 2019, après une forte augmentation (+70 %) depuis 2000. Le diabète est également responsable de la plus forte hausse des décès masculins parmi les 10 principales causes de décès en 2019, avec une augmentation de 80 % depuis 2000.

3. L'augmentation des taux de mortalité due au diabète est associée, entre autres facteurs, à la prévalence croissante du diabète de type 2 due à la hausse des mauvaises habitudes alimentaires et de la prévalence de l'obésité et à la baisse des niveaux d'activité physique, qui constituent des facteurs de risque majeurs de diabète. Depuis 2000, la prévalence de l'obésité dans le monde, standardisée selon l'âge, a été multipliée par 1,5 chez l'adulte (18 ans et plus) et la prévalence brute chez l'enfant (5-19 ans) a plus que doublé (passant de 2,9 % à 6,8 %) selon les données de 2016. Les fumeurs présentent un risque 30 % à 40 % plus élevé que les non-fumeurs de développer un diabète de type 2.

4. Depuis l'apparition de la COVID-19, les personnes atteintes de maladies non transmissibles, dont le diabète, sont davantage susceptibles de tomber gravement malades ou de décéder de la COVID-19. Plus de 50 % des pays inclus dans une enquête rapide menée en 2020 pour évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les ressources et les services liés aux maladies non transmissibles ont signalé une perturbation des services

[1] OMS. Global health estimates 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/data/global-health-estimates, consulté le 14 avril 2021).

[2] Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karurange S, Unwin N et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th Edition. Diabetes Research and Clinical Practice 2019; 157: 107843 (https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843, consulté le 14 avril 2021).

de traitement du diabète et de ses complications pendant les phases de transmission au sein de foyers épidémiques ou dans la communauté.[1]

5. Un adulte diabétique sur deux ne sait pas qu'il est atteint de diabète. Quatre adultes sur cinq atteints de diabète vivent dans des pays en développement. Les personnes qui ignorent qu'elles vivent avec le diabète courent un grand risque de complications débilitantes qui peuvent être évitées grâce au diagnostic et à une prise en charge adéquate de la maladie. Le diabète est également problématique dans les situations d'urgence et de catastrophe, et parmi les populations migrantes, en raison de l'absence de services de santé adéquats et de continuité des soins, et du changement de mode de vie des migrants en dehors des situations d'urgence.

6. Le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral est deux à trois fois plus élevé chez les adultes diabétiques. Une mauvaise circulation sanguine et une neuropathie (lésions nerveuses) au niveau des pieds augmentent le risque d'ulcères du pied, d'infection et d'amputation d'un membre. La rétinopathie diabétique est une cause importante de cécité ; elle survient à la suite de dommages accumulés sur le long terme qui affectent les petits vaisseaux sanguins de la rétine. Le diabète est responsable de 2,6 % des cas de cécité dans le monde et il constitue l'une des principales causes d'insuffisance rénale.

7. Les technologies de base, telles que les outils de mesure de la glycémie, ne sont généralement pas disponibles dans le cadre des soins de santé primaires du secteur public des 50 pays les plus pauvres (selon la classification de la Banque mondiale). Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'accès limité à des professionnels de soins de santé primaires formés au diabète signifie qu'un grand nombre de cas non diagnostiqués, non traités et non contrôlés continueront à infliger des souffrances évitables et à engendrer des coûts financiers directs et indirects.

8. Toutes les personnes atteintes de diabète de type 1 et environ 60 millions de personnes atteintes de diabète de type 2 ont besoin d'insuline. Cent ans après la découverte de l'insuline, seuls 50 % environ des personnes atteintes de diabète de type 2 reçoivent l'insuline dont elles ont besoin, souvent parce qu'elles n'en ont pas les moyens et les systèmes de santé de leur pays non plus. L'enquête mondiale de l'OMS visant à évaluer les capacités nationales de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles[2] révèle que moins de la moitié des pays à revenu faible disposent d'insuline dans le secteur public.

9. Le rapport OMS de suivi de la CSU (2019)[3] montre que les services de santé pour le diabète se démarquent par un manque de progrès dans le cadre de la couverture sanitaire universelle par rapport aux services consacrés aux maladies transmissibles.

10. L'analyse des parcours montre que chaque pays dispose d'options, mais qu'aucun pays ne peut progresser dans la lutte contre le diabète par la mise en œuvre d'une seule

---

[1] The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/ncds-covid-rapid-assessment, consulté le 16 mars 2021).

[2] Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/, consulté le 16 mars 2021).

[3] *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report, consulté le 14 avril 2021).

intervention. L'accès à l'insuline est nécessaire, mais pas suffisant, car des approches globales sont nécessaires pour garantir l'accès à un diagnostic précoce et à une prise en charge appropriée du diabète. En outre, les approches globales visant à s'attaquer aux facteurs de risque modifiables que sont l'alimentation et l'activité physique doivent être renforcées dans la plupart des pays.

2. Principaux obstacles rencontrés par les pays pour atteindre les cibles relatives au diabète dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020

11. Le Plan d'action mondial fixe neuf cibles. Deux d'entre elles sont directement liées au diabète : l'une concerne la réduction de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, dont le diabète ; l'autre vise à enrayer la progression de l'obésité et du diabète. La cible 3.4 des objectifs de développement durable porte sur la réduction de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, dont le diabète. La cible 3.8, « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable », est également liée au diabète. Bien que ces cibles soient directement en lien avec le diabète, d'autres cibles concernant l'activité physique et le tabagisme seront également abordées dans ce contexte. La cible 3.a porte sur le renforcement de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les principaux obstacles que rencontrent les pays pour atteindre les cibles relatives au diabète dans le Plan d'action mondial et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 sont présentés ci-dessous.

12. ***Cible mondiale MNT 1 : réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques. Cible 3.4 des ODD : réduction d'un tiers de la mortalité prématurée due aux MNT, dont le diabète. Cible 3.8 des ODD : couverture sanitaire universelle.***

a) Ces cibles reflètent tous les efforts à déployer en matière de prévention et de prise en charge du diabète et donnent un aperçu de l'impact de multiples interventions. Moins de 20 pays sont en passe d'atteindre la cible 3.4 des ODD au rythme actuel. Les progrès en vue d'atteindre cette cible contribueront à réduire la mortalité due au diabète et à ses complications, telles que les maladies cardiovasculaires et rénales.

b) La prévalence croissante des facteurs de risque, comme l'obésité et le manque d'activité physique, et la baisse insuffisante du tabagisme et de la consommation d'aliments trop riches en énergie, en sucre et en graisses contribuent à l'augmentation des taux de diabète. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les gens ne connaissent pas le diabète, qui n'est souvent diagnostiqué que lorsqu'il y a une complication. La capacité limité des soins de santé primaires à prévenir, à détecter, à diagnostiquer et à prendre en charge le diabète et les comorbidités associées, telles que l'hypertension, constitue un obstacle majeur à la réduction de la mortalité due au diabète.

c) La principale solution est de progresser vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation de la cible 3.8 des ODD. Les pays doivent veiller à ce que la prévention et la prise en charge du diabète fassent partie de l'ensemble des prestations

de la couverture sanitaire universelle et à ce que personne ne soit limité dans l'accès aux services en raison de contraintes financières. Une reconnaissance particulière doit être accordée aux personnes atteintes de diabète de type 1, car leur survie dépend de l'insuline ; le système de soins de santé doit veiller à ce que ces personnes aient accès à l'insuline et aux autres médicaments.

13. ***Cible mondiale MNT 2 : arrêt de la progression du diabète et de l'obésité.***

a) L'obésité est un problème de santé publique croissant dans le monde. C'est un facteur de risque de diabète et de nombreuses autres affections, telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer. L'obésité pendant l'enfance est un important facteur de risque d'apparition précoce du diabète. La prévalence croissante du diabète ne pourra être enrayée que si la pandémie d'obésité est maîtrisée. Les pays à revenu faible ou intermédiaire doivent mettre en œuvre des règlements et des lois pour lutter contre l'obésité avant que sa prévalence ne devienne ingérable. Une attention particulière doit être accordée à la prévention de l'obésité de l'enfant, conformément aux recommandations de la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.[1]

b) L'urbanisation rapide et non planifiée ainsi que l'évolution des schémas de l'emploi entraînent des changements défavorables dans les conditions de vie et les pratiques alimentaires. De nombreux déterminants, y compris les pressions commerciales, favorisent les facteurs de risque et il est souvent difficile pour les gouvernements d'agir sur ces facteurs étant donné l'étroite interrelation avec d'autres domaines. Les pays doivent tenir compte des déterminants sociaux de la santé et adhérer à l'approche de « la santé dans toutes les politiques ».

14. ***Cible mondiale MNT 3 : au moins 50 % des personnes remplissant les critères reçoivent un traitement médicamenteux (y compris pour le contrôle de la glycémie) et des conseils pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.***

a) Le diabète est une maladie multisystémique ; outre les perturbations du métabolisme du glucose, les complications microvasculaires et macrovasculaires doivent être prises en charge si l'on veut atteindre cette cible.

b) Le principal obstacle à la réalisation de cette cible est l'inadéquation des systèmes de santé, notamment au niveau des soins de santé primaires, pour une prise en charge globale du diabète. La détection du diabète, la prise en charge fondée sur des protocoles et l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux, soutenus par des efforts visant à garantir l'observance, le respect des conseils diététiques, le contrôle de la tension artérielle et de la lipidémie afin de réduire le risque cardiovasculaire et d'autres complications, la vérification des complications telles que les troubles de la vision, les ulcères du pied et autres, ainsi que le suivi et l'établissement de rapports à l'aide d'un ensemble d'indicateurs convenus, peuvent faire la différence.

[1] *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf, consulté le 14 avril 2021).

c) Le guide technique HEARTS[1] de l'OMS comporte un module sur le diabète[2] et les diagrammes actualisés d'évaluation du risque cardiovasculaire aideront les pays à améliorer la prise en charge du diabète. L'approche du risque cardiovasculaire permet une prise en charge intégrée de l'hypertension, du diabète et d'autres facteurs de risque cardiovasculaire dans le cadre des soins primaires, et oriente les ressources disponibles vers les personnes les plus susceptibles d'être sujettes à des infarctus du myocarde, à des accidents vasculaires cérébraux et à des complications liées au diabète. La prise en charge intégrée est la principale solution, au niveau national, pour surmonter les obstacles à la santé cardiovasculaire et pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les diabétiques.

15. ***Cible mondiale MNT 4 : disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels, y compris génériques, nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles (y compris le diabète) dans les établissements publics et privés. Cible 3.8 des ODD : couverture sanitaire universelle.***

a) L'accès ininterrompu à des médicaments et à des technologies de qualité et abordables financièrement est une condition préalable à une bonne maîtrise du diabète et à la prévention de ses complications.

b) Le principal obstacle à la réalisation des cibles susmentionnées est l'absence de prestation de services pour le diabète, en particulier dans le cadre des soins de santé primaires, et l'insuffisance des infrastructures et de l'entreposage frigorifique, qui se traduisent par des quantités insuffisantes de technologies de base et de médicaments essentiels, des chaînes d'approvisionnement instables et des ressources financières et autres sous-optimales.

c) Une action soutenue en faveur de la couverture sanitaire universelle, y compris l'adaptation du guide technique HEARTS de l'OMS et du catalogue d'interventions, appuyée par un financement national, peut aider à progresser vers ces cibles.

16. ***Cible mondiale MNT 5 : réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus. Cible 3.a des ODD : réduction du tabagisme.***

a) L'engagement en faveur de la lutte antitabac est essentiel pour réduire l'apparition du diabète de type 2 causé par le tabagisme ou l'exposition au tabagisme passif.

b) La cible 3.a des ODD appelle les pays à renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

c) Malgré des avancées significatives à l'échelle mondiale, les progrès accomplis pour atteindre la cible mondiale fixée par les gouvernements, à savoir

[1] HEARTS technical package. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/, consulté le 10 mars 2021).

[2] HEARTS D: diagnosis and management of type 2 diabetes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/who-ucn-ncd-20.1, consulté le 10 mars 2021).

réduire de 30 % la prévalence du tabagisme d'ici 2025, sont insuffisants. Actuellement, seuls 32 pays sont en passe d'atteindre cette cible.

3. Le Pacte mondial contre le diabète

17. Le 14 novembre 2020, le Secrétariat a annoncé le lancement du Pacte mondial contre le diabète, le 14 avril 2021, afin de s'attaquer aux principaux obstacles à la réalisation des cibles relatives au diabète. Ce Pacte :

a) réunira tous les partenaires ;

b) regroupera tous les outils existants ou nouveaux de l'OMS disponibles pour la prévention et la prise en charge du diabète ;

c) sur le plan de la prévention, accordera une attention particulière à la réduction de l'obésité, notamment chez les jeunes ;

d) sur le plan thérapeutique, mettra l'accent sur l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux technologies pour le diabète, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; les clés du succès du Pacte résideront dans l'alignement et l'action unie de tous les secteurs (public, privé et philanthropique) et dans la fixation d'objectifs de couverture pour le traitement du diabète comme cela a été fait pour d'autres maladies comme le VIH et le cancer du col de l'utérus ;

e) associera activement les personnes vivant avec le diabète aux développements futurs du Pacte mondial contre le diabète ;

f) visera à combler les lacunes en matière de connaissances et à stimuler les innovations liées à la technologie et le bon en avant nécessaire pour les personnes les plus vulnérables, notamment celles qui vivent dans des contextes humanitaires.

4. Accès à l'insuline

18. L'insuline a été découverte en tant que traitement contre le diabète il y a près de 100 ans et figure sur la Liste modèle OMS des médicaments essentiels depuis 1977. Malgré une offre abondante d'insuline, son prix constitue actuellement un obstacle au traitement dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Trois fabricants contrôlent la majeure partie du marché mondial de l'insuline, fixant des prix prohibitifs pour de nombreuses personnes et de nombreux pays.

19. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'insuline pour survivre et pour maintenir leur glycémie à des taux permettant de réduire le risque de complications courantes, telles que la cécité et l'insuffisance rénale. Les personnes atteintes de diabète de type 2 ont besoin d'insuline pour contrôler leur glycémie afin d'éviter les complications lorsque les médicaments par voie orale deviennent moins efficaces à mesure que la maladie progresse. Environ 60 millions de personnes atteintes de diabète de type 2 ont besoin d'insuline, mais seule la moitié d'entre elles y ont accès, souvent en raison de son prix élevé.

20. Les données recueillies par l'OMS entre 2016 et 2019 dans 24 pays répartis sur quatre continents ont montré que l'insuline humaine n'était disponible que dans 61 % des

établissements de santé. La situation pour les analogues de l'insuline était plus grave encore : à peine 13 % des établissements de santé en disposaient. Ces données ont montré que la prise d'insuline sur un mois coûte à un travailleur à Accra (Ghana) l'équivalent de 5,5 jours de salaire par mois, soit 22 % de ses revenus. Même dans quelques pays riches, les gens doivent souvent rationner l'insuline, ce qui peut être mortel pour les personnes qui ne la prennent pas en quantité adéquate.

21. La préqualification de l'insuline par l'OMS devrait favoriser l'accès à ce médicament en augmentant la circulation de produits de qualité sur le marché international, ce qui permettra aux pays de disposer d'un plus grand choix et aux patients de bénéficier de prix plus bas.

22. Le lancement du programme de préqualification de l'OMS pour l'insuline est l'une des nombreuses mesures prises par l'OMS pour réduire la charge du diabète.

5. Recommandations sur la manière de renforcer la prévention du diabète dans les pays

23. Les gouvernements sont encouragés à renforcer les mesures politiques pour :

a) réduire l'obésité de l'enfant en recourant à des mesures réglementaires, fiscales et autres pour promouvoir la consommation d'aliments sains, pauvres en énergie, en graisses, en sucres et en sodium ; l'activité physique ; les soins pendant la période préconceptionnelle et la grossesse ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; les écoles-santé et le contrôle du poids ;

b) augmenter les niveaux d'activité physique par la mise en œuvre des recommandations du Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, en mettant particulièrement l'accent sur les services et les programmes destinés aux personnes identifiées comme étant à risque de diabète, en accordant de l'importance à l'action politique visant à promouvoir la marche, le vélo et les loisirs actifs et à réduire les comportements sédentaires ; et renforcer la littératie en matière de santé en ciblant particulièrement les populations peu sensibilisées et/ou éduquées à la santé ; et agir sur les déterminants sociaux et commerciaux de la santé ;

c) adopter des approches de « santé dans toutes les politiques », des approches fondées sur l'équité et des approches tout au long de la vie ; promouvoir un engagement significatif de la société civile pour élaborer des réponses nationales ambitieuses contre le diabète ; et inclure les personnes vivant avec le diabète dans l'élaboration de l'action de santé publique ;

d) promouvoir des approches visant à prévenir le diabète au moyen de politiques et de pratiques applicables à l'ensemble de la population et dans des contextes spécifiques tels que l'école, la maison ou le lieu de travail.

6. Recommandations sur la manière de renforcer la détection précoce et le traitement de l'obésité et du diabète, y compris la prise en charge des complications, dans les pays

24. Les gouvernements sont encouragés à renforcer les mesures politiques pour :

a) inclure le diagnostic et la prise en charge de l'obésité et du diabète comme un service essentiel dans le cadre des soins de santé primaires, appuyés par les blocs constitutifs des systèmes de santé ;

b) inclure le diabète en tant que comorbidité de la tuberculose, de l'infection à VIH et d'autres affections et tirer parti des institutions financières mondiales existantes ;

c) profiter de la dynamique du « reconstruire en mieux » après la perturbation des services par la pandémie de COVID-19 pour inscrire la prise en charge du diabète dans tous les programmes pertinents et travailler avec les institutions financières mondiales pour inclure le financement du diabète en tant que comorbidité critique.

25. L'OMS et ses partenaires doivent soutenir l'élargissement de l'accès à l'insuline et à d'autres produits médicaux et technologies essentiels en permettant la fabrication de génériques et en renforçant la capacité des pays à gérer la chaîne d'approvisionnement.

7. Recommandations sur la manière de renforcer la surveillance du diabète dans les pays

26. Les gouvernements sont encouragés à renforcer les mesures politiques pour :

a) mener des enquêtes nationales en population une fois tous les cinq ans, ou en fonction du contexte local, pour suivre les tendances du diabète et des facteurs de risque, y compris la mesure de la glycémie ;

b) adapter les indicateurs de surveillance clinique du diabète et veiller à ce qu'ils fassent partie des systèmes nationaux d'information sanitaire ;

c) utiliser la technologie numérique et d'autres ressources pour améliorer la prise en charge clinique du diabète ;

d) envisager la création de registres du diabète, le cas échéant ;

e) veiller à ce que le diabète soit enregistré comme la cause principale ou sous-jacente du décès dans les certificats de décès et analyser l'impact du diabète sur la mortalité.

7. À sa cent quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note des documents EB148/20 et EB148/7, et a adopté la décision EB148(3) intitulée « Promouvoir la préparation et l'action en matière de santé mentale dans le cadre des situations d'urgence de santé publique ».[1] Dans cette décision, le Conseil a recommandé à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, entre autres, d'approuver le plan d'action global actualisé de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, en tenant dûment compte des options et des indicateurs de mise en œuvre actualisés, au vu de la nécessité de soutenir le relèvement après la COVID-19, notamment en s'attachant à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial, en renforçant les services de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi

[1] Documents EB148/7 et EB148/20 et procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, troisième, quatrième, cinquième et huitième séances (en anglais seulement).

que la préparation, la capacité d'action et la résilience dans l'optique des situations d'urgence de santé publique à venir.

ANNEXE 12

PLAN D'ACTION GLOBAL POUR LA SANTÉ MENTALE 2013-2030 (RÉSOLUTION WHA66.8 (2013) ET DÉCISION WHA72(11) (2019))

1. Dans sa résolution WHA66.8 (2013), l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. En 2019, dans sa décision WHA72(11) sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a prolongé jusqu'en 2030 l'application du Plan d'action et a prié le Directeur général de proposer une actualisation des appendices du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.

2. À la lumière des résultats de consultations régionales menées sur le Web auprès des États Membres en 2020, l'appendice 1 (Indicateurs pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux cibles définies) et l'appendice 2 (Options pour la mise en œuvre du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020) de ce plan d'action ont été mis à jour et soumis au Conseil exécutif à sa cent quarante-huitième session dans le cadre du rapport du Directeur général sur la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.[1] Ayant examiné les deux appendices présentés dans ce rapport, ainsi que le rapport sur la préparation et l'action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19,[2] le Conseil exécutif a adopté la décision EB148(3) intitulée « Promouvoir la préparation et l'action en matière de santé mentale dans le cadre des situations d'urgence de santé publique », dans laquelle il recommandait « à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé d'approuver le plan d'action global actualisé de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, en tenant dûment compte des options et des indicateurs de mise en œuvre actualisés.

3. La suite de la présente section résume les avancées réalisées à ce jour en matière de mise en œuvre du plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. Le plan d'action comporte six cibles mondiales assorties d'indicateurs. Les enquêtes menées dans le cadre de l'Atlas sur la santé mentale en 2014, 2017 et 2020 ont permis de recueillir des données pour suivre les avancées.

4. D'après les données recueillies en février 2021, 164 États Membres (84 %) ont répondu au questionnaire de l'Atlas sur la santé mentale 2020. Les analyses préliminaires indiquent que les changements par rapport aux données de 2017 sont quasiment nuls ou imperceptibles. Ainsi, 134 des États Membres ayant répondu (83 %) ont déclaré qu'ils disposaient d'une politique ou d'un plan portant exclusivement sur la santé mentale (soit une augmentation de 4 % depuis 2017), dont 44 % avaient été publiés ou mis à jour depuis 2017. En outre, 102 de ces pays (63 %) ont indiqué qu'une législation portant exclusivement sur la santé mentale était en vigueur (comme en 2017), 16 % de ces législations ayant été mises à jour depuis 2017. De même, 50 % ont indiqué qu'il existait un plan ou une stratégie relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, et 84 %

[1] Document EB148/7 ; voir aussi les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, huitième séance (en anglais seulement).

[2] Document EB148/20 ; voir aussi les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, troisième et cinquième séances (en anglais seulement).

(soit une augmentation de 1 % depuis 2017) ont déclaré qu'ils préparaient un rapport portant exclusivement sur la santé mentale (35 %) ou qu'ils compilaient les données relatives à la santé mentale dans le cadre des statistiques sanitaires générales (49 %).

5. Le montant médian consacré à la santé mentale s'est élevé à 3 % des dépenses gouvernementales allouées à la santé dans les 78 États Membres donnant des chiffres pour cet indicateur ; cela représente une augmentation par rapport aux moins de 2 % notifiés en 2017. La majorité des fonds dépensés pour la santé mentale (médiane : 67 %) ont été alloués aux hôpitaux psychiatriques. Pour ce qui est des personnels du secteur de la santé mentale dans leur ensemble, ils représentaient en général neuf agents de santé pour 100 000 (nombre médian inchangé depuis 2017). De même, le nombre médian d'hôpitaux psychiatriques par rapport aux hôpitaux généralistes et de lits de psychiatrie dans ces établissements était de 0,05 et de 10,9 pour 100 000, respectivement (changements à la marge depuis 2017). Concernant les services de santé mentale, 73 % des États Membres ayant répondu ont indiqué que des lignes directrices pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires avaient été adoptées, 49 % ont fait savoir que des interventions pharmacologiques étaient disponibles et 34 % ont déclaré que des interventions psychosociales pour les troubles mentaux étaient proposées dans au moins la moitié des établissements de soins de santé primaires du pays. S'agissant des programmes de prévention et de promotion concernant la santé mentale, environ 60 % des pays ayant répondu ont déclaré qu'ils disposaient d'au moins deux programmes en fonctionnement (contre 70 % en 2017) et 43 % ont indiqué qu'une stratégie, une politique ou un plan national de prévention du suicide était en vigueur.

6. Plusieurs initiatives ont été prises dans le but d'améliorer la situation. Dans la Région des Amériques, une stratégie infrarégionale pour la santé mentale a été mise sur pied en 2020 pour l'Amérique centrale et approuvée par le Conseil des Ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine, et le rapport final sur le Plan d'action régional sur la santé mentale 2015-2020 sera présenté lors du prochain Conseil directeur de l'OPS en septembre 2021. Dans la Région africaine, des plans d'action régionaux sur la santé mentale et la consommation d'alcool sont en cours d'élaboration. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des stratégies régionales portant sur différents thèmes relatifs à la santé mentale ont été mises sur pied, notamment la stratégie régionale sur les troubles du spectre autistique, une stratégie régionale de prévention du suicide et un cadre régional de collaboration pour la coordination de l'intervention en faveur de la santé mentale et du soutien psychosocial dans le contexte de la pandémie de COVID-19. « La Coalition pour la santé mentale : une initiative phare de l'OMS/Europe » a été lancée en 2020 afin de définir et de promouvoir la santé mentale comme une priorité essentielle de la santé publique dans la Région européenne.[1] Dans la Région de la Méditerranée orientale, un rapport résumant les progrès accomplis par rapport aux cibles du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 est en cours de préparation. Dans la Région du Pacifique occidental, neuf États Membres ont mis en place des plans pour la santé mentale depuis 2017, et des plans de ce type sont en cours d'examen dans cinq autres États Membres.

7. L'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale vise à continuer de progresser vers la réalisation des objectifs du Plan d'action global pour la santé mentale,[2] en faisant en sorte que 100 millions de personnes supplémentaires aient accès à des soins de qualité et abordables pour les troubles mentaux grâce à l'avancée les politiques, au déploiement de services de santé généraux et spécialisés à base communautaire, et au respect des droits humains. Cette initiative est supposément mise en œuvre dans au moins 12 États Membres. En 2020, six pays,[3] un dans chacune des Régions de l'OMS, ont mené à bien une planification détaillée aux fins de l'Initiative spéciale.

8. La base de données en ligne MiNDbank de l'OMS continue de fournir aux responsables de l'élaboration des politiques, aux praticiens et aux chercheurs un accès à plus de 8000 ressources internationales, y compris aux politiques, aux stratégies, aux lois et aux normes de service de 192 pays portant sur des sujets allant de la santé mentale à la consommation de substances psychoactives, en passant par le handicap et les droits humains.[4] Depuis son lancement en décembre 2013, 196 000 nouveaux utilisateurs du monde entier ont consulté la base MiNDbank de l'OMS.

9. Le Secrétariat continue d'apporter un appui technique à toutes les Régions sur les sujets prioritaires déterminés dans le Plan d'action global pour la santé mentale. En 2020, le Secrétariat a pris la tête des efforts de sensibilisation à la santé mentale en pilotant le « grand

[1] La Coalition pour la santé mentale : une initiative phare de l'OMS/Europe (2020). Copenhague : Bureau régional OMS de l'Europe ; 2020 (https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/flagship-initiatives/the-mental-health-coalition/the-mental-health-coalition-a-whoeurope-flagship-initiative-2020, consulté le 12 mars 2021).

[2] The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981, consulté le 14 avril 2021).

[3] Bangladesh, Jordanie, Paraguay, Philippines, Ukraine et Zimbabwe ; le Népal rejoint l'Initiative en 2021.

[4] Les ressources internationales et nationales mises à disposition par MiNDbank couvrent la santé en général, les maladies non transmissibles, les troubles neurologiques et notamment la démence, les handicaps intellectuels, les troubles du spectre autistique, la prévention du suicide, les droits humains, le développement, les enfants, les jeunes et les personnes âgées. Voir https://www.mindbank.info/ (consulté le 17 mars 2021).

rendez-vous de la santé mentale » lors de la Journée mondiale de la santé mentale (10 octobre). En 2020, il a également organisé le forum OMS annuel sur la santé mentale et a pris part à de nombreuses autres manifestations mondiales, régionales et nationales. Depuis 2017, l'initiative QualityRights de l'OMS a accru l'appui aux États Membres par la mise à disposition d'outils et le renforcement des capacités afin d'évaluer et de transformer les services, mais également de renforcer les approches fondées sur les droits humains et le relèvement. La mise en œuvre du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale s'est poursuivie dans plus de 100 pays, et des produits dérivés fondés sur les lignes directrices du Programme ont été mis sur pied, notamment l'outil communautaire et le manuel opérationnel.[1,2]

10. Le Secrétariat a également fait la promotion des avancées par l'intermédiaire d'initiatives et de produits multiples. L'OMS a publié des orientations sur la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale des adolescents[3] et a renforcé son partenariat avec l'UNICEF à travers la création d'un programme conjoint sur la santé mentale et le bien-être et le développement psychosociaux des enfants et des adolescents (2020-2030). Pour appuyer l'intégration de la santé mentale dans d'autres programmes, des lignes directrices sur la gestion des troubles physiques chez les adultes atteints de troubles mentaux graves ont été élaborées et diffusées dans toutes les Régions. Le Secrétariat est en train de finaliser la rédaction d'un guide pratique sur la prévention du suicide dans le cadre de l'initiative LIVE LIFE. En outre, le Secrétariat prépare des lignes directrices relatives à la santé mentale sur le lieu de travail et termine la création de la plateforme EQUIP (Ensuring Quality in Psychological Support), par l'intermédiaire de laquelle sont diffusées la documentation et les orientations destinées à la formation basée sur les compétences pour accélérer la prestation d'interventions psychologiques de qualité.

11. Le Secrétariat a évalué les conséquences de la COVID-19 sur les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives entre juin et août 2020.[4] Sur 130 pays, 121 (93 %) ont fait état de perturbations touchant au moins un de ces services et 116 (89 %) ont indiqué que les services de santé mentale et de soutien psychosocial faisaient partie de leurs plans de riposte nationaux à la COVID-19. Le Secrétariat coordonne actuellement l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial au sein d'un ensemble de piliers de la riposte à l'urgence de santé publique liée à la COVID-19 (par exemple, maintien des services de santé essentiels, prise en charge clinique des cas et communication sur les risques). L'OMS copréside le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Par l'intermédiaire de ce groupe, l'OMS et ses partenaires ont fourni une assistance technique à des groupes de travail dans 53 pays touchés par des urgences humanitaires, et ont élaboré un vaste éventail de ressources, disponibles dans de nombreuses langues et dans de nombreux

[1] The mhGAP community toolkit: field test version. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version, consulté le 17 mars 2021).

[2] MhGAP operations manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/, consulté le 27 mars 2021).

[3] OMS. *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents, consulté le 18 mars 2021).

[4] OMS. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838, consulté le 14 avril 2021).

formats.[1] En collaboration avec des partenaires, un mécanisme interorganisations de déploiement rapide a été déclenché et, à ce jour, des experts ont été déployés à 16 reprises dans les pays pour appuyer la coordination des mesures de santé mentale et de soutien psychosocial dans des situations de crise humanitaire dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En outre, l'Organisation a également créé le Forum mondial sur la neurologie et la COVID-19 afin de faciliter l'échange de connaissances et d'améliorer les pratiques cliniques. Le rapport sur la préparation et l'action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19 présenté au Conseil exécutif à sa cent quarante-huitième session[2] donne davantage de détails sur l'action du Secrétariat.

12. Conformément aux dispositions de la résolution WHA67.8 (2014) sur l'autisme, le Secrétariat a appuyé les activités de plaidoyer et de sensibilisation portant sur l'autisme et les handicaps de développement, en partenariat avec d'autres entités du système des Nations Unies et des organisations de la société civile ; il a également apporté une assistance technique pour le renforcement des soins et des services dans toutes les Régions. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les ressources en ligne ont facilité la formation à distance basée sur les compétences des professionnels et des aidants s'occupant d'enfants autistes et atteints d'autres handicaps de développement. Un rapport mondial de l'UNICEF et de l'OMS portant sur les handicaps de développement est en cours de rédaction, avec le soutien des partenaires et la contribution active des porte-parole de cette cause et des usagers. Ce rapport complétera les efforts consentis à l'heure actuelle pour réaliser en population un suivi du développement du jeune enfant en proposant des stratégies permettant d'améliorer les systèmes de prise en charge et les environnements destinés aux personnes atteintes de handicaps du développement.

- Santé bucco-dentaire

8. À sa cent-quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport faisant l'objet du document EB148/8 et a adopté la résolution EB148.R1. Suite aux observations formulées au cours de l'examen de la question,[3] le Secrétariat a légèrement révisé les paragraphes 4, 11 et 23 comme suit :

4. ... Le noma, une maladie nécrosante qui se développe d'abord dans la bouche et tue 90 % des enfants touchés, est un marqueur d'extrême pauvreté. Tout comme les anomalies congénitales craniofaciales, en l'occurrence les fentes labio-palatines, cette affection entraîne une incapacité permanente, a des conséquences sur les possibilités d'apprentissage et est souvent synonyme d'exclusion sociale.

11. L'utilisation de fluorures afin de prévenir les caries dentaires est limitée, et, souvent, les méthodes de prévention essentielles, par exemple les méthodes communautaires, l'application de fluorures par voie topique ou l'emploi de dentifrices fluorés, ne sont pas disponibles ou ont un coût trop élevé pour nombre d'individus. En outre, la promotion de la santé bucco-dentaire est rarement intégrée aux programmes de lutte contre d'autres maladies non transmissibles dont les principaux facteurs de risque et déterminants sociaux sont communs.

---

[1] Comité permanent interorganisations. Mental health and psychosocial support - Resources for COVID-19 (https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19, consulté le 17 mars 2021).

[2] Document EB148/20.

[3] Voir les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, huitième séance (en anglais seulement).

23. Malgré les efforts évoqués ci-dessus, l'accès à la prévention, au diagnostic précoce et au traitement des affections bucco-dentaires est loin d'être universel et reste inaccessible pour des millions de personnes. L'engagement pris par les États Membres dans leurs déclarations à l'occasion de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif concernant le renforcement et l'accélération des travaux portant sur la santé bucco-dentaire constitue une base solide pour continuer à agir afin d'imprimer un élan aux politiques nationales et internationales en la matière. Ces actions peuvent comprendre, entre autres :

- la réduction des facteurs de risque communs et la promotion des environnements sains, au moyen des mesures suivantes :

  – …

  – la promotion d'interventions à ancrage communautaire comme la fluoration de l'eau, lorsque cela est techniquement possible et culturellement acceptable, ainsi que l'adoption de législations visant à rendre plus abordable et plus accessible le dentifrice fluoré efficace, et le plaidoyer pour que celui-ci soit reconnu comme produit sanitaire essentiel ;

13.5 Résistance aux antimicrobiens

9. À sa cent quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport présenté dans le document EB148/11. Suite aux observations présentées au cours de l'examen de la question,[1] le Secrétariat soumet à nouveau les paragraphes 3, 10 et 34, avec une mise à jour des chiffres fournis.

3. En février 2021, 144 pays disposaient d'un plan d'action national pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

…

10. En février 2021, 105 pays avaient adhéré au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) et 69 fournissaient des données.

34. Le Fonds multipartenaires contre la résistance aux antimicrobiens. En février 2021, le Fonds avait levé 14,6 millions USD pour soutenir 11 propositions au niveau des pays et certains secteurs de programme au niveau mondial.

10. Le Secrétariat a également apporté des précisions et ajouté des références aux paragraphes suivants :

8. Toutes les Régions de l'OMS ont contribué de manière significative à la sensibilisation et à la formation sur la résistance aux antimicrobiens. En voici quelques exemples : la première célébration conjointe de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques au niveau continental, organisée conjointement par le Gouvernement du Kenya, la FAO, l'OIE, l'OMS et la Commission de l'Union africaine ; un numéro spécial complet sur la résistance aux antimicrobiens publié dans le Pan American Journal of Public Health ; la mise au point d'un module de programme de cours sur la résistance aux antimicrobiens destiné aux écoles primaires et secondaires ; la mise au point d'un cours en ligne intitulé « Gestion des antimicrobiens : approche

[1] Voir les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, treizième séance, section 3 et quatorzième séance, section 1 (en anglais seulement).

destinée à l'acquisition de compétences par les agents de santé » qui a été suivi par plus de 46 000 agents ; et le développement d'une application en ligne « Antibiotic Hero », de vidéos et de supports pour les médias sociaux utilisés par les influenceurs pour sensibiliser le public à cette question.

...

12. Toutes les Régions de l'OMS ont fourni un appui technique pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, de leur consommation et de leur utilisation. En voici quelques exemples : le soutien du Bureau régional de l'Afrique pour aider à renforcer les essais de sensibilité aux antimicrobiens dans 28 pays ; l'intégration de données sur la résistance aux antifongiques et aux antibactériens dans la plateforme d'informations sanitaires pour les Amériques (PLISA) par le Bureau régional des Amériques ; le soutien aux projets de validation de principe dans les pays d'Asie centrale, pour renforcer leurs capacités de surveillance et de diagnostic, et la participation au réseau d'Asie centrale et d'Europe pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens (CAESAR) par le Bureau régional de l'Europe ; le soutien à 22 pays de la Région de la Méditerranée orientale participant au GLASS et à la mise en œuvre d'une surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens dans cinq pays par le Bureau régional de la Méditerranée orientale ; et la mise en place d'un système régional de surveillance de la consommation d'antimicrobiens par le Bureau régional du Pacifique occidental.

...

14. L'équipe chargée du GLASS a récemment élaboré et publié des documents normatifs clés,[1] notamment : une méthode d'estimation de la mortalité attribuable aux infections sanguines résistantes aux antimicrobiens ; des orientations à l'intention des laboratoires nationaux de référence ; une note technique sur le séquençage du génome entier pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens ; un manuel de gestion des données sur la consommation d'antimicrobiens ; un guide sur les systèmes nationaux de surveillance de la consommation d'antimicrobiens en milieu hospitalier. Elle a également révisé la méthodologie GLASS de surveillance de la consommation nationale d'antimicrobiens. L'équipe fournit une assistance technique spécialisée aux Régions et aux pays sur tous les aspects de la mise en œuvre du GLASS et sur tous les modules GLASS.

...

27. Depuis 2017, l'OMS a effectué trois analyses annuelles consécutives de tous les traitements antibactériens en cours de mise au point clinique.[2] En 2019, elle a procédé au premier examen de la filière des antibactériens au stade préclinique et créé une base de données en libre accès qui sera régulièrement mise à jour.[3]

---

[1] Voir la page Web de l'OMS sur les publications (https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-global-progress-on-antimicrobial-resistance-tripartite-amr-country-self-assessment-survey-(tracss)-2019-2020, consulté le 29 mars 2021).

[2] *2019 antibacterial agents in clinical development: an analysis of the antibacterial clinical development pipeline*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240000193, consulté le 23 mars 2021).

[3] *Antibacterial agents in preclinical development: an open access database*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EMP-IAU-2019.12, consulté le 11 mars 2021).

28. En mai 2020, l'OMS a publié des profils de produits cibles pour guider la mise au point d'agents antibactériens pour traiter quatre maladies importantes pour la santé publique : la fièvre entérique, la gonorrhée, le sepsis néonatal et les infections urinaires.[1] Elle a également publié deux profils de produits cibles pour des outils de diagnostic de la résistance aux antibactériens, après une analyse globale des lacunes et des priorités dans ce domaine.

11. Le Secrétariat a révisé le texte ci-après et renuméroté les paragraphes qui suivent.

35. Le Groupe intergouvernemental spécial du Codex sur la résistance aux antimicrobiens révise le Code d'usages visant à réduire au minimum et à maîtriser la résistance aux antimicrobiens d'origine alimentaire. Il a mis au point des lignes directrices sur le suivi et la surveillance intégrées de la résistance aux antimicrobiens. La prochaine réunion du Groupe spécial qui doit se tenir en République de Corée en octobre 2021 aura pour principal objectif de finaliser et d'adopter le Code d'usages et les lignes directrices. L'OMS continue de contribuer au processus par l'intermédiaire des groupes de travail en ligne du Groupe spécial.

18. Préparation et action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19

12. À sa cent quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note du document EB148/20 et adopté la décision EB148(3) sur la promotion de la préparation et de l'action en matière de santé mentale dans le cadre des situations d'urgence de santé publique.[2] Dans cette décision, le Conseil a notamment constaté que la pandémie de COVID-19 a des répercussions directes et indirectes majeures sur la santé mentale et le bien-être psychosocial de tout un chacun, en particulier des personnels de santé et d'aide à la personne, des agents de première ligne, des personnes en situation de vulnérabilité qui ont été touchées de façon disproportionnée par la pandémie de COVID-19 ainsi que de celles atteintes de troubles mentaux préexistants. Il a également recommandé à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé d'approuver le plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 mis à jour, en tenant dûment compte des options et des indicateurs de mise en œuvre actualisés, au vu de la nécessité de soutenir le relèvement après la COVID-19, notamment en s'attachant à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial, en renforçant les services de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi que la préparation, la capacité d'action et la résilience dans l'optique des situations d'urgence de santé publique à venir. (Voir aussi le paragraphe 7 ci-dessus).

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport. Elle est invitée en outre :

- dans le cadre de l'examen du point 13.1 de l'ordre du jour, à adopter la décision EB148(5) ;

[1] Voir *Target product profiles for needed antibacterial agents: enteric fever, gonorrhoea, neonatal sepsis, urinary tract infections and meeting report* (https://www.who.int/publications/i/item/9789240003897, consulté le 22 mars 2021).

[2] Voir le document EB148/20 et les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, troisième et cinquième séances (en anglais seulement).

- dans le cadre de l'examen du point 18 de l'ordre du jour, à adopter le projet de résolution suivant :

« La Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général sur la promotion de la préparation et de l'action en matière de santé mentale dans le cadre des situations d'urgence de santé publique, a décidé d'approuver le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 mis à jour, en tenant dûment compte des options et des indicateurs de mise en œuvre actualisés, au vu de la nécessité de soutenir le relèvement après la COVID-19, notamment en s'attachant à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial, en renforçant les services de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi que la préparation, la capacité d'action et la résilience dans l'optique des situations d'urgence de santé publique à venir. »

= = =