Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ A67/72
24 mai 2014

Sixième rapport de la Commission A

La Commission A a tenu ses onzième et douzième séances le 24 mai 2014 sous la présidence du Dr Pe Thet Khin (Myanmar).

Il a été décidé de recommander à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter les résolutions et décisions ci-jointes relatives aux points suivants de l'ordre du jour :

14. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

14.4 Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie

Une décision, telle qu'amendée

14.2 Santé du nouveau-né : projet de plan d'action

Une résolution, telle qu'amendée, intitulée :

– Plan d'action pour la santé du nouveau-né

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

Une résolution, telle qu'amendée

14.6 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé

Une résolution, telle qu'amendée

16. Préparation, surveillance et intervention

16.1 Application du Règlement sanitaire international (2005)

Une résolution

11. Réforme de l'OMS

11.3 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

Une décision, telle qu'amendée

14. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

14.1 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Une résolution, telle qu'amendée, intitulée :

– La santé dans le programme de développement pour l'après-2015

14.3 Traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles

Une résolution, telle qu'amendée, intitulée :

– Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants

Point 14.4 de l'ordre du jour

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

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur l'action intersectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie,[1] reconnaissant que la proportion des personnes âgées dans la population augmente dans la quasi-totalité des pays et que les systèmes de santé sont confrontés à des défis croissants associés au vieillissement de la population, a prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les autres parties prenantes et en coordination avec les bureaux régionaux, et en tenant compte des ressources disponibles, un projet de stratégie et plan d'action mondiaux complets sur le vieillissement et la santé qui sera soumis à l'examen du Conseil exécutif en janvier 2016 et de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

[1] Document A67/23.

Point 14.2 de l'ordre du jour

Plan d'action pour la santé du nouveau-né

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la santé du nouveau-né : projet de plan d'action,[1] sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé[2] et sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 ;[3]

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

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

Reconnaissant que des millions d'enfants et de femmes meurent chaque année au cours de l'accouchement et dans la période qui l'entoure alors que cela aurait pu être évité, et que des interventions efficaces existent et pourraient être mises en œuvre à l'échelle voulue pour mettre un terme aux décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants ;

Reconnaissant que mettre un terme aux décès évitables de mères accélèrera la réalisation de la cible relative aux décès de nouveau-nés ;

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

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

Reconnaissant qu'il faut d'urgence prendre des mesures plus énergiques pour mettre fin aux décès néonatals et aux mortinaissances évitables, notamment en élargissant l'accès des mères et des nouveau-nés en particulier ceux à risque, tout spécialement pour les groupes à haut risque à des soins de meilleure qualité, y compris la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dans le cadre de l'ensemble des soins de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant,

[1] Document A67/21.

[2] Document A67/19.

[3] Document A67/20.

1. APPROUVE le plan d'action pour la santé du nouveau-né ;[1]

2. PRIE INSTAMMENT les États Membres[2] de mettre en pratique le plan d'action pour la santé du nouveau-né, en prenant les mesures suivantes :

1) examiner, réviser et renforcer leurs stratégies, politiques, plans et lignes directrices nationales pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant conformément aux buts, aux cibles et aux indicateurs définis dans le plan d'action pour la santé du nouveau-né, et s'engager fermement à les mettre en œuvre en prêtant plus particulièrement attention aux groupes à haut risque ;

2) s'engager, selon leurs capacités, à allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins, en particulier des soins destinés aux mères et aux nouveau-nés, au cours de l'accouchement, autour de la naissance et pendant la première semaine, et atteindre les cibles nationales en matière de santé du nouveau-né, conformément au plan d'action mondial ;

3) renforcer les systèmes d'information sanitaire pour mieux contrôler la qualité des soins et suivre les progrès accomplis dans le but de mettre fin aux décès maternels, aux décès néonatals et aux mortinaissances évitables ;

4) partager les informations sur les leçons apprises, les progrès accomplis, les défis restant à relever et les mesures actualisées pour atteindre les cibles nationales en matière de santé du nouveau-né et de la mère ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de favoriser l'alignement et la coordination de toutes les parties prenantes pour faciliter la mise en œuvre du plan d'action pour la santé du nouveau-né ;

2) de trouver et de mobiliser, dans le cadre des budgets programmes approuvés actuels et futurs, davantage de ressources humaines et financières pour fournir un appui technique aux États Membres afin qu'ils mettent en œuvre les éléments de leurs plans nationaux relatifs à la santé du nouveau-né, et qu'ils en suivent l'impact ;

3) de donner la priorité à la finalisation d'un plan de suivi plus détaillé assorti d'indicateurs de couverture et de résultat pour suivre l'avancement du Plan d'action pour la santé du nouveau-né ;

4) de tenir dûment compte des vues exprimées à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que du contexte national intérieur s'agissant d'appuyer la mise en œuvre du plan d'action au niveau des pays ;

5) de suivre les progrès accomplis et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, périodiquement jusqu'en 2030, sur la réalisation du but et des cibles à l'échelle mondiale à l'aide du cadre de suivi proposé, pour orienter les débats et les mesures à venir.

---

[1] Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables, figurant dans le document A67/21.

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

Point 14.5 de l'ordre du jour

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

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata » ;[1]

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

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

Rappelant les engagements en faveur du développement durable réitérés dans le document final intitulé « L'avenir que nous voulons » de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable Rio+20, tenue en juin 2012, ainsi que la Déclaration d'Adélaïde de 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques et la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, tenue à Helsinki en 2013, qui préconisent la collaboration intersectorielle pour faire en sorte que les populations soient en bonne santé ;

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

[1] Document A67/24.

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

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

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

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

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

2. ENCOURAGE les États Membres :[1]

1) à prendre, à l'échelon national, les mesures nécessaires afin de signer, ratifier et mettre en œuvre rapidement la Convention de Minamata sur le mercure, qui prévoit une série de mesures juridiquement contraignantes sur le plan international pour éliminer les risques que présentent le mercure et les composés du mercure pour la santé humaine et l'environnement ;

2) à participer activement aux efforts nationaux, régionaux et internationaux entrepris pour mettre en œuvre la Convention de Minamata sur le mercure ;

3) à se préoccuper des aspects sanitaires de l'exposition au mercure et aux composés du mercure dans le contexte de leur utilisation par le secteur de la santé, ainsi que des autres effets négatifs sur la santé qu'il faudrait prévenir ou traiter, en veillant à une gestion rationnelle du mercure et des composés du mercure tout au long de leur cycle de vie ;

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

4) à reconnaître les liens étroits entre l'environnement et la santé publique dans le contexte de la mise en œuvre de la Convention de Minamata sur le mercure et du développement durable ;

5) à promouvoir des services de prévention, de traitement et de soins appropriés à l'intention des populations touchées par l'exposition au mercure et aux composés du mercure, y compris des stratégies efficaces de communication sur les risques s'adressant plus particulièrement aux groupes vulnérables, tels que les enfants et les femmes en âge de procréer, et spécialement aux femmes enceintes ;

6) à assurer une étroite coopération entre les ministères de la santé et les ministères de l'environnement, les ministères du travail, de l'industrie, de l'économie, de l'agriculture et les autres ministères responsables de la mise en œuvre de certains aspects de la Convention de Minamata sur le mercure ;

7) à faciliter l'échange d'informations épidémiologiques concernant les effets sur la santé de l'exposition au mercure et aux composés du mercure, en étroite coopération avec l'OMS et d'autres organisations concernées, selon qu'il conviendra ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de contribuer aux efforts que fait l'OMS pour fournir aux États Membres des conseils et un appui technique qui leur soient utiles pour mettre en œuvre tous les aspects sanitaires de la Convention de Minamata sur le mercure, conformément au programme de travail de l'OMS, afin de promouvoir et de protéger la santé humaine ;

2) de seconder les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes visant à identifier et à protéger les populations à risque, en particulier les populations vulnérables, lesquels pourront inclure l'adoption de directives sanitaires à caractère scientifique sur l'exposition au mercure et aux composés du mercure fixant des objectifs pour la réduction de l'exposition au mercure, le cas échéant, et l'éducation du public, avec la participation du secteur de la santé et des autres secteurs concernés ;

3) de coopérer étroitement avec le Comité intergouvernemental de négociation de la Convention de Minamata sur le mercure, la Conférence des Parties et d'autres organisations et organismes internationaux, essentiellement le PNUE, afin de soutenir pleinement la mise en œuvre des aspects de la Convention de Minamata sur le mercure liés à la santé, et de fournir au Comité et à la Conférence des Parties des informations sur les progrès accomplis à cet égard.

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

Point 14.6 de l'ordre du jour

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

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé » ;[1]

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

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

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

Prenant acte du document de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulé « L'avenir que nous voulons »,[2] dans lequel elle estime notamment que la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable, et invite tous les acteurs concernés à participer à une action multisectorielle concertée en vue de répondre d'urgence aux problèmes de santé de la population dans le monde ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé,[3] la promotion de la santé,[4] la promotion de la santé et les modes de vie sains,[5] la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation,[6] et les déterminants sociaux de la santé,[7] et prenant note des documents finals des sept conférences de l'OMS

[1] Document A67/25.

[2] Annexé à la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

[3] Résolution WHA42.44.

[4] Résolution WHA51.12.

[5] Résolution WHA57.16.

[6] Résolution WHA60.24.

[7] Résolution WHA65.8.

sur la promotion de la santé,[1] en particulier la Charte d'Ottawa, la Déclaration d'Adélaïde et l'Appel à l'action de Nairobi ;

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

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

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

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

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

Reconnaissant que le rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé[4] est une source de données utile, considérant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, dont les auteurs appellent à définir et à appliquer des mesures solides, factuelles et fiables en faveur du bien-être de la société, et reconnaissant le rôle de sensibilisation important que jouent les ministères de la santé à cet égard ;

---

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

[2] Document A/66/L.1.

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

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

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

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

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

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :[1]

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

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

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

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

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

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

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

3. PRIE le Directeur général :

1) d'établir, pour examen par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en consultation avec les États Membres,[1] les organisations du système des Nations Unies, et, le cas échéant, d'autres partenaires concernés, et dans la limite des ressources existantes, un cadre d'action dans les pays adaptable à différents contextes, en tenant compte de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, destiné à soutenir les pays dans les efforts qu'ils font pour améliorer la santé et assurer la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé, y compris en agissant dans tous les secteurs sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles, sur la base des connaissances et des données les plus fiables dont on dispose ;

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

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

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

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

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

Point 16.1 de l'ordre du jour

Application du Règlement sanitaire international (2005)

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;[1]

Rappelant la réunion récente et le rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination,[2] qui a procédé à l'examen scientifique et à l'analyse des bases factuelles sur les questions de la vaccination contre la fièvre jaune et a conclu qu'une dose unique de vaccin antiamaril suffisait à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune, et qu'une dose de rappel n'était pas nécessaire ;

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

ADOPTE, conformément au paragraphe 3 de l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005), l'annexe 7 actualisée du Règlement sanitaire international (2005) jointe à la présente résolution.

ANNEXE 7

PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA VACCINATION OU LA PROPHYLAXIE CONTRE CERTAINES MALADIES

1. En plus des éventuelles recommandations concernant la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie, l'entrée des voyageurs dans un État Partie peut être subordonnée à la présentation de la preuve de la vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie contre les maladies suivantes expressément désignées par le présent Règlement :

Fièvre jaune

2. Considérations et prescriptions concernant la vaccination contre la fièvre jaune :

a) Aux fins de la présente annexe,

i) la période d'incubation de la fièvre jaune est de six jours ;

[1] Document A67/35.

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

ii) les vaccins antiamarils approuvés par l'OMS confèrent une protection contre l'infection qui prend effet 10 jours après l'administration du vaccin ;

iii) cette protection se prolonge pendant la vie entière du sujet vacciné ; et

iv) la validité d'un certificat de vaccination contre la fièvre jaune s'étend à la vie entière du sujet vacciné, à compter du dixième jour suivant la date de vaccination.

b) La vaccination contre la fièvre jaune peut être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'Organisation a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

c) Un voyageur muni d'un certificat de vaccination antiamarile non encore valable peut être autorisé à partir, mais les dispositions du paragraphe 2.h) de la présente annexe peuvent lui être appliquées à l'arrivée.

d) Un voyageur muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ne doit pas être considéré comme suspect, même s'il provient d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

e) Conformément aux dispositions de l'annexe 6, paragraphe 1, le vaccin antiamaril utilisé doit être approuvé par l'Organisation.

f) Les États Parties désignent des centres déterminés de vaccination antiamarile sur leur territoire pour garantir la qualité et la sécurité des procédures et des matériels utilisés.

g) Toute personne employée à un point d'entrée dans une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, ainsi que tout membre de l'équipage d'un moyen de transport qui utilise ce point d'entrée, doivent être munis d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune.

h) Un État Partie sur le territoire duquel des vecteurs de la fièvre jaune sont présents peut exiger qu'un voyageur en provenance d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune soit, s'il n'est pas en mesure de présenter un certificat valable de vaccination antiamarile, mis en quarantaine pendant un maximum de six jours à compter de la date de la dernière exposition possible à l'infection, à moins que son certificat de vaccination ne soit devenu valable entre-temps.

i) Les voyageurs en possession d'un certificat d'exemption de vaccination antiamarile signé par un médecin autorisé ou un agent de santé agréé peuvent néanmoins être autorisés à entrer sur le territoire, sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent de la présente annexe et pour autant qu'ils aient reçu des informations sur la protection contre les vecteurs de la fièvre jaune. Les voyageurs qui n'ont pas été mis en quarantaine peuvent être tenus de signaler tout symptôme fébrile ou tout autre symptôme pertinent à l'autorité compétente et placés sous surveillance.

Point 11.3 de l'ordre du jour

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ;[1] saluant les progrès que la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a accomplis sur le projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ; soulignant l'importance que revêt un cadre de collaboration approprié avec les acteurs non étatiques du point de vue du rôle et des activités de l'OMS ; et reconnaissant également que des consultations et discussions supplémentaires sont nécessaires sur certaines questions, y compris les conflits d'intérêts et les relations avec le secteur privé,

1) a décidé que les États Membres devraient soumettre au Directeur général les commentaires et questions particulières devant faire selon eux l'objet d'un suivi, d'ici le 17 juin 2014 ;

2) a également décidé que les comités régionaux devaient discuter de ce sujet en 2014, en prenant pour référence le projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et le rapport mentionné à l'alinéa 4.a) ci-dessous ;

3) a demandé aux comités régionaux de présenter un rapport de leurs délibérations à la Soixante-Huitième Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;

4) a prié le Directeur général :

a) d'établir un rapport complet pour donner suite aux observations des États Membres à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et aux questions devant faire l'objet d'un suivi qui ont été soulevées, y compris les éclaircissements et réponses du Secrétariat à ce propos d'ici fin juillet 2014 ;

b) de présenter un document à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif en janvier 2015, en s'assurant que les États Membres le reçoivent au plus tard à la mi-décembre 2014, pour leur laisser suffisamment de temps pour l'étudier et être mieux préparés pour les discussions et les délibérations.

[1] Document A67/6.

Point 14.1 de l'ordre du jour

La santé dans le programme de développement pour l'après-2015

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 » ;[1]

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

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

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

Soulignant aussi qu'il convient de répondre aux préoccupations liées à l'équité et aux droits en matière de santé dans le cadre des efforts visant atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

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

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

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

Sachant que la couverture sanitaire universelle suppose que tout un chacun, sans discrimination, ait accès à des ensembles de prestations déterminés à l'échelle nationale, comprenant les services essentiels nécessaires en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement curatif et palliatif et de réadaptation, ainsi qu'à des médicaments essentiels, sûrs, financièrement abordables,

[1] Document A67/20.

efficaces et de qualité, sans que le recours à ces prestations n'expose les usagers à des difficultés financières, en mettant l'accent en particulier sur les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population ;

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

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

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

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

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

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

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

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

1) à participer activement aux discussions sur le programme de développement pour l'après-2015, en respectant le processus mis en place par l'Assemblée générale des Nations Unies ;

2) à faire en sorte que la santé soit au centre du programme de développement pour l'après-2015 ;

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

3) à veiller à ce que le programme de développement pour l'après-2015 permette de maintenir et d'accélérer encore les progrès accomplis vers les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé touchant à la nutrition, à la santé de la mère et de l'enfant et à la santé sexuelle et génésique, au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme ;

4) à reconnaître qu'il faut accorder plus d'attention à la santé de l'enfant et aux maladies tropicales négligées ;

5) à intégrer dans le programme de développement pour l'après-2015 la nécessité d'agir pour réduire la charge évitable de mortalité, de morbidité et de handicap liée aux maladies non transmissibles et aux traumatismes, tout en améliorant également la santé mentale ;

6) à promouvoir la couverture sanitaire universelle, définie comme l'accès universel à des services de prévention, de promotion, de traitement, de réadaptation et à des soins palliatifs de qualité, et à la protection contre le risque financier, en tant que principe fondamental du volet santé du programme de développement pour l'après-2015 ;

7) à souligner la nécessité de mesures multisectorielles pour agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, pour réduire les inégalités en santé et contribuer au développement durable, y compris par l'intégration de la santé dans toutes les politiques le cas échéant ;

8) à appeler à la pleine réalisation du droit à la possession du meilleur état de santé physique et mentale possible et à considérer ce droit comme fondamental pour un développement durable, équitable et complet ;

9) à reconnaître l'importance de la responsabilisation moyennant une évaluation régulière des progrès accomplis s'agissant du renforcement des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil, avec des données ventilées pour suivre l'équité en santé ;

10) à introduire des indicateurs liés à la santé pour mesurer les progrès accomplis dans tous les aspects pertinents du développement durable ;

11) à souligner l'importance du renforcement des systèmes de santé, y compris des six éléments constitutifs d'un système de santé (la prestation des services ; le personnel de santé ; l'information ; les produits médicaux, les vaccins et les technologies ; le financement ; la gouvernance et la direction), pour progresser vers la couverture de santé universelle et l'amélioration des résultats sanitaires.

2. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à participer activement aux discussions en cours sur le programme de développement pour l'après-2015, en travaillant avec le Secrétaire général des Nations Unies, pour veiller à ce que la santé soit au centre de tous les processus pertinents ;

2) de continuer à informer les États Membres, et à leur apporter un soutien, sur demande, sur les questions et les processus concernant la place de la santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015.

Point 14.3 de l'ordre du jour

Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport visant à traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;[1]

Rappelant la résolution WHA49.25 (1996), dans laquelle il est déclaré que la violence constitue un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, la résolution WHA56.24 (2003) sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, et la résolution WHA61.16 (2008) sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines ;

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

Notant que la violence est définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations » ;[2]

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

Rappelant la définition de la violence contre les femmes, telle qu'énoncée dans la Déclaration de 1993 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ;[4]

---

[1] Document A67/22.

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

[3] *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, page 6 de la version anglaise.

[4] Résolution A/RES/48/104 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

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

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

Reconnaissant que les systèmes de santé sont souvent incapables de prendre en charge le problème de la violence de manière appropriée et de contribuer à une riposte multisectorielle globale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'à l'échelle mondiale, une femme sur trois est victime de la violence physique et/ou sexuelle, y compris celle exercée par son époux, au moins une fois dans sa vie ;[1]

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

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

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

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

Constatant avec inquiétude que les enfants, en particulier dans les familles dont la responsabilité incombe à un enfant, sont vulnérables à la violence, notamment physique, sexuelle et affective, telle que le harcèlement, et réaffirmant la nécessité de prendre des mesures intersectorielles pour promouvoir la sécurité, le soutien, la protection, les soins et l'autonomisation des enfants, en particulier des filles à qui incombe la responsabilité de la famille ;

---

[1] Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (Résumé d'orientation en français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

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

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

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

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

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

Notant avec satisfaction le rôle de chef de file joué par l'OMS dans la mise en place d'une base de données sur les facteurs de risque et de protection[1] face à la violence, l'ampleur et les conséquences du phénomène, la prévention et les mesures de lutte contre la violence,[2] notamment à l'égard des femmes et des filles,[3] ainsi que des enfants, dans l'élaboration de règles et de normes, dans les actions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :[1]

1) à renforcer le rôle de leur système de santé pour lutter contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles afin de veiller à ce que toutes les personnes à risque et/ou tous ceux qui sont touchés par la violence aient effectivement rapidement accès à des services de santé abordables, notamment à des services de promotion de la santé, de soins curatifs, de réadaptation et d'appui, sans crainte d'être maltraités, ou traités sans respect ou de manière discriminatoire, pour renforcer leur contribution aux programmes de prévention et appuyer l'action de l'OMS concernant la présente résolution ;

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

3) à renforcer la capacité du système de santé à combattre l'acceptation et la tolérance de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, notamment par des actions de plaidoyer et de conseil et le recueil de données, tout en promouvant la participation, d'une manière appropriée à leur âge, des hommes et des garçons aux côtés des femmes et des filles, en tant qu'agents du changement, au sein de la famille et de la communauté, afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles ;

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

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

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

7) à chercher à éviter la répétition des actes et à briser le cercle vicieux de la violence interpersonnelle, en permettant, le cas échéant, aux victimes, aux auteurs d'actes de violence et aux personnes touchées par la violence interpersonnelle d'avoir rapidement accès à des services efficaces de santé et de prise en charge psychosociale, et à évaluer ces services pour apprécier leur efficacité afin d'éviter la répétition des actes de violence interpersonnelle ;

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

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

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

2. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer, avec la pleine participation des États Membres,[1] et en collaboration avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres parties prenantes attachées au rôle du système de santé, s'il y a lieu, un projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans le cadre d'une riposte multisectorielle nationale à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, et à l'égard des enfants, compte tenu de l'action déjà entreprise à ce sujet par l'OMS ;

2) de continuer à renforcer les efforts de l'OMS pour constituer une base de données scientifiques sur les facteurs de risque et de protection face à la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, l'ampleur, l'évolution et les conséquences du phénomène, de mettre à jour régulièrement ces données, en tenant compte de la contribution des États Membres, et de recueillir des informations sur les meilleures pratiques, y compris la qualité des soins et les stratégies efficaces de prévention et de riposte, afin de mettre en place une prévention et une riposte efficaces dans le cadre des systèmes de santé ;

3) de continuer à aider les États Membres, sur leur demande, en apportant une aide technique pour renforcer le rôle du système de santé, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;

4) de faire rapport au Conseil, à sa cent trente-sixième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, et sur l'achèvement en 2014 d'un rapport de situation mondial sur la violence et la santé rédigé actuellement en coopération avec le PNUD et l'UNODC, qui illustre les efforts de prévention de la violence au niveau national, et de faire aussi rapport au Conseil exécutif, à sa cent trente-huitième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, y compris la présentation pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé du projet de plan d'action mondial.

= = =

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