



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

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

GENÈVE, 22-28 MAI 2022

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2022**

ABRÉVIATIONS

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

AIEA	– Agence internationale de l’énergie atomique
ASEAN	– Association des nations de l’Asie du Sud-Est
BIT	– Bureau international du travail
CIRC	– Centre international de recherche sur le cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture
FIDA	– Fonds international de développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
HCR	– Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OACI	– Organisation de l’aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de coopération et de développement économiques
OICS	– Organe international de contrôle des stupéfiants
OIE	– Organisation mondiale de la santé animale
OIM	– Organisation internationale pour les migrations
OIT	– Organisation internationale du travail
OMC	– Organisation mondiale du commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
ONU	– Organisation des Nations Unies
ONUDC	– Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l’environnement
UIT	– Union internationale des télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture
UNFPA	– Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l’enfance
UNRWA	– Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

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

AVANT-PROPOS

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 22 au 28 mai 2022, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent quarante-neuvième session.¹

¹ Décision EB149(10) (2021).



TABLE DES MATIÈRES

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

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA75.1	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République islamique d'Iran.....	3
WHA75.2	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Soudan.....	4
WHA75.3	Nomination du Directeur général	5
WHA75.4	Contrat du Directeur général	5
WHA75.5	Révision du budget programme 2022-2023	5
WHA75.6	Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025	7
WHA75.7	Renforcement de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines	7
WHA75.8	Renforcement des essais cliniques afin de fournir des données factuelles de qualité sur les interventions sanitaires et d'améliorer la qualité et la coordination de la recherche	10
WHA75.9	Barème des contributions pour 2022-2023.....	16
WHA75.10	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé	21
WHA75.11	Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés, découlant de l'agression par la Fédération de Russie ...	22

	Pages
WHA75.12	Amendements au Règlement sanitaire international (2005)..... 26
WHA75.13	Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse 27
WHA75.14	Stratégie mondiale et Plan d’action pour la santé publique, l’innovation et la propriété intellectuelle 31
WHA75.15	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général..... 33
WHA75.16	Accord entre l’Organisation mondiale de la Santé et l’Organisation internationale de droit du développement 34
WHA75.17	Ressources humaines pour la santé 34
WHA75.18	Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé : pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement..... 37
WHA75.19	Promotion du bien-être et de la santé 40
WHA75.20	Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l’hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles 44
Décisions	
WHA75(1)	Composition de la Commission de vérification des pouvoirs..... 45
WHA75(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé..... 45
WHA75(3)	Élection du bureau des commissions principales 45
WHA75(4)	Constitution du Bureau de l’Assemblée 46
WHA75(5)	Adoption de l’ordre du jour 46
WHA75(6)	Vérification des pouvoirs..... 46
WHA75(7)	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif 47
WHA75(8)	Financement durable..... 47
WHA75(9)	Renforcement de la préparation et de la riposte de l’OMS aux urgences sanitaires.... 48
WHA75(10)	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé..... 50
WHA75(11)	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..... 51

	Pages
<u>WHA75(12)</u> Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres	52
<u>WHA75(13)</u> Ressources humaines : rapport annuel.....	53
<u>WHA75(14)</u> Rapports programmatiques et financiers de l’OMS pour 2020-2021, avec les états financiers vérifiés pour 2021	53
<u>WHA75(15)</u> Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l’OMS	54
<u>WHA75(16)</u> Rapport du Commissaire aux comptes	54
<u>WHA75(17)</u> Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins	55
<u>WHA75(18)</u> Transplantation d’organes et de tissus humains	55
<u>WHA75(19)</u> Médecine traditionnelle	55
<u>WHA75(20)</u> Le problème mondial de la drogue sous l’angle de la santé publique	56
<u>WHA75(21)</u> La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant	56
<u>WHA75(22)</u> Stratégie mondiale de l’OMS pour la sécurité sanitaire des aliments	56
<u>WHA75(23)</u> Réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse	57
<u>WHA75(24)</u> Initiative mondiale Santé pour la paix	58
<u>WHA75(25)</u> Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux.....	58

ANNEXES

<u>1.</u> Contrat du Directeur général.....	63
<u>2.</u> Amendements au Règlement sanitaire international (2005)	65
<u>3.</u> Accord entre l’Organisation mondiale de la Santé et l’Organisation internationale de droit du développement.....	68
<u>4.</u> Recommandations du Groupe de travail sur le financement durable à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé	71
<u>5.</u> Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en vue d’accélérer l’élimination du cancer du col de l’utérus en tant que problème de santé publique, et dans la réalisation des objectifs et des cibles qui lui sont associés, pour la période 2020-2030 ...	76
<u>6.</u> 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	83

	Pages
<u>7.</u> Plan d'accélération visant à fournir un soutien aux États Membres dans la mise en œuvre des recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie.....	88
<u>8.</u> Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030	94
<u>9.</u> Recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et cibles recommandées.....	103
<u>10.</u> Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire	115
<u>11.</u> Recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.....	127
<u>12.</u> Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031	138
<u>13.</u> Plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique	178
<u>14.</u> Recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et définition de cibles à cet égard.....	215
<u>15.</u> Plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2022-2025	228
<u>16.</u> Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres	238
<u>17.</u> Texte amendé des statuts de la Fondation Ihsan Doğramaci pour la santé de la famille	240
<u>18.</u> Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé	241

ORDRE DU JOUR¹

SÉANCES PLÉNIÈRES

*Numéro
du point*

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé
 - 1.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
 - 1.2 Élection du président
 - 1.3 Élection des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau
 - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante-neuvième et cent cinquantième sessions
3. Allocution du D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
4. Poste de Directeur général
 - 4.1 [supprimé]
 - 4.2 Nomination du Directeur général
 - 4.3 Contrat du Directeur général
5. [supprimé]
6. [supprimé]
7. Conseil exécutif : élection
8. Distinctions
9. Rapports des commissions principales
10. Clôture de l'Assemblée de la Santé

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

11. Ouverture des travaux de la Commission¹

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

12. Budget programme 2022-2023 : révision

- Cadre de résultats du programme général de travail

13. Financement durable : rapport du Groupe de travail

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

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

14.1 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

- a) Projet de feuille de route pour la mise en œuvre, de 2023 à 2030, du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030
- b) Projet de recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et à définir des cibles éventuelles
- c) Projet de stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire
- d) Projet de recommandations sur la façon de renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires, pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles, et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire
- e) Progrès dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et dans la réalisation des objectifs et des cibles qui lui sont associés, pour la période 2020-2030
- f) Progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale
- g) Projet de plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques à l'appui de la couverture sanitaire universelle
- h) Projet de plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique

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

- i) Projet de recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, y compris les cibles éventuelles
- j) Projet de plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles
 - Renforcer les synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- 14.2 Stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles
- 14.3 Stratégie mondiale de recherche et d'innovation pour la tuberculose
- 14.4 Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030
- 14.5 Programme pour la vaccination à l'horizon 2030
- 14.6 Lutte anti-infectieuse
- 14.7 Feuille de route mondiale pour vaincre la méningite à l'horizon 2030
- 14.8 Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux
- 15. Ressources humaines pour la santé
 - S'engager pour la santé : projet de plan d'action 2022-2030
 - Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne
 - Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
 - Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030
- Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire
- 16. Urgences de santé publique : préparation et action
 - 16.1 Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
 - 16.2 Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires
 - 16.3 Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire
 - 16.4 Application du Règlement sanitaire international (2005)

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

17.1 Préparation en cas de grippe

17.2 Initiative mondiale Santé pour la paix

17.3 Poliomyélite

- Éradication de la poliomyélite
- Planification de la transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification

Pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

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

18.1 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

18.2 Cadre de mise en œuvre de l'OMS pour le troisième milliard

- Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments

22.2 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés

COMMISSION B

19. Ouverture des travaux de la Commission¹

20. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

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

Questions financières

21.1 Financement et exécution du budget programme 2022-2023

21.2 Barème des contributions pour 2022-2023

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

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

Questions relatives à la gouvernance

21.4 Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel

21.5 Réforme de l'OMS

- Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres

21.6 Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an

- Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle

Questions relatives au personnel

21.7 Ressources humaines : rapport annuel

21.8 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel

21.9 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale

22. Questions budgétaires et financières

22.1 Rapports programmatiques et financiers de l'OMS pour 2020-2021, avec les états financiers vérifiés pour 2021

22.2 [transféré à la Commission A]

22.3 [supprimé]

22.4 [supprimé]

23. Accords avec des organisations intergouvernementales

24. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance

24.1 Rapport du Commissaire aux comptes

24.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes

24.3 Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes

25. Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

26. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales

27. Mises à jour et rapports futurs

27.1 Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins

27.2 Transplantation d'organes et de tissus humains

27.3 Médecine traditionnelle

27.4 Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique

28. Questions soumises pour information

28.1 Rapports de situation

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

A. Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle (résolution WHA72.4 (2019))

B. Soins de santé primaires (résolution WHA72.2 (2019))

C. Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne (résolution WHA69.24 (2016))

D. Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance (résolution WHA71.8 (2018))

E. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12 (2004))

F. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))

G. Action mondiale pour lutter contre les vecteurs – une approche intégrée de la lutte contre les maladies à transmission vectorielle (résolution WHA70.16 (2017))

H. Stratégie OMS de recherche pour la santé (résolution WHA63.21 (2010))

Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

I. Éradication de la variole (résolution WHA60.1 (2007))

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

J. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25 (2007))

LISTE DES DOCUMENTS

A75/1 Rev.2	Ordre du jour ¹
A75/1 Add.1	Proposition de point supplémentaire de l'ordre du jour
A75/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante-neuvième et cent cinquantième sessions
A75/3	Allocution du D ^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
A75/5	Poste de Directeur général Contrat du Directeur général ²
A75/6	Projet de révision du budget programme 2022-2023
A75/7	Compte rendu des gains d'efficacité opérationnelle
A75/8	Budget programme 2022-2023 : révision Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023, jusqu'en 2025
A75/8 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
A75/9	Financement durable : rapport du Groupe de travail ⁴
A75/9 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
A75/10 Rev.1	Rapport de synthèse du Directeur général ⁵
A75/10 Rev.1 Add.1 et Add.2	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³

¹ Voir la page ix.

² Voir l'annexe 1.

³ Voir l'annexe 18.

⁴ Voir l'annexe 4.

⁵ Voir l'annexe 9 et les annexes 13 à 15.

- A75/10 Add.1 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
Annexe 3 – Projet de stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire¹
- A75/10 Add.2 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
Annexe 4 – Recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire²
- A75/10 Add.3 et Corr.1 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
Annexe 5 – Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et objectifs et cibles qui y sont associés, pour la période 2020-2030³
- A75/10 Add.4 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
Annexe 7 – Projet de plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031⁴
- A75/10 Add.5 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
Annexe 11 – 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 2025⁵
- A75/10 Add.6 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
Annexe 12 – Plan d'accélération visant à fournir un soutien aux États Membres dans la mise en œuvre des recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie⁶

¹ Voir l'annexe 10.

² Voir l'annexe 11.

³ Voir l'annexe 5.

⁴ Voir l'annexe 12.

⁵ Voir l'annexe 6.

⁶ Voir l'annexe 7.

LISTE DES DOCUMENTS

A75/10 Add.7	La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode
A75/10 Add.8	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 Annexe 1 – Projet de feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial de 2023 à 2030 pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ¹
A75/11	Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux Classification, nomenclature et codage internationaux des dispositifs médicaux
A75/11 Add.1	Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux Classification, nomenclature et codage internationaux des dispositifs médicaux
A75/12	Ressources humaines pour la santé S'engager pour la santé : projet de plan d'action 2022-2030
A75/13	Ressources humaines pour la santé Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne
A75/14	Ressources humaines pour la santé Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : quatrième cycle de notification nationale
A75/15	Ressources humaines pour la santé Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030
A75/16	Urgences de santé publique : préparation et action Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
A75/17	Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires
A75/17 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²

¹ Voir l'annexe 8.

² Voir l'annexe 18.

- A75/18 Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires
Proposition d'amendements au Règlement sanitaire international (2005)¹
- A75/19 Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires
Renforcement de la collaboration selon l'approche « Une seule santé »
- A75/20 Renforcer l'architecture mondiale à l'appui de la préparation, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires
- A75/21 Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires
Examen universel de l'état de santé et de préparation : note de synthèse
- A75/22 Application du Règlement sanitaire international (2005)
- A75/23 Poliomyélite
Éradication de la poliomyélite
- A75/24 Poliomyélite
Planification de la transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification
- A75/25 Initiative de renforcement des sciences comportementales au service de la santé
- A75/26 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
- A75/27 Financement et exécution du budget programme 2022-2023
- A75/28 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
- A75/29 Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel
- A75/30 Réforme de l'OMS
Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres²
- A75/31 Ressources humaines : rapport annuel
- A75/32 Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2020-2021

¹ Voir l'annexe 2.

² Voir l'annexe 16.

LISTE DES DOCUMENTS

A75/33	États financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2021
A75/34	Accords avec des organisations intergouvernementales Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale de droit du développement ¹
A75/35	Rapport du Commissaire aux comptes
A75/36	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A75/37	Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
A75/38	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
A75/39	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A75/40	Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins
A75/40 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A75/41	Transplantation d'organes et de tissus humains
A75/41 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A75/42	Mises à jour et rapports futurs Médecine traditionnelle
A75/42 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A75/43	Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique
A75/43 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A75/44	Rapports de situation

¹ Voir l'annexe 3.

² Voir l'annexe 18.

A75/44 Add.1	Rapports de situation
A75/45 ¹	Procédures spéciales
A75/46	Projet de résolution : révision du budget programme 2022-2023
A75/47	Le point sur la situation sanitaire en Ukraine
A75/48	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés République islamique d'Iran
A75/49	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés République du Soudan
A75/50	Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/51	Rapports programmatiques et financiers de l'OMS pour 2020-2021, avec les états financiers vérifiés pour 2021 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/52	Financement et exécution du budget programme 2022-2023 Compte rendu des gains d'efficacité opérationnelle Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/53	Budget programme 2022-2023 : révision Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/54	Financement durable : rapport du Groupe de travail Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/55	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé

¹ Compte tenu des modalités d'organisation choisies pour cette Assemblée de la Santé, il a été décidé de supprimer ce document.

LISTE DES DOCUMENTS

A75/56	Rapport du Commissaire aux comptes Rapport du vérificateur intérieur des comptes Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/57	Ressources humaines : rapport annuel Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé
A75/58	Premier rapport de la Commission A (Projet)
A75/59	Commission de vérification des pouvoirs Rapport
A75/60	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A75/61	Troisième rapport de la Commission A (Projet)
A75/62	Premier rapport de la Commission B (Projet)
A75/63	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A75/64	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A75/65	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A75/66	Troisième rapport de la Commission B (Projet)
A75/67	Cinquième rapport de la Commission A (Projet)
A75/68	Quatrième rapport de la Commission B (Projet)
A75/69	Sixième rapport de la Commission A (Projet)
A75/70	Septième rapport de la Commission A (Projet)

Documents d'information

A75/INF./1	Poste de Directeur général Nomination du Directeur général
------------	---

A75/INF./2	Modalités pratiques du vote au scrutin secret pour la désignation du candidat au poste de Directeur général
A75/INF./3	Distinctions ¹
A75/INF./4	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 Renforcer les synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
A75/INF./5	Contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2021
A75/INF./6 ²	Prise de décisions
A75/INF./7	Évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action stratégique relatif à la transition pour la poliomyélite (2018-2023)
A75/INF./8	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
Documents divers	
A75/DIV./1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A75/DIV./2 Rev.1	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
A75/DIV./3	Liste des décisions et résolutions
A75/DIV./4	Liste des documents

¹ Voir l'annexe 17.

² Compte tenu des modalités d'organisation choisies pour cette Assemblée de la Santé, il a été décidé de supprimer ce document.

PRÉSIDENTENCE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS¹

Président

S. E. D^r Ahmed Robleh ABDILLEH (Djibouti)

Vice-Présidents

D^{re} Maria Endang SUMIWI (Indonésie)
Professeure Asena SERBEZOVA (Bulgarie)
M. Colin MCIFFF (États-Unis d'Amérique)
M. Khairy JAMALUDDIN (Malaisie)
Professeur Moustafa MIJIYAWA (Togo)

Secrétaire

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des 12 États Membres suivants: Australie, Azerbaïdjan, Bolivie (État plurinational de), Croatie, Eswatini, Irlande, Népal, Nicaragua, Sierra Leone, Singapour, Soudan et Tchad.

Président :

M. Jeff ROACH (Australie)

Vice-Présidente :

M^{me} María René Castro CUSICANQUI
(Bolivie (État plurinational de))

Secrétaire :

M. Xavier DANNEY, juriste principal

Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 États Membres suivants en tant que membres du Bureau de l'Assemblée : Angola, Arabie saoudite, Arménie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Chine, Congo, Cuba, Dominique, El Salvador, France, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Somalie, Tchéquie, Türkiye et Uruguay.

Président :

S. E. D^r Ahmed Robleh ABDILLEH (Djibouti)

Secrétaire :

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président :

D^r Hiroki NAKATANI (Japon)

Vice-Présidentes :

D^{re} Tamar GABUNIA (Géorgie)
D^{re} Maryam ABDOOL-RICHARDS
(Trinité-et-Tobago)

Rapporteuse :

D^{re} Walaiporn PATCHARANARUMOL
(Thaïlande)

Secrétaire :

M. Ian ROBERTS, Coordonnateur,
Bibliothèque et réseaux d'information à
l'appui des connaissances

Commission B

Président :

M. Rajesh BHUSHAN (Inde)

Vice-Présidents :

D^r Firass ABIAD (Liban)
D^r Emmanuel Osagie EHANIRE (Nigéria)

Rapporteur :

D^r Grzegorz JUSZCZYK (Pologne)

Secrétaire :

M^{me} Ivana MILOVANOVIC, Responsable
principale des politiques, Bureau de
l'Envoyé du Directeur général pour les
affaires multilatérales

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL EXÉCUTIF

D^r Patrick AMOTH (Kenya)
M^{me} Carla MORETTI (Argentine)
D^r Wahid MAJROOH (Afghanistan)
D^r Clemens Martin AUER (Autriche)

¹ En outre, la liste des délégués et autres participants figure dans le document A75/DIV./1 Rev.1.

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

RÉSOLUTIONS

WHA75.1 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République islamique d'Iran

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande de la République islamique d'Iran concernant ses arriérés de contributions d'un montant de 10 222 277 dollars des États-Unis (USD) jusqu'à et y compris 2022 de rééchelonner le paiement de ce solde sur la période 2022-2031 ;¹

Notant que cette demande n'est pas totalement conforme aux dispositions de la résolution WHA54.6 (2001) sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions, en ce qui concerne le délai et la procédure,

1. DÉCIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République islamique d'Iran à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé aux conditions suivantes :

La République islamique d'Iran acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise 10 222 277 USD, sur une période de 10 ans, allant de 2022 à 2031, selon l'échéancier indiqué ci-après, en sus du règlement de sa contribution annuelle à partir de 2023 ;

Année	USD
2022	1 022 227
2023	1 022 227
2024	1 022 227
2025	1 022 227
2026	1 022 227
2027	1 022 227
2028	1 022 227
2029	1 022 227
2030	1 022 227
2031	1 022 234
TOTAL	10 222 277

2. DÉCIDE EN OUTRE que, conformément à l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si la République islamique d'Iran ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;

¹ Voir le document A75/48.

3. PRIE le Directeur général de faire rapport aux Assemblées de la Santé suivantes sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;
4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de communiquer le texte de la présente résolution au Gouvernement de la République islamique d'Iran.

(Quatrième séance plénière, 24 mai 2022 –
Commission A, premier rapport)

WHA75.2 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Soudan

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande du Soudan concernant ses arriérés de contributions d'un montant de 239 220 dollars des États-Unis (USD) jusqu'à et y compris 2022 de rééchelonner le paiement de ce solde sur la période 2023-2025 ;¹

Notant que cette demande n'est pas totalement conforme aux dispositions de la résolution WHA54.6 (2001) sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions, en ce qui concerne le délai et la procédure,

1. DÉCIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote du Soudan à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé aux conditions suivantes :

Le Soudan acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise 239 220 USD, sur une période de trois ans, allant de 2023 à 2025, selon l'échéancier indiqué ci-après, en sus du règlement de sa contribution annuelle à partir de 2023 ;

Année	USD
2023	95 690
2024	95 690
2025	47 840
TOTAL	239 220

2. DÉCIDE EN OUTRE que, conformément à l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si le Soudan ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;
3. PRIE le Directeur général de faire rapport aux Assemblées de la Santé suivantes sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;
4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de communiquer le texte de la présente résolution au Gouvernement du Soudan.

(Quatrième séance plénière, 24 mai 2022 –
Commission A, premier rapport)

¹ Voir le document A75/49.

WHA75.3 Nomination du Directeur général

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Sur la proposition du Conseil exécutif,¹

NOMME le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Cinquième séance plénière, 24 mai 2022)

WHA75.4 Contrat du Directeur général

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

I

Conformément à l'article 31 de la Constitution et à l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

APPROUVE, tel qu'amendé, le contrat fixant les conditions et modalités d'engagement, le traitement et les autres émoluments attachés à la fonction de Directeur général ;²

II

Conformément à l'article 112 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

AUTORISE le Président de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé à signer ce contrat au nom de l'Organisation.

(Cinquième séance plénière, 24 mai 2022)

WHA75.5 Révision du budget programme 2022-2023

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de révision du budget programme 2022-2023 ;³ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;⁴

Notant qu'en réponse à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), le projet de révision intègre les enseignements récents et tient compte des questions émergentes à aborder qui n'étaient pas encore connues au moment de l'approbation du budget programme 2022-2023 ;

¹ Résolution EB150.R1 (2022).

² Annexe 1.

³ Document A75/6.

⁴ Document A75/53.

Rappelant la résolution WHA74.3 (2021) sur le budget programme 2022-2023, dans laquelle le Directeur général était prié de soumettre, si cela était jugé nécessaire, un budget programme 2022-2023 révisé, incluant une résolution portant ouverture de crédits, à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, afin de faire écho à l'évolution rapide de la situation sanitaire dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19, à la lumière des conclusions des examens indépendants présentés à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé ;

Considérant que le projet de révision est également pleinement conforme à la résolution WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires ;

Notant en outre que le projet de révision comprend les ressources nécessaires pour renforcer le leadership, la responsabilisation, la conformité et la gestion des risques en mettant en particulier l'accent sur la faculté de l'Organisation de prévenir l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels et d'y remédier,

1. APPROUVE le budget programme révisé pour la période 2022-2023, avec les éléments supplémentaires tels qu'ils figurent dans le projet de révision du budget programme 2022-2023 ;
2. APPROUVE EN OUTRE l'augmentation de 604,4 millions de dollars des États-Unis (USD) du segment de base prévue dans le budget programme révisé pour 2022-2023, ce qui porte le niveau du segment de base du budget programme approuvé pour 2022-2023 à 4,9684 milliards USD ;
3. ALLOUE l'augmentation du budget programme révisé pour l'exercice 2022-2023 aux priorités stratégiques comme suit :
 - 1) Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle – augmentation de 89,7 millions USD, soit un nouveau budget total approuvé de 1,9296 milliard USD ;
 - 2) Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire – augmentation de 404,6 millions USD, soit un nouveau budget total approuvé de 1,2505 milliard USD ;
 - 3) Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être – augmentation de 30,4 millions USD, soit un nouveau budget total approuvé de 455,2 millions USD ;
 - 4) Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays – augmentation de 79,7 millions USD, soit un nouveau budget total approuvé de 1,3331 milliard USD ;¹
4. AUTORISE le Directeur général à utiliser les contributions fixées ainsi que les contributions volontaires, sous réserve de la disponibilité des ressources, pour financer l'ensemble du budget programme 2022-2023 révisé tel qu'alloué au paragraphe 3 (y compris la note de bas de page), à concurrence des montants approuvés ;
5. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à opérer, si nécessaire, des virements entre les niveaux révisés des quatre priorités stratégiques du budget pour un montant maximum de 5 % du budget alloué à la priorité stratégique à partir de laquelle le virement est effectué. Il sera rendu compte de tout virement de ce type dans les rapports à soumettre aux organes directeurs concernés ;

¹ Les autres secteurs restent inchangés : éradication de la poliomyélite (558,3 millions USD) et programmes spéciaux (199,3 millions USD), pour un total de 757,6 millions USD ; et opérations d'urgence et appels (1,0 milliard USD), secteur pour lequel le budget à prévoir, étant donné que les activités concernées sont fonction des événements, est estimatif et peut être revu à la hausse, si nécessaire.

6. PRIE le Directeur général de respecter toutes les dispositions du paragraphe 11 de la résolution WHA74.3 (2021) sur le budget programme 2022-2023 en ce qui concerne l'établissement régulier de rapports, le suivi et l'évaluation de l'exécution du budget programme révisé approuvé pour la période 2022-2023.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA75.6 Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;² et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;³

Ayant également examiné la demande relative au treizième programme général de travail, 2019-2023, adressée au Directeur général dans la résolution WHA74.3 (2021) sur le budget programme 2022-2023,

1. APPROUVE la prolongation du treizième programme général de travail de 2023 à 2025 ;
2. PRIE le Directeur général :
 - i) de consulter les États Membres sur le rapport du Directeur général relatif à la prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025² et de soumettre les résultats de ce processus de consultation au Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session en janvier 2023, pour examen et adoption, par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif ;
 - ii) de poursuivre l'élaboration du projet de budget programme 2024-2025, sur la base du treizième programme général de travail tel que prorogé, et de tenir compte, à cet égard, des priorités énoncées dans le rapport du Directeur général² et de la consultation des États Membres à ce sujet.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA75.7 Renforcement de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les engagements pris par les États Membres de l'OMS vis-à-vis des objectifs de développement durable, notamment celui de renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/8.

³ Document A75/53.

Rappelant également le treizième programme général de travail, 2019-2025, et sa priorité stratégique consistant à faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires soient mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire d'ici à 2025 ;

Rappelant en outre la résolution WHA73.1 (2020) sur la riposte à la COVID-19, dans laquelle la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général, notamment, de continuer de renforcer les capacités de l'OMS à tous les niveaux afin qu'elle puisse s'acquitter pleinement et efficacement des fonctions qui lui incombent au titre du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant également la résolution WHA73.8 (2020) intitulée « Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005) », dans laquelle l'Assemblée de la Santé considère que les zones urbaines sont particulièrement vulnérables aux flambées de maladies infectieuses et aux épidémies et que l'urbanisme est un élément essentiel de la préparation et de la riposte ;

Réaffirmant la résolution WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, dans laquelle l'Assemblée de la Santé souligne que la préparation et la riposte aux urgences sanitaires relèvent avant tout de la responsabilité des gouvernements, qui jouent un rôle crucial à cet égard ;

Consciente du rôle important que jouent les villes et les autorités locales dans la prévention des urgences sanitaires, la préparation et la riposte ;

Prenant acte de la conférence de haut niveau intitulée « Préparation aux urgences de santé publique : défis et opportunités en milieu urbain », qui s'est tenue à Lyon (France) les 3 et 4 décembre 2018, et au cours de laquelle il a été constaté que l'urbanisation entraînait de nouvelles difficultés pour la santé mondiale et que la coordination multisectorielle, y compris au niveau local, et la participation des autorités locales et des communautés locales, ainsi que des dirigeants des villes, jouaient un rôle important dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence ;

Prenant acte des travaux du groupe de travail technique sur l'amélioration de la préparation aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines dans le contexte de la COVID-19 et au-delà,¹ qui ont conduit à l'élaboration du Cadre pour le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les villes et les milieux urbains² et des orientations opérationnelles destinées aux autorités nationales et locales,³ et encourageant une participation plus large des États Membres aux débats de ce groupe de travail technique ;

Notant avec préoccupation que la pandémie de COVID-19 a révélé d'importantes carences – en particulier dans les villes et les zones urbaines – concernant la préparation à d'éventuelles urgences sanitaires, leur prévention et leur détection efficaces, en temps voulu, ainsi que la riposte à ces urgences, notamment pour ce qui est de la capacité et de la résilience des systèmes de santé, ce qui indique qu'il faudra mieux se préparer aux futures urgences sanitaires ;

Soulignant le rôle essentiel de la coordination entre les niveaux national, régional et local, ainsi que de la collaboration effective des communautés, dans la préparation et la riposte aux urgences sanitaires ;

¹ Le groupe de travail technique s'est réuni en ligne de février à avril 2021 sous l'égide de l'OMS et du Gouvernement de Singapour pour avancer sur ce thème.

² Cadre pour le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les villes et les milieux urbains. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348351>, consulté le 12 mai 2022).

³ *Strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings: guidance for national and local authorities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351721>, consulté le 12 mai 2022).

Soulignant les perturbations causées par la pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique prises pour faire face à la pandémie dans les villes et les zones urbaines, y compris dans les établissements humains informels ;

Soulignant également que le manque de ressources adéquates pour la préparation et la riposte aux urgences sanitaires, en particulier au niveau infranational, est inquiétant et que les ressources disponibles se trouvent principalement au niveau national,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à maintenir l'engagement politique au plus haut niveau et à accorder l'attention voulue à la préparation et à la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines, compte tenu de leurs vulnérabilités particulières ;
- 2) à fournir des ressources suffisantes et à renforcer les capacités et les aptitudes en matière de préparation et de riposte aux urgences sanitaires en milieu urbain ;
- 3) à renforcer la collaboration entre différents secteurs et parties prenantes et à différents niveaux dans le cadre des politiques nationales de préparation et de riposte aux urgences sanitaires ;
- 4) à élaborer, à renforcer et à mettre en œuvre des plans de préparation et de riposte aux urgences sanitaires, sachant que ces plans devraient être adaptés au contexte, compte tenu de l'hétérogénéité des villes et des zones urbaines ;
- 5) à envisager d'effectuer des exercices de simulation, des examens de l'action en cours et des examens a posteriori en adoptant une approche incluant différents secteurs, niveaux et parties prenantes ;
- 6) à collaborer et à encourager l'apprentissage et l'échange de bonnes pratiques avec des partenaires internationaux, notamment des instituts nationaux de santé publique, le réseau mondial de l'OMS pour la préparation stratégique et d'autres organisations nationales et internationales compétentes prenant part à tous les aspects de l'action menée en matière de préparation aux urgences sanitaires en milieu urbain ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir un appui technique aux États Membres² qui en font la demande, afin de renforcer les capacités et les aptitudes en matière de préparation et de riposte aux urgences sanitaires en milieu urbain ;
- 2) de prendre les mesures voulues pour garantir des ressources financières et humaines suffisantes à tous les niveaux de l'OMS afin de fournir cet appui, conformément aux priorités énoncées dans le treizième programme général de travail, 2019-2025 ;
- 3) de fournir un appui aux États Membres¹ qui en font la demande pour la mise en œuvre du Cadre pour le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les villes et les milieux urbains ;

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

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

- 4) de soumettre à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en 2024, un rapport de situation sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, troisième rapport)

WHA75.8 Renforcement des essais cliniques¹ afin de fournir des données factuelles de qualité sur les interventions sanitaires et d'améliorer la qualité et la coordination de la recherche²

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA58.34 (2005) sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé, dans laquelle il est reconnu qu'une recherche éthique de qualité et l'acquisition et l'application des connaissances sont essentielles pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, la résolution WHA63.21 (2010) décrivant le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé, les résolutions WHA66.22 (2013) et WHA69.23 (2016) sur le suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement, WHA67.20 (2014) sur le renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux, WHA67.23 (2014) sur l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle, WHA74.6 (2021) sur le renforcement de la production locale de médicaments et d'autres technologies sanitaires pour en améliorer l'accès, et WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, dans laquelle l'Assemblée de la Santé note l'importance de la recherche fondamentale et de la recherche clinique et reconnaît le rôle essentiel de la collaboration internationale dans la recherche-développement, notamment dans les essais cliniques et vaccinaux multipays, ainsi que dans la mise au point d'épreuves et de tests de diagnostic rapide, tout en étant consciente que d'autres données scientifiques rigoureuses sont nécessaires ;

Prenant note des recommandations formulées par le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie dans son examen intitulé « COVID-19 : faites en sorte que ce soit la dernière pandémie » relatif à la recherche-développement en santé, y compris les essais cliniques ;

Considérant que des essais cliniques bien conçus³ et bien menés sont indispensables pour évaluer la sécurité et l'efficacité des interventions sanitaires ;

¹ « Selon la définition de l'OMS, un essai clinique désigne toute étude dans laquelle des participants humains ou des groupes de participants humains sont affectés, dès le départ, à une ou plusieurs interventions d'ordre sanitaire afin d'évaluer les effets de ces dernières sur la santé. Les essais cliniques peuvent aussi être appelés des essais interventionnels. Les interventions portent, entre autres, sur les médicaments, les cellules et autres produits biologiques, les actes chirurgicaux, les techniques radiologiques, les dispositifs, les thérapies comportementales, les changements dans les protocoles de soins, les soins préventifs, etc. Cette définition englobe les Phases d'essai de I à IV. » Joint statement on public disclosure of results from clinical trials, OMS, 18 mai 2017 (<https://www.who.int/news/item/18-05-2017-joint-statement-on-registration>, consulté le 25 mai 2022).

² Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

³ Tout au long de la présente résolution, l'expression « essais bien conçus » désigne les essais qui sont scientifiquement et éthiquement appropriés. Aux fins de la soumission aux autorités de réglementation des produits médicaux, les essais doivent être conformes aux lignes directrices du Conseil international d'harmonisation des exigences techniques relatives aux produits pharmaceutiques à usage humain et certains États Membres peuvent se référer aux lignes directrices de la Coalition internationale des autorités de réglementation pharmaceutique. Afin de produire des données factuelles suffisamment solides pour étayer la prise de décisions, telle que l'utilisation généralisée de produits thérapeutiques ou préventifs, les essais doivent être conçus, menés, analysés et rapportés de manière appropriée. Un essai bien conçu doit également pouvoir être réalisable sur le plan pratique.

Notant le rôle des essais cliniques dans la mise en œuvre de nouvelles interventions sanitaires sûres et efficaces, et dans les évaluations comparatives de leur intérêt économique par rapport aux interventions existantes en vue de promouvoir l'accessibilité économique des produits de santé ;

Notant également que les essais cliniques portant sur les nouvelles interventions sanitaires sont susceptibles de produire les résultats les plus clairs lorsqu'ils sont menés dans différents contextes, en incluant tous les principaux groupes de population auxquels l'intervention est censée bénéficier et en mettant particulièrement l'accent sur les populations sous-représentées ;

Consciente des avantages potentiels de la collaboration, de la coordination et de l'échange d'informations entre les bailleurs de fonds publics et non publics qui financent les essais cliniques, à condition de prévenir et de gérer activement les conflits d'intérêts, et notant les avantages à retirer des initiatives que pourraient prendre les bailleurs de fonds susmentionnés pour garantir que le financement cible des essais cliniques bien conçus et bien menés qui produiront des données factuelles exploitables concernant les interventions sanitaires qui prennent en compte les priorités de santé publique et en particulier qui répondent aux besoins des pays en développement en matière de santé, tels que les maladies tropicales négligées, tout en cherchant à renforcer les capacités qu'ont les pays en développement de mener des essais cliniques scientifiquement et éthiquement solides ;

Mesurant également la contribution essentielle des participants aux essais cliniques ;

Soulignant que les essais cliniques devraient être axés sur les besoins en matière de santé, s'appuyer sur des bases factuelles, être bien conçus et bien menés, et suivre les recommandations éthiques établies, y compris les principes d'impartialité, d'équité, de justice, d'intention bénéfique et d'autonomie ; et que les essais cliniques devraient être considérés comme une responsabilité commune ;

Consciente de l'importance de promouvoir l'équité s'agissant des capacités en matière d'essais cliniques, notamment en renforçant les compétences essentielles du personnel de recherche, en assurant la protection des sujets humains contre les risques inhérents aux essais cliniques et en considérant les avantages communs retirés des résultats de la recherche-développement clinique, y compris les essais cliniques, à la fois en renforçant l'écosystème mondial des essais cliniques visant à évaluer les interventions sanitaires et en œuvrant au renforcement des capacités qu'ont les pays de mener des essais cliniques qui offrent le plus haut niveau de protection des sujets humains et qui respectent la réglementation applicable et les normes harmonisées à l'échelle internationale en prenant en considération les aspects suivants : a) une évaluation systématique des capacités des pays en matière d'essais cliniques en vue de promouvoir l'aptitude à mener des essais cliniques rigoureux, conformes aux lignes directrices internationales, et la capacité à protéger les sujets humains ; b) le renforcement des capacités mondiales en matière d'essais cliniques, en coordination avec les organisations et les structures existantes, afin de promouvoir des essais cliniques bien conçus et bien menés qui produisent des données factuelles de qualité et de veiller à ce que les essais soient conçus de manière à refléter l'hétérogénéité de ceux qui en définitive utiliseront ou bénéficieront de l'intervention évaluée et à ce qu'ils soient menés dans différents contextes, en incluant tous les principaux groupes de population auxquels l'intervention est censée bénéficier et en mettant particulièrement l'accent sur les populations sous-représentées ; c) dans la mesure du possible, l'inclusion de toutes les parties prenantes dans l'essai, y compris les représentants des groupes de patients, conformément aux meilleures pratiques en matière de mise au point d'essais cliniques avec les communautés touchées afin de veiller à ce que les interventions sanitaires répondent à leurs besoins, telles que des solutions pour les maladies tropicales négligées ; d) l'inclusion, parmi les participants aux essais cliniques, de l'ensemble des principaux groupes de population auxquels l'intervention est censée bénéficier ; e) la promotion de l'échange transparent et volontaire – la sécurité des informations et des données étant assurée – des méthodes d'essais cliniques bien conçus et des résultats des essais cliniques, y compris les résultats négatifs, grâce à des méthodes en libre accès à l'échelle internationale pour favoriser le renforcement des capacités dans différents contextes ; et f) la définition et l'application rigoureuses des mesures réglementaires et autres processus connexes, y compris ceux concernant les urgences de santé publique de portée internationale ;

Sachant que les données issues des essais cliniques jouent un rôle important dans l'évaluation du rapport coût/efficacité des nouvelles interventions sanitaires et leur comparaison avec les interventions existantes pour évaluer leur accessibilité économique dans le contexte des systèmes de santé nationaux,

1. APPELLE les États Membres,¹ conformément à leurs cadres et contextes juridiques et réglementaires nationaux et régionaux, et selon qu'il convient :

1) à s'attacher, à titre prioritaire, à développer et à renforcer les capacités nationales en matière d'essais cliniques qui satisfont aux normes internationales régissant la conception et la conduite des essais et la protection des sujets humains, ainsi qu'à renforcer et à consolider les cadres et autorités de réglementation et de contrôle de la qualité à l'échelle nationale ;

2) à accroître les capacités en matière d'essais cliniques et à renforcer les cadres directeurs régissant ceux-ci, en particulier dans les pays en développement, de sorte qu'il y ait un plus grand nombre de sites capables de procéder à des essais cliniques bien conçus et bien menés, et à assurer un état de préparation adéquat en vue de la coordination d'essais par l'intermédiaire de réseaux d'essais cliniques existants, nouveaux ou étoffés qui respectent les réglementations applicables et les normes harmonisées sur le plan international, en promouvant l'échange d'informations et de meilleures pratiques permettant de concevoir et de réaliser des essais cliniques avec efficacité et dans le respect l'éthique, ainsi que de concevoir, de préparer et de mener des essais cliniques ;

3) à coordonner les priorités de la recherche sur les essais cliniques en fonction des besoins des États Membres en matière de santé publique, y compris les essais cliniques collaboratifs et, le cas échéant, multipays et multirégions lorsqu'ils sont mutuellement bénéfiques, tout en évitant les travaux redondants, compte tenu des travaux préparatoires à mener pour harmoniser les essais cliniques entre différents pays, notamment la coordination, selon qu'il convient, des pratiques réglementaires et des cadres de financement nationaux ;

4) à collaborer avec les organismes de financement du secteur privé et les établissements universitaires, tout en prévenant et en gérant activement les conflits d'intérêts, afin de promouvoir les essais cliniques ciblés sur la conception d'interventions sanitaires qui répondent aux priorités et préoccupations en matière de santé publique ayant une portée mondiale, régionale et nationale, notamment les maladies transmissibles et non transmissibles, l'accent étant placé sur les besoins sanitaires des pays en développement, et qui évaluent l'innocuité et l'efficacité des interventions sanitaires, particulièrement en ce qui concerne les maladies courantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les besoins médicaux non satisfaits, les maladies rares et les maladies tropicales négligées ;

5) à noter le rôle que peuvent jouer les organisations régionales dans la coordination des essais cliniques et le recrutement des participants et à en tirer parti, selon qu'il convient ;

6) à encourager les organismes de financement de la recherche à rendre prioritaires et à financer les essais cliniques qui sont bien conçus et bien réalisés, qui sont menés dans différents contextes, qui incluent tous les principaux groupes de population auxquels l'intervention est censée bénéficier et ont une puissance statistique suffisante, et qui prévoient des interventions et des groupes témoins adaptés, afin de produire les données pratiques et solides sur le plan scientifique qui sont nécessaires pour orienter les politiques en matière de santé publique, les décisions réglementaires et la pratique médicale, tout en évitant les essais cliniques dont la puissance statistique est insuffisante, qui sont mal conçus et qui exposent les participants à des

¹ Tout au long de la présente résolution, la mention des États Membres englobe, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

risques injustifiés et inutiles, en temps normal comme en temps d'urgence de santé publique de portée internationale, y compris par les moyens suivants :

- a) en encourageant à investir dans des essais cliniques bien conçus, y compris dans le cadre de réseaux d'essais cliniques qui sont mis au point en collaboration avec les communautés touchées afin de répondre aux besoins sanitaires de ces dernières et qui peuvent contribuer à développer les capacités en matière d'essais cliniques, notamment renforcer les compétences essentielles du personnel de recherche, particulièrement dans les pays en développement ;
 - b) en prévoyant des conditions d'octroi de subventions pour financer les essais cliniques qui encouragent à utiliser des protocoles de données standardisés, le cas échéant et selon qu'il convient, et qui rendent obligatoire l'enregistrement dans un registre d'essais cliniques accessible au public sur la Plateforme internationale de registres d'essais cliniques de l'OMS ou dans tout autre registre qui satisfait aux normes ;
 - c) en s'attachant à promouvoir, selon que de besoin, les mesures visant à faciliter la communication rapide des résultats d'essais cliniques interprétables, à la fois positifs et négatifs, conformément à la déclaration conjointe sur la communication des résultats des essais cliniques au public¹ et à la déclaration conjointe de la Coalition internationale des autorités de réglementation pharmaceutique et de l'OMS sur la transparence et l'intégrité des données,² notamment l'enregistrement des résultats dans un registre d'essais cliniques accessible au public sur la Plateforme internationale de registres d'essais cliniques de l'OMS, et en encourageant également à publier rapidement les résultats, de préférence sous la forme d'une publication en libre accès ;
 - d) en favorisant la conversion transparente des résultats en directives cliniques, le cas échéant, y compris la comparaison avec les traitements et données d'efficacité existants, sur la base d'une évaluation complète ;
 - e) en étudiant les mesures à prendre lors des urgences de santé publique de portée internationale pour encourager les chercheurs à communiquer rapidement et de manière responsable les résultats interprétables d'essais cliniques, y compris les résultats négatifs, aux organismes de réglementation nationaux ou à d'autres autorités compétentes, y compris l'OMS, pour qu'ils élaborent des directives cliniques et des protocoles d'autorisation d'utilisation d'urgence (EUL), afin que des décisions réglementaires puissent être prises rapidement et que les directives cliniques et lignes directrices de santé publique puissent être adaptées d'urgence, selon que de besoin, y compris en s'appuyant sur les prépublications ;
- 7) à aider les comités d'éthique et les autorités de réglementation à mettre en place des processus de gouvernance efficaces qui soient axés sur les principes scientifiques et éthiques fondamentaux sur lesquels reposent les essais contrôlés randomisés, ce qui suppose d'assurer la protection des patients et des autres participants aux essais, y compris la protection des données à caractère personnel, et d'agir de manière proportionnée au risque, afin de mieux étayer les essais cliniques

¹ Joint statement on public disclosure of results from clinical trials, 18 mai 2017 (<https://www.who.int/news/item/18-05-2017-joint-statement-on-registration>, consulté le 25 mai 2022).

² Coalition internationale des autorités de réglementation pharmaceutique et OMS. Déclaration conjointe sur la transparence et l'intégrité des données, 7 mai 2021 ([https://www.who.int/fr/news/item/07-05-2021-joint-statement-on-transparency-and-data-integrity-international-coalition-of-medicines-regulatory-authorities-\(icmra\)-and-who](https://www.who.int/fr/news/item/07-05-2021-joint-statement-on-transparency-and-data-integrity-international-coalition-of-medicines-regulatory-authorities-(icmra)-and-who), consulté le 25 mai 2022).

bien conçus et bien réalisés et de faciliter la préparation des essais cliniques, y compris les essais multipays lors d'urgences de santé publique de portée internationale, lorsque cela est justifié d'un point de vue scientifique, tout en faisant preuve de souplesse et d'esprit d'innovation ;

8) à appuyer les mécanismes nouveaux et existants pour faciliter la prise de décisions rapide en matière réglementaire en cas d'urgence de santé publique de portée internationale, afin que :

a) des essais cliniques sûrs, éthiques et bien conçus puissent être approuvés et puissent progresser rapidement ; et

b) les données issues des essais cliniques puissent être évaluées rapidement, par exemple au moyen du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence, et les interventions sanitaires jugées sûres et efficaces rapidement autorisées ;

9) à faciliter, tout en protégeant la confidentialité des informations le cas échéant, en temps normal ainsi que lors des urgences de santé publique de portée internationale, l'échange entre les autorités de réglementation des éléments suivants :

a) leurs évaluations des protocoles d'essais cliniques pour permettre la mise en pratique de protocoles rigoureux ;

b) les rapports d'évaluation des interventions sanitaires ayant un intérêt potentiel et une importance pour la santé publique afin d'éclairer, dans la mesure du possible, les processus de prise de décisions dans d'autres pays, y compris pour les éventuelles évaluations réglementaires et les décisions concernant l'introduction des interventions sanitaires dans leur système de santé national, ainsi que pour la surveillance de l'innocuité ;

10) à appuyer les mécanismes nouveaux et existants pour faciliter l'interprétation rapide des données issues des essais cliniques afin d'élaborer ou de modifier, au besoin, les lignes directrices correspondantes lors d'urgences de santé publique de portée internationale ;

11) à faciliter la collaboration et les synergies entre les acteurs, les institutions et les réseaux de l'écosystème des données cliniques probantes, tout au long de la chaîne allant de la recherche clinique à l'utilisation des données issues des essais cliniques dans le cadre de la pratique clinique, en passant par les évaluations comparatives des données, la synthèse de ces données, les évaluations des technologies de la santé, les décisions réglementaires, l'analyse comparative coût-efficacité par rapport aux interventions sanitaires existantes et, le cas échéant, l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes et le suivi de la mise en œuvre dans la pratique clinique ;

2. INVITE les organisations internationales non gouvernementales et les autres parties prenantes concernées à étudier les possibilités de coordonner les priorités de la recherche, et à promouvoir les investissements dans la recherche sur les essais cliniques et la mise à disposition efficace, équitable et rapide des ressources et du financement, tout en prévenant et en gérant activement les conflits d'intérêts, afin de favoriser des essais cliniques solides et de qualité et de renforcer les capacités de recherche sur les essais cliniques à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en développement et pour les maladies affectant de manière disproportionnée ces pays ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'organiser, de manière transparente, des consultations des parties prenantes conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, avec les États Membres, les organisations

non gouvernementales, y compris les groupes de patients, les entités du secteur privé, dont les associations commerciales internationales, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires, le cas échéant, sur les rôles respectifs du Secrétariat de l’OMS, des États Membres et des acteurs non étatiques, et d’identifier et de proposer aux États Membres, pour examen par les organes directeurs, les meilleures pratiques et d’autres mesures visant à renforcer l’écosystème mondial des essais cliniques, en tenant compte, le cas échéant, des initiatives pertinentes ;

2) d’examiner les orientations existantes et d’élaborer, conformément aux processus standards de l’OMS, de nouvelles orientations, au besoin, sur les meilleures pratiques relatives aux essais cliniques, y compris sur le renforcement de l’infrastructure nécessaire pour les essais cliniques, à appliquer en temps normal et, moyennant des dispositions spécifiques, en cas d’urgence de santé publique de portée internationale, en tenant compte, le cas échéant, des initiatives prises et des lignes directrices élaborées, notamment sous la direction du Conseil international d’harmonisation des exigences techniques pour l’enregistrement des médicaments à usage humain et d’autres organisations, en fournissant, le cas échéant :

a) des orientations sur les meilleures pratiques pour aider à guider la mise en œuvre par les États Membres d’essais cliniques scientifiquement et éthiquement solides dans le contexte national et régional ;

b) des orientations sur les meilleures pratiques, élaborées en consultation avec les États Membres et les acteurs non étatiques concernés, pour aider les acteurs non étatiques à concevoir et à mener des essais cliniques et à renforcer l’écosystème mondial des essais cliniques afin de répondre aux besoins des principaux groupes de population auxquels l’intervention est censée bénéficier, en mettant en particulier l’accent sur les populations sous-représentées ;

3) de fournir aux États Membres, à leur demande, des orientations, en tenant compte des initiatives et des lignes directrices pertinentes, le cas échéant, sur les meilleures pratiques à suivre pour mettre en place la législation, l’infrastructure et les capacités requises pour les essais cliniques en tenant compte du contexte national et régional ;

4) de collaborer, le cas échéant, avec les acteurs non étatiques concernés, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, afin de renforcer, en particulier dans les pays en développement, les capacités en matière d’essais cliniques sur les innovations qui répondent aux besoins des principaux groupes de population auxquels l’intervention est censée bénéficier, en mettant en particulier l’accent sur les populations sous-représentées ;

5) de présenter, pour examen à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, en 2023, par l’intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session, un rapport de fond décrivant l’état d’avancement des activités que le Directeur général est prié de mener dans la présente résolution.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, troisième rapport)

WHA75.9 Barème des contributions pour 2022-2023

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,¹

ADOpte le barème des contributions des Membres et des Membres associés pour 2023 tel qu'il figure ci-après.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2023
	%
Afghanistan	0,0060
Afrique du Sud	0,2440
Albanie	0,0080
Algérie	0,1090
Allemagne	6,1114
Andorre	0,0050
Angola	0,0100
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	1,1841
Argentine	0,7190
Arménie	0,0070
Australie	2,1111
Autriche	0,6790
Azerbaïdjan	0,0300
Bahamas	0,0190
Bahreïn	0,0540
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0080
Bélarus	0,0410
Belgique	0,8281
Belize	0,0010
Bénin	0,0050
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0190
Bosnie-Herzégovine	0,0120
Botswana	0,0150
Bésil	2,0131
Brunéi Darussalam	0,0210
Bulgarie	0,0560
Burkina Faso	0,0040
Burundi	0,0010

¹ Document A75/10 Rev.1.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2023
	%
Cabo Verde	0,0010
Cambodge	0,0070
Cameroun	0,0130
Canada	2,6282
Chili	0,4200
Chine	15,2550
Chypre	0,0360
Colombie	0,2460
Comores	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0690
Côte d'Ivoire	0,0220
Croatie	0,0910
Cuba	0,0950
Danemark	0,5530
Djibouti	0,0010
Dominique	0,0010
Égypte	0,1390
El Salvador	0,0130
Émirats arabes unis	0,6350
Équateur	0,0770
Érythrée	0,0010
Espagne	2,1341
Estonie	0,0440
Eswatini	0,0020
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0100
Fédération de Russie	1,8661
Fidji	0,0040
Finlande	0,4170
France	4,3183
Gabon	0,0130
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0080
Ghana	0,0240
Grèce	0,3250
Grenade	0,0010
Guatemala	0,0410
Guinée	0,0030
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0120

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2023
	%
Guyana	0,0040
Haïti	0,0060
Honduras	0,0090
Hongrie	0,2280
Îles Cook (non-membre de l'ONU)	0,0010
Îles Féroé (Membre associé)	0,0010
Îles Marshall	0,0010
Îles Salomon	0,0010
Inde	1,0441
Indonésie	0,5490
Iran (République islamique d')	0,3710
Iraq	0,1280
Irlande	0,4390
Islande	0,0360
Israël	0,5610
Italie	3,1892
Jamaïque	0,0080
Japon	8,0335
Jordanie	0,0220
Kazakhstan	0,1330
Kenya	0,0300
Kirghizistan	0,0020
Kiribati	0,0010
Koweït	0,2340
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0500
Liban	0,0360
Libéria	0,0010
Libye	0,0180
Lituanie	0,0770
Luxembourg	0,0680
Macédoine du Nord	0,0070
Madagascar	0,0040
Malaisie	0,3480
Malawi	0,0020
Maldives	0,0040
Mali	0,0050
Malte	0,0190
Maroc	0,0550
Maurice	0,0190

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2023
	%
Mauritanie	0,0020
Mexique	1,2211
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0110
Mongolie	0,0040
Monténégro	0,0040
Mozambique	0,0040
Myanmar	0,0100
Namibie	0,0090
Nauru	0,0010
Népal	0,0100
Nicaragua	0,0050
Niger	0,0030
Nigéria	0,1820
Nioué (non-membre de l'ONU)	0,0010
Norvège	0,6790
Nouvelle-Zélande	0,3090
Oman	0,1110
Ouganda	0,0100
Ouzbékistan	0,0270
Pakistan	0,1140
Palaos	0,0010
Panama	0,0900
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0100
Paraguay	0,0260
Pays-Bas	1,3771
Pérou	0,1630
Philippines	0,2120
Pologne	0,8371
Porto Rico (Membre associé)	0,0010
Portugal	0,3530
Qatar	0,2690
République arabe syrienne	0,0090
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	2,5742
République démocratique du Congo	0,0100
République démocratique populaire lao	0,0070
République de Moldova	0,0050
République dominicaine	0,0670
République populaire démocratique de Corée	0,0050
République-Unie de Tanzanie	0,0100

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2023
	%
Roumanie	0,3120
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	4,3753
Rwanda	0,0030
Sainte-Lucie	0,0020
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0020
Saint-Marin	0,0020
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,0010
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0070
Serbie	0,0320
Seychelles	0,0020
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,5040
Slovaquie	0,1550
Slovénie	0,0790
Somalie	0,0010
Soudan	0,0100
Soudan du Sud	0,0020
Sri Lanka	0,0450
Suède	0,8711
Suisse	1,1341
Suriname	0,0030
Tadjikistan	0,0030
Tchad	0,0030
Tchéquie	0,3400
Thaïlande	0,3680
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0020
Tokélaou (Membre associé)	0,0010
Tonga	0,0010
Trinité-et-Tobago	0,0370
Tunisie	0,0190
Türkiye	0,8451
Turkménistan	0,0340
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0560
Uruguay	0,0920
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,1750
Viet Nam	0,0930

Membres et Membres associés	Barème de l’OMS pour 2023 %
Yémen	0,0080
Zambie	0,0080
Zimbabwe	0,0070
TOTAL	100,0000

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission B, premier rapport)

WHA75.10 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d’arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l’application de l’article 7 de la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l’administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Notant qu’à la date de l’ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote de l’Afghanistan, des Comores, de la Gambie, de la Guinée équatoriale, de l’Iran (République islamique d’), de la Somalie, du Soudan, du Soudan du Sud, du Venezuela (République bolivarienne du) et du Yémen était suspendu et que cette suspension se prolongerait jusqu’à ce que les arriérés des États Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l’application de l’article 7 de la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé ;

Notant qu’à la date de l’ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, le Chili, la Dominique, les Îles Salomon, le Lesotho, le Liban, la Libye et la Macédoine du Nord étaient redevables d’arriérés de contributions dans une mesure telle que l’Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l’article 7 de la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé, s’il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l’ouverture de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023,

DÉCIDE :

1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7 (1988), si, à la date de l’ouverture de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, le Chili, la Dominique, les Îles Salomon, le Lesotho, le Liban, la Libye et la Macédoine du Nord sont encore redevables d’arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l’application de l’article 7 de la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;

¹ Document A75/28.

² Document A75/55.

- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) ci-dessus se prolongera jusqu'à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;
- 3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission B, premier rapport)

WHA75.11 Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés, découlant de l'agression par la Fédération de Russie¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;²

Rappelant la résolution ES-11/1 sur l'agression contre l'Ukraine adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 2 mars 2022 ; la résolution ES-11/2 sur les conséquences humanitaires de l'agression contre l'Ukraine adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 24 mars 2022 ; ainsi que la résolution 49/1 sur la situation des droits de l'homme en Ukraine à la suite de l'agression russe adoptée par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies le 4 mars 2022 ;

Rappelant également la résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité des Nations Unies sur la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires en période de conflit armé ; la résolution A/RES/46/182 (1991) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations Unies et toutes les résolutions ultérieures pertinentes ; la résolution WHA65.20 (2012) sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires ; et la décision WHA69(9) (2016) intitulée « Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire » ;

Saluant l'ordonnance juridiquement contraignante portant indication de mesures conservatoires prise par la Cour internationale de Justice le 16 mars 2022, ordonnant à la Fédération de Russie de suspendre immédiatement les opérations militaires qu'elle a commencées le 24 février 2022 sur le territoire de l'Ukraine ;

Prenant acte de l'adoption par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, à sa session extraordinaire tenue le 10 mai 2022, de la résolution intitulée « WHA75 : Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays voisins, découlant de l'agression de la Fédération de Russie »,³ dans laquelle le Comité régional appelle le Directeur régional de l'OMS pour l'Europe à envisager de suspendre temporairement toutes les réunions régionales en Fédération de Russie, notamment les réunions techniques et réunions d'experts, ainsi que les conférences et séminaires dont la composition est déterminée par

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/47.

³ Résolution EUR/RCSS/R1.

le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, jusqu’à ce que la résolution pacifique du conflit entre la Fédération de Russie et l’Ukraine soit effective et que la Fédération de Russie retire ses forces militaires du territoire de l’Ukraine à l’intérieur des frontières internationalement reconnues du pays ;

Rappelant la Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé et les références qu’elle fait à la Charte des Nations Unies ; l’obligation faite à tous les Membres, en vertu de l’Article 2 de la Charte des Nations Unies, de s’abstenir, dans leurs relations internationales, de recourir à la menace ou à l’emploi de la force, soit contre l’intégrité territoriale ou l’indépendance politique de tout État, soit de toute autre manière incompatible avec les buts des Nations Unies, et de régler leurs différends internationaux par des moyens pacifiques ; et l’obligation faite à tous les Membres, en vertu de l’Article 2 de la Charte des Nations Unies, de remplir de bonne foi les obligations qu’ils ont assumées aux termes de la Charte, afin d’assurer à tous la jouissance des droits et avantages résultant de leur qualité de Membre ;

Rappelant également que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ;

Réaffirmant 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, et que la paix et la sécurité sont essentielles pour la réalisation de ce droit humain ;

Rappelant les fonctions de l’OMS, qui consistent, entre autres, à fournir l’assistance technique appropriée et, dans les cas d’urgence, l’aide nécessaire ;

Sachant que le Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies¹ et le Directeur général de l’OMS,^{2,3} entre autres, ont fait des déclarations dans lesquelles ils expriment leur vive inquiétude concernant l’agression de la Fédération de Russie contre l’Ukraine ;

Notant avec une vive inquiétude que la situation d’urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés perdure, situation déclenchée par l’agression de la Fédération de Russie contre l’Ukraine, qui entraîne des traumatismes et des blessures liés au conflit et augmente les risques de maladie et de décès liés aux maladies non transmissibles, d’émergence et de propagation de maladies infectieuses, de dégradation de la santé mentale et psychosociale, de traite des êtres humains, de violence fondée sur le genre et de dégradation de la santé sexuelle et reproductive, y compris la santé de la mère et de l’enfant ;

Alarmée en particulier par les répercussions disproportionnées des perturbations des services de santé sur les groupes vulnérables, comme les femmes et les enfants, les personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays, les personnes âgées et les personnes handicapées ;

Alarmée en outre par les effets sanitaires de l’agression de la Fédération de Russie, qui sont importants dans la région et au-delà, y compris, entre autres, le nombre important de réfugiés fuyant

¹ United Nations Secretary-General’s remarks at a press conference with the President of Ukraine, 28 avril 2022 (<https://www.un.org/sg/en/content/sg/press-encounter/2022-04-28/secretary-generals-remarks-press-conference-president-volodymyr-zelensky-of-ukraine>).

² Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors de la conférence de presse de l’OMS – 13 avril 2022 (<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-who-press-conference-13-April-2022>).

³ WHO Director-General’s remarks at the special session of the WHO Regional Committee for Europe – 10 May 2022 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/WHO-Director-Generals-remarks-at-Special-Session-of-the-WHO-Regional-Committee-for-Europe-10-May-2022>).

l'Ukraine ; les risques d'événements et de dangers radiologiques, biologiques et chimiques ; et l'aggravation d'une crise mondiale de la sécurité alimentaire déjà profonde ;

Rappelant l'appel d'urgence lancé le 3 mars 2022 par l'OMS pour l'Ukraine et pour les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés,

1. CONDAMNE AVEC LA PLUS GRANDE FERMETÉ l'agression militaire de la Fédération de Russie contre l'Ukraine, y compris les attaques contre les établissements de santé répertoriées par le système OMS de surveillance des attaques visant les services de santé ;
2. APPELLE L'ATTENTION sur le fait que l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine constitue une situation exceptionnelle, entravant gravement la santé de la population ukrainienne et ayant des répercussions sur la santé dans la région et au-delà ;
3. EXHORTE la Fédération de Russie à cesser immédiatement toute attaque contre les hôpitaux et autres établissements de santé ;
4. EXHORTE ÉGALEMENT la Fédération de Russie à respecter et à protéger sans restriction tout le personnel médical et tous les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, ainsi que leurs moyens de transport et leur équipement ;
5. DEMANDE EN OUTRE INSTAMMENT le respect et la protection des malades et des blessés, y compris les civils, des agents de santé et des travailleurs humanitaires, ainsi que des systèmes de soins de santé conformément aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels, et au droit international humanitaire en général ;
6. DÉCIDE que la poursuite de l'action par la Fédération de Russie au détriment de la situation sanitaire en Ukraine, aux niveaux régional et mondial, exigerait de l'Assemblée de la Santé qu'elle envisage l'application des articles pertinents de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;
7. EXHORTE les États Membres concernés :
 - 1) à respecter le droit international humanitaire, le droit international des droits de l'homme et les normes et critères de l'OMS ;
 - 2) à permettre et à faciliter l'accès du personnel déployé par l'OMS sur le terrain et de tout autre personnel médical et humanitaire, en toute sécurité, rapidement et sans entrave, aux populations ayant besoin d'assistance ;
 - 3) à assurer la libre circulation des médicaments essentiels, du matériel médical et d'autres technologies de la santé dans toutes les zones touchées ou non par le conflit ;
8. ENCOURAGE tous les États Membres :
 - 1) à accroître les contributions à l'appel d'urgence de l'OMS pour l'Ukraine, les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés, au Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence et aux activités de l'OMS dans d'autres situations d'urgence sanitaire, dont beaucoup ont été aggravées par l'agression militaire de la Fédération de Russie contre l'Ukraine ;
 - 2) à maintenir ou à renforcer le soutien à l'action dirigée par l'Organisation des Nations Unies pour répondre aux besoins sanitaires et aux autres besoins urgents du peuple ukrainien et pour

atténuer les répercussions du conflit sur la santé, ainsi que le soutien à d'autres efforts essentiels de secours dans le monde entier ;

9. PRIE le Directeur général :

- 1) de mettre à disposition le personnel, les ressources financières et le soutien au leadership nécessaires aux trois niveaux de l'Organisation pour une intervention humanitaire et sanitaire d'urgence efficace et responsable, y compris les fonctions essentielles du Groupe sectoriel pour la santé, sous la direction du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et conformément aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé ;
- 2) de veiller à ce que l'action sanitaire dirigée par l'OMS sur le terrain soit conforme aux normes les plus exigeantes en matière de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels ainsi que de mesures destinées à y remédier et, en collaboration avec d'autres organismes, propose des soins de santé et un soutien adéquats aux victimes et consigne les cas d'abus sexuels, y compris ceux commis par l'armée ;
- 3) de continuer à soutenir les secteurs de la santé en Ukraine et dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés en appliquant une approche fondée sur le système de santé, notamment par le biais de programmes de renforcement des capacités de préparation et d'action pour les soins de traumatologie et la prise en charge de victimes en grand nombre, ainsi que pour le maintien des services de santé de base et la promotion de l'accès à ceux-ci dans le contexte d'un conflit ;
- 4) de soutenir l'approvisionnement durable en médicaments essentiels, matériel médical et autres technologies de la santé ;
- 5) de poursuivre le suivi, la collecte, l'enregistrement et la diffusion de données sur les attaques commises contre les établissements de santé, les agents de santé, les moyens de transports sanitaires et les patients en Ukraine ;
- 6) d'évaluer, en coopération étroite avec les partenaires du Groupe sectoriel pour la santé et d'autres entités compétentes du système des Nations Unies, l'étendue et la nature de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale découlant de la situation qui perdure en Ukraine, dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés ;
- 7) de veiller à l'allocation de ressources humaines et financières suffisantes pour atteindre les objectifs énoncés dans les alinéas précédents ;
- 8) de présenter à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session, un rapport sur l'application de la présente résolution, y compris une évaluation des répercussions directes et indirectes de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur la santé de la population ukrainienne, ainsi que des répercussions sur la santé dans la région et au-delà.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA75.12 Amendements au Règlement sanitaire international (2005)¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la proposition d'amendements au Règlement sanitaire international (2005),² qui comprend dans son annexe les amendements proposés par les États-Unis d'Amérique conformément au paragraphe 1 de l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant la décision EB150(3) (2022) intitulée « Renforcement du Règlement sanitaire international (2005) : un processus de révision au moyen d'amendements éventuels », dans laquelle le Conseil exécutif a pris note des discussions du Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires au sujet du renforcement du Règlement sanitaire international (2005), y compris du point de vue de sa mise en œuvre, de son respect et d'éventuels amendements, et a prié instamment les États Membres de prendre toutes les mesures voulues pour envisager d'éventuels amendements au Règlement sanitaire international (2005), étant entendu que cela ne conduirait pas à une réouverture de la négociation pour l'ensemble de l'instrument ;

Se félicitant du travail accompli par le Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires dans le but d'établir un processus inclusif dirigé par les États Membres pour examiner les amendements au Règlement sanitaire international (2005) ;

Se félicitant de la décision WHA75(9) (2022) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, dans laquelle les États Membres ont décidé d'entamer un processus dirigé par les États Membres pour examiner les amendements³ proposés au Règlement sanitaire international (2005) en sus de ceux adoptés dans l'annexe 2 ;

Rappelant que les États Membres ont décidé de créer le Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005), par l'intermédiaire du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, afin d'examiner des amendements ciblés portant sur des questions et des enjeux spécifiques et clairement identifiés, notamment l'équité, les évolutions technologiques ou autres, ou des lacunes que l'on ne saurait combler efficacement d'une autre façon, mais auxquelles il est crucial de remédier pour favoriser la mise en œuvre et le respect effectifs du Règlement sanitaire international (2005), et son application universelle en vue de protéger équitablement l'ensemble de la population mondiale contre la propagation internationale des maladies ;

Prenant note du droit des États Parties de notifier au Directeur général des refus ou des réserves, conformément aux articles 61 et 62, concernant les amendements au Règlement sanitaire international (2005) figurant à l'annexe 2,

1. ADOPTE, conformément au paragraphe 3 de l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005), les amendements à l'article 59 et les mises à jour nécessaires qui s'ensuivent des articles 55, 61, 62 et 63 du Règlement sanitaire international (2005) figurant à l'annexe 2 ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/18.

³ Y compris les autres amendements proposés figurant à l'annexe du document A75/18, ainsi que les autres amendements qui ont été ou peuvent être soumis par d'autres États Parties au Règlement sanitaire international (2005) ou par le Directeur général, y compris dans le cadre du processus susmentionné dirigé par les États Membres.

2. PRIE INSTAMMENT les États Parties, conformément à l'article 44 du Règlement sanitaire international (2005), de collaborer entre eux pour fournir ou faciliter la coopération technique et l'appui logistique, en particulier pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises au titre du Règlement sanitaire international (2005).

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA75.13 Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant les résolutions WHA48.7 (1995) sur la révision et la mise à jour du Règlement sanitaire international, WHA58.27 (2005) intitulée « Améliorer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens » ; WHA69.1 (2016) sur le renforcement des fonctions essentielles de santé publique pour contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle ; WHA70.7 (2017) sur l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de l'état septique ; WHA72.6 (2019) sur l'action mondiale pour la sécurité des patients ; WHA72.7 (2019) sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé ; WHA73.1 (2020) sur la riposte à la COVID-19 ; WHA73.8 (2020), intitulée « Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005) » ; et WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires ; textes dans lesquels la lutte anti-infectieuse est un élément essentiel ;

Réaffirmant le caractère universel, indivisible et interdépendant du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses cibles et faisant référence en particulier aux cibles suivantes des objectifs de développement durable : 3.1 (réduire la mortalité maternelle dans le monde), 3.2 (éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans), 3.3 (mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles) et 3.8 (instauration de la couverture sanitaire universelle, y compris l'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 pour tous) ; et reconnaissant aussi les recoupements importants entre la lutte anti-infectieuse et d'autres objectifs de développement durable, notamment l'objectif 6 (Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable) ;

Notant la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires et la Déclaration d'Astana pour des soins de santé primaires et des services de santé de grande qualité et sûrs, et constatant que pour atteindre leurs objectifs, il est primordial de prévenir les dommages causés par la transmission des infections au point d'entrée et en tous points du système de santé ;

Sachant que la lutte anti-infectieuse revêt une importance cruciale dans les domaines de la santé humaine et animale, et qu'il s'agit d'une discipline clinique et de santé publique fondée sur une approche scientifique qui propose des mesures dynamiques, adaptées et pratiques de prévention et de lutte s'appuyant sur les connaissances en matière de maladies infectieuses, l'épidémiologie, les sciences sociales, l'ingénierie et la science de la mise en œuvre, et le renforcement des systèmes de santé, et qui nécessite un personnel de santé spécialisé qui se consacre pleinement à cette tâche ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

Notant qu'il est essentiel de disposer de programmes complets de lutte anti-infectieuse tenant compte de l'approche « Une seule santé », aux niveaux national et infranational et à l'échelle des établissements de santé, pour produire des données fondées sur la science et pour favoriser, faciliter et/ou superviser la bonne application, sur la base de données probantes et en tenant compte des risques, de la lutte anti-infectieuse, ainsi que l'utilisation des ressources et du matériel nécessaires (par exemple les équipements de protection individuelle) ;

Constatant avec inquiétude que la pandémie de COVID-19 et les récentes grandes épidémies de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo ont montré les conséquences dévastatrices d'un manque de préparation et de la mise en œuvre défailante, insuffisante et/ou inadaptée des programmes de lutte anti-infectieuse, même dans les pays à revenu élevé, et notant qu'elles ont mis la lutte contre les infections au premier plan ;

Notant qu'en plus des flambées épidémiques, l'OMS a estimé que des centaines de millions de patients sont touchés par des infections nosocomiales entraînant la mort d'un patient infecté sur 10 chaque année, et notant en outre que dans les hôpitaux de soins aigus, sept patients sur 100 dans les pays à revenu élevé et 15 patients sur 100 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire contractent au moins une infection nosocomiale pendant leur séjour à l'hôpital, et que jusqu'à 30 % des patients en soins intensifs sont touchés par des infections nosocomiales, avec une incidence de deux à 20 fois plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé ;

Reconnaissant qu'un quart des établissements de santé ne disposaient pas des services d'approvisionnement en eau de base en 2019, ce qui a exposé 1,8 milliard de personnes, y compris les agents de santé et les patients, à un risque accru d'infection, soulignant que les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène présentent des failles importantes dans les établissements de santé, alors que ces services jouent un rôle essentiel dans la lutte anti-infectieuse, et notant que la garantie d'un minimum de sécurité en matière de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène a un coût modeste, compris entre 6,5 et 9,6 milliards USD dans les 46 pays les moins avancés, ce qui représente 4 à 6 % des dépenses de santé récurrentes de ces pays ;

Notant que les coûts supplémentaires engendrés par les infections nosocomiales, qui peuvent aller de 1000 à 12 000 USD en moyenne par épisode selon les pays, font peser un lourd fardeau économique sur les systèmes de santé et représentent des dépenses directes considérables pour les patients et les familles, et que la mortalité chez les patients touchés par une septicémie associée aux soins de santé était de 24,4 %, pouvant aller jusqu'à 52,3 % chez les patients traités dans une unité de soins intensifs et être au moins deux à trois fois plus élevée chez les patients infectés par un organisme résistant aux antimicrobiens, chez les nouveau-nés et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Notant également que la plupart des infections résistantes aux antibiotiques sont contractées dans les établissements de santé et que 75 % des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuables à la résistance aux antimicrobiens sont dues à des infections nosocomiales. Chaque année, la résistance aux antimicrobiens coûte aux systèmes de santé environ 1,2 milliard USD. À titre d'exemple, jusqu'à 75 % des ordonnances de médicaments antimicrobiens dans les établissements de soins de longue durée sont inadaptées, alors que les politiques permettant de lutter contre la mauvaise utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens, comme le bon usage des antimicrobiens et la lutte anti-infectieuse, demeurent sous-utilisées ou sous-optimales ;

Notant en outre que, d'après une analyse systématique récente et les modèles statistiques prédictifs des chercheurs sur la résistance aux antimicrobiens, en 2019, les décès associés à la résistance des bactéries aux antimicrobiens étaient estimés à 4,95 millions au niveau mondial, dont 1,27 million de décès attribuables à la résistance des bactéries aux antimicrobiens, ce qui traduit le fardeau de la résistance aux antimicrobiens en tant que principale cause de décès dans le monde, avec un impact élevé dans les milieux à faibles ressources ;

Observant que les interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour limiter la propagation de la résistance aux antimicrobiens en milieu médical sont celles visant à améliorer tous les facteurs qui favorisent les infections nosocomiales, notamment l'hygiène et le bon usage des antimicrobiens, et qu'elles peuvent permettre d'éviter trois décès sur quatre attribuables à la résistance aux antimicrobiens ;

Notant que les urgences de santé publique ont montré que la lutte anti-infectieuse, associée aux principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), joue un rôle essentiel dans l'intervention rapide et efficace face aux risques et aux urgences de santé publique de portée nationale et internationale ainsi que dans leur prévention ;

Constatant que la pandémie de COVID-19 a également mis en lumière le rôle essentiel que joue la résilience des systèmes de santé dans la prestation de services de santé essentiels et la préservation de systèmes de santé fonctionnels, et que la pierre angulaire de la résilience des systèmes de santé est d'assurer la sécurité des agents de santé, des patients et des visiteurs grâce à une série de mesures, notamment la lutte anti-infectieuse, les pratiques exemplaires et le maintien de l'infrastructure essentielle, ce qui comprend les mesures de précaution visant à limiter la transmission ainsi que l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la gestion des déchets partout où des soins de santé sont prodigués ;

Consciente de l'occasion unique qui se présente de tirer parti de l'attention accrue accordée à la lutte anti-infectieuse sur le plan mondial ainsi que des investissements consentis pendant la pandémie de COVID-19 pour améliorer durablement celle-ci,

1. INVITE les États Membres :¹

- 1) à prendre des mesures pour contribuer à ce que et/ou faire en sorte que la lutte anti-infectieuse soit l'un des principaux éléments de la préparation, de la prévention et de la riposte dans le domaine de la santé mondiale ;
- 2) à considérer que tout un chacun dans le monde doit pouvoir bénéficier de soins sûrs, de grande qualité, dispensés dans de bonnes conditions d'hygiène et d'un coût abordable et que personne ne devrait être inutilement exposé à un risque d'infection du fait de pratiques en matière de lutte anti-infectieuse qui ne sont pas conformes aux normes optimales ;
- 3) à prendre des mesures pour contribuer à ce que et/ou faire en sorte qu'il existe des programmes de lutte anti-infectieuse fonctionnels et fondés sur des données scientifiques, tant pour les infections acquises dans la communauté que pour les infections nosocomiales, en tenant compte de l'approche « Une seule santé », qu'ils soient mis en œuvre, fassent l'objet d'une surveillance et soient mis à jour aux niveaux national et infranational et/ou à l'échelle des établissements de santé, en fonction du contexte national et conformément aux composantes essentielles recommandées par l'OMS pour ces programmes ;²
- 4) à prendre des mesures pour appuyer les autorités concernées et/ou faire en sorte que les normes minimales définies pour les programmes de lutte anti-infectieuse aux niveaux national et infranational et à l'échelle des établissements de santé soient appliquées et fassent l'objet d'une surveillance, y compris en garantissant une gestion des déchets appropriée et respectueuse de l'environnement afin de réduire l'impact supplémentaire sur la santé humaine, animale et environnementale ;

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

² *Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée*. Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850>).

- 5) à contribuer et à veiller à ce que les mesures de prévention de la transmission nécessaires pour la lutte contre les infections soient mises en œuvre en assurant la fidélité et la qualité au niveau national et à l'échelle des établissements de santé, et que des mesures administratives, environnementales et de protection personnelle fonctionnelles soient en place pour prévenir et/ou interrompre toute transmission ultérieure ;
- 6) à prendre des mesures pour contribuer et/ou veiller à ce que des infrastructures et des moyens durables de lutte anti-infectieuse, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène soient utilisés dans tous les établissements de santé, y compris ceux dispensant des soins primaires, à domicile et au niveau communautaire, et dans les établissements de soins de longue durée, selon le contexte national ;
- 7) à prendre des mesures pour reconnaître l'utilité qu'il y a à disposer, dans divers contextes, de professionnels de la lutte anti-infectieuse qui aient des compétences et des savoir-faire appropriés, des perspectives de carrière, des moyens d'agir, une mission et des pouvoirs clairement définis, soient tenus de rendre compte de leur action, et exercent dans le cadre de la gouvernance clinique de leurs organisations afin de mettre en œuvre les programmes de lutte anti-infectieuse et de faire rapport sur leur impact, selon qu'il conviendra dans le contexte national ;
- 8) à prendre des mesures en vue de créer et de dispenser des programmes d'enseignement agréés en matière de lutte anti-infectieuse dans le cadre des études en santé de premier et de deuxième cycle universitaire et dans le cadre de la formation continue en cours d'emploi, selon qu'il conviendra dans le contexte national, pour tous les agents de santé et toutes les disciplines concernées ;
- 9) à prendre des mesures pour faire en sorte que les programmes de lutte anti-infectieuse soient intégrés et harmonisés avec les programmes relatifs à la résistance aux antimicrobiens, à la qualité des soins, à la sécurité des patients, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, à la construction et à la refonte des infrastructures des établissements de soins de santé ainsi qu'avec les programmes d'action en cas d'urgence sanitaire, avec les programmes relatifs aux maladies infectieuses transmises par le sang, à la tuberculose, aux infections respiratoires aiguës, aux maladies à prévention vaccinale et aux maladies tropicales négligées, à la santé au travail, à la santé sexuelle et reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi qu'avec d'autres programmes pertinents, selon qu'il conviendra dans le contexte national ;
- 10) à faire preuve d'un engagement politique décisif et visible et à démontrer une volonté au plus haut niveau pour améliorer durablement la manière dont les programmes de lutte anti-infectieuse sont appliqués aux niveaux régional, national, local et à l'échelle des établissements de santé, notamment en incitant à affecter des budgets de santé nationaux et locaux spécifiques, le cas échéant, en fonction du contexte national ;
- 11) à élaborer des orientations, adopter des règlements et/ou des cadres juridiques pour faire respecter les normes et les politiques de lutte anti-infectieuse, et appliquer les meilleures pratiques moyennant des systèmes d'accréditation des établissements de santé et d'autres dispositifs, selon le cas et en fonction du contexte national ;
- 12) à entreprendre, en fonction du contexte national, des évaluations régulières, détaillées et à plusieurs niveaux des programmes et des pratiques de lutte anti-infectieuse et de la surveillance des infections nosocomiales et de la résistance aux antimicrobiens afin de produire et de communiquer des données qui serviront à prendre des mesures et à améliorer les résultats ;
- 13) à continuer d'encourager les investissements dans la recherche sur la lutte anti-infectieuse ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les organisations d'intégration économique régionale, un projet de stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé et de soins de longue durée, qui soit aligné sur d'autres stratégies traitant de la lutte anti-infectieuse, tel que le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, pour examen par la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session ;
- 2) de traduire cette stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé et de soins de longue durée en un plan d'action pour la lutte anti-infectieuse, comprenant un cadre de suivi des progrès assorti d'objectifs clairs et mesurables à atteindre d'ici à 2030, pour examen par la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-quatrième session ;
- 3) de continuer à mettre à jour et à élaborer, au besoin, des orientations techniques relatives aux programmes et aux pratiques de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé et de soins de longue durée ;
- 4) de rendre compte des progrès et des résultats à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, puis tous les deux ans jusqu'en 2031.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission A, sixième rapport)

WHA75.14 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant les résolutions WHA61.21 (2008), WHA62.16 (2009), WHA68.18 (2015) et WHA72.8 (2019), ainsi que les décisions WHA71(9) (2018) et WHA73(11) (2020) sur la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, qui visent à promouvoir une nouvelle réflexion sur l'innovation et l'accès aux médicaments et aux autres produits de santé ;

Réaffirmant le rôle essentiel que jouent la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle dans la direction et la coordination des politiques et du programme de l'OMS dans ce domaine, y compris la coopération trilatérale entre l'OMC, l'OMPI et l'OMS ;

Soulignant que la relation, y compris l'équilibre, entre la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle constitue un élément essentiel d'un système de santé viable et résilient et, sans toutefois s'y limiter, de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux urgences sanitaires, notamment la pandémie actuelle de maladie à coronavirus (COVID-19) ainsi que les futures pandémies ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

Reconnaissant l'utilité constante des principes et des éléments de travail énoncés dans la Stratégie mondiale et dans le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, qui orientent et encadrent les activités de l'OMS en matière d'accès aux médicaments et aux autres produits de santé ;

Réaffirmant les buts et les objectifs de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et consciente de la contribution importante apportée par l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action et de l'effort de hiérarchisation des priorités que celui-ci a supposé ;¹

Rappelant que les États Membres ont fait part de leur préoccupation commune quant au rythme auquel les acteurs mettent en œuvre la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, mise en œuvre qui a été encore retardée par les problèmes dus à la pandémie de COVID-19 ;

Notant que plusieurs activités prévues dans le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle pourraient contribuer à la réalisation des cibles fixées dans les objectifs de développement durable,

1. DÉCIDE de prolonger la période couverte par le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle de 2022 à 2030 ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à renforcer l'application, selon qu'il convient et compte tenu du contexte national, des recommandations issues de l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle qui sont adressées aux États Membres, dans la mesure où elles sont en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action ;
 - 2) à recenser et à échanger, lors de consultations informelles qui seront organisées par le Directeur général au moins tous les deux ans, les meilleures pratiques relatives à la mise en œuvre des mesures prévues par la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
3. RAPPELLE au Directeur général qu'il est important d'allouer les ressources nécessaires à l'application des recommandations adressées au Secrétariat à l'issue de l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,¹ dans l'ordre de priorité indiqué par le tableau d'experts, dans la mesure où elles sont en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer à fournir une assistance technique et à diffuser les connaissances susceptibles de permettre aux pays de mettre en œuvre des mesures qui soient en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
 - 2) de promouvoir la collaboration et la coordination au sein des pays et entre eux et avec les parties prenantes concernées, en vue de mettre en œuvre des mesures qui soient en harmonie avec

¹ Overall programme review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Report of the review panel. November 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/essential-medicines/intellectual-property/gspa/gspa-phi3011rev.pdf?sfvrsn=c66f768b_5, consulté le 6 avril 2022).

la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

3) de déterminer les synergies potentielles et les difficultés rencontrées dans les travaux en cours au sein du Secrétariat en vue de la mise en œuvre de mesures qui soient en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

4) de procéder en 2023 à un examen des indicateurs figurant dans l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,¹ en consultation avec les États Membres,² et d'élaborer des propositions de révision en vue d'aligner les indicateurs sur la nouvelle durée de validité du Plan d'action ;

5) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2024, 2026 et 2028 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et dans l'application de la présente résolution ;

5. ENCOURAGE les acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS à collaborer avec les pays à la mise en œuvre de mesures qui soient en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75.15 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;³

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général,⁴

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional⁵ à 188 253 dollars des États-Unis (USD) par an, avec un traitement net correspondant de 139 747 USD ;

2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint⁶ à 207 368 USD par an, avec un traitement net correspondant de 152 363 USD ;

¹ Overall programme review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Report of the review panel. November 2017 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/essential-medicines/intellectual-property/gspa/gspa-phi3011rev.pdf?sfvrsn=c66f768b_5, consulté le 6 avril 2022).

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

³ Document A75/10 Rev.1.

⁴ Voir le document EB150/46 Rev.1 ; voir également les procès-verbaux de la cent cinquantième session du Conseil exécutif, douzième séance, section 2 (en anglais seulement).

⁵ Catégorie de traitement UG1.

⁶ Catégorie de traitement UG2.

3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à 259 553 USD par an, avec un traitement net correspondant de 195 187 USD ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75.16 Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale de droit du développement

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le projet d'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale de droit du développement ;¹

Se référant, en outre, à l'article 70 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé,

APPROUVE l'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale de droit du développement.²

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022)

WHA75.17 Ressources humaines pour la santé³

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;⁴

Rappelant la résolution WHA74.14 (2021) intitulée « Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur » et les résolutions antérieures apparentées, et réaffirmant les dispositions de ladite résolution ;

Notant la persistance des perturbations des services de santé essentiels et de la prestation de services liés à la maladie à coronavirus (COVID-19), notamment : a) toutes les contre-mesures médicales comme les équipements de protection individuelle, les vaccins, les produits de diagnostic et les traitements ; et b) le traitement en cas de maladie, y compris dans une unité de soins intensifs, en raison, entre autres, d'un accès inéquitable à des produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable dans les pays et d'un pays à l'autre et de la disponibilité insuffisante de personnel dans la plupart des pays ;

Préoccupée par le fait que les progrès accomplis dans la lutte contre la pénurie mondiale de personnels de santé sont inégaux, et révélateurs des variations entre les régions, en particulier dans les pays figurant sur la Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2020 ;

¹ Document A75/34.

² Voir l'annexe 3.

³ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁴ Document A75/12.

Alarmée par les problèmes de plus en plus nombreux qui pèsent sur la santé, le bien-être, la vie et la sécurité des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris les attaques que subissent les personnels et les établissements de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19, et notamment dans les situations de conflit et autres au cours des dernières années et en particulier des derniers mois, et par la hausse constatée de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale chez les personnels de santé et d'aide à la personne, qui ont été exacerbés par l'apparition de la pandémie de COVID-19, entraînant une baisse de la productivité et de la performance, et se répercutant sur le maintien en poste du personnel ;

Prenant acte de la résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité de l'ONU sur la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires en période de conflit armé ; et considérant la résolution WHA70.6 (2017) sur les ressources humaines pour la santé et la mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, dans laquelle est reconnue la nécessité d'accroître considérablement la protection et la sécurité des personnels du secteur sanitaire et social et des établissements de santé dans toutes les situations, y compris les urgences de santé publique aiguës et prolongées ainsi que les crises humanitaires ;

Rappelant en outre la résolution WHA63.16 (2010) sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, portant adoption du Code, dans lequel il est reconnu que des effectifs suffisants et disponibles de personnels de santé sont un élément fondamental d'un système de santé intégré et efficace et pour la fourniture des services de santé ; et consciente de la nécessité d'atténuer les effets potentiellement négatifs des migrations de personnel sur les systèmes de santé, surtout ceux des pays en développement ;

Gardant à l'esprit les recommandations du rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé concernant la nécessité d'une application complète du Code et de mesures de soutien et de sauvegarde pour le personnel et les systèmes de santé moyennant une coopération internationale renforcée, notamment pour les pays confrontés aux difficultés les plus grandes ;

Notant l'inadéquation entre, d'une part, les besoins régionaux et mondiaux en personnels pour assurer la couverture sanitaire universelle, le relèvement après la COVID-19 et la préparation et la riposte aux situations d'urgence futures et, d'autre part, l'insuffisance des investissements consacrés à l'éducation, à l'emploi décent, à la formation continue et au maintien en poste des personnels de santé et d'aide à la personne ;

Consciente de la nécessité de continuer de promouvoir l'équité pour les femmes dans le secteur de la santé et des soins et soulignant le rôle essentiel que les femmes, qui représentent près de 70 % des agents de santé, jouent dans ce secteur,

1. ADOPTE le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé » en tant que plateforme et mécanisme de mise en œuvre visant à accélérer les investissements dans l'éducation, les compétences, l'emploi, la sauvegarde et la protection des personnels de santé et d'aide à la personne ;
2. APPELLE les États Membres, suivant les circonstances et les priorités nationales :
 - 1) à mettre en œuvre le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé » et à intégrer, le cas échéant, les objectifs et les mesures prévus par celui-ci en matière de planification et de financement, d'éducation et d'emploi, ainsi que de protection et de performance des personnels dans leurs stratégies, plans d'investissement et programmes relatifs aux personnels de santé et d'aide à la personne aux niveaux national et infranational, conformément à la résolution WHA74.14 (2021), intitulée « Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur » ;

2) à mettre en œuvre des options stratégiques et des mesures, en s'appuyant sur des partenariats, une coordination et un financement multisectoriels, et à en assurer le suivi, de façon :

a) à renforcer la protection et la sauvegarde, et à optimiser la répartition, le déploiement et l'utilisation des personnels de santé et d'aide à la personne, en mettant l'accent sur l'emploi, l'inclusion et la participation des femmes à tous les niveaux et des jeunes ;

b) à concevoir des approches régionales et mondiales en vue de renforcer les capacités multidisciplinaires qu'ont les personnels de santé et d'aide à la personne de répondre aux besoins de la population, en mettant en particulier l'accent sur les groupes les plus vulnérables, et de permettre le fonctionnement de systèmes de santé et la prestation de services efficaces, en accordant une attention particulière à l'équité, à l'accessibilité, à la diversité et à l'inclusion sociale ;

c) à optimiser les avantages sanitaires, sociaux et économiques des investissements consacrés aux personnels de santé et d'aide à la personne, en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle ;

3) à s'aider, le cas échéant, des orientations données sur les moyens de protéger et de soutenir les personnels de santé et d'aide à la personne dans le pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne pour éclairer l'examen, l'action et la mise en œuvre au niveau national ;

4) à s'engager aux niveaux national, régional et mondial à entreprendre et à accélérer les travaux visant à étoffer le personnel de santé et d'aide à la personne au moyen de programmes de formation et en faisant appel aux meilleurs établissements d'enseignement et de formation existants, aux plateformes en ligne et aux possibilités d'apprentissage hybride ; et à accroître l'intégration du personnel formé dans les systèmes de santé et de soins grâce à des pratiques d'emploi durables ;

3. INVITE les partenaires et les parties prenantes du secteur de la santé dans son ensemble et d'autres secteurs intéressés, le cas échéant, aux niveaux international, régional, national et local à prendre part à la mise en œuvre du Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé », et à la soutenir, de façon :

1) à mettre en œuvre, le cas échéant, des initiatives nationales, régionales et mondiales en faveur de l'emploi afin de promouvoir des emplois décents, par exemple pour les jeunes et les femmes dans le secteur de la santé et des soins ;

2) à inviter les États Membres et les organismes régionaux à consacrer des investissements à l'éducation et à offrir des possibilités de formation en présentiel et au moyen de plateformes d'apprentissage hybride ou d'autres plateformes technologiques afin de permettre un meilleur accès aux outils d'apprentissage, par exemple par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS ;

3) à soutenir le fonds d'affectation spéciale pluripartenaire « S'engager pour la santé » et à encourager le financement direct à l'intention des États Membres pour la mise en œuvre du Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé », en collaboration avec les parties prenantes au niveau national, les entités du système des Nations Unies et les partenaires d'exécution ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé » dans les États Membres au moyen d'un appui technique, et de mobiliser des fonds et des compétences qui auront un effet catalyseur, en particulier pour les pays figurant sur la Liste OMS d'appui et

de sauvegarde pour les personnels de santé, 2020, en tirant parti des plateformes de formation existantes mises en place par l'OMS, telles que l'Académie de l'OMS, en tant que ressources clés pour les professionnels de la santé mondiale, les dirigeants politiques, les chefs d'entreprise et les représentants de la société civile ;

2) d'apporter un appui aux États Membres concernant la façon de protéger les personnels de santé et d'aide à la personne, de préserver leurs droits et de promouvoir et de garantir un travail décent, exempt de toute discrimination, y compris raciale, dans un cadre de pratique sûr et porteur, par exemple en tenant compte, le cas échéant, du pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne ;

3) de rendre compte des progrès accomplis dans l'application de la présente résolution aux Soixante-Dix-Huitième et Quatre-Vingt-Unième Assemblées mondiales de la Santé (en 2025 et 2028, respectivement), en s'alignant sur les exigences en matière de rapports relatives à la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et au Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ; et également de faire rapport à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030, avant que le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé » n'arrive à son terme.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

WHA75.18 Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé : pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹

Notant que la crise climatique persistante menace la santé des populations de tous les États Membres, mais que les populations des petits États insulaires en développement comptent parmi les premières et les plus durement touchées ;

Consciente du fait que les petits États insulaires en développement sont touchés de manière disproportionnée par les changements climatiques, ce qui freine leurs progrès dans la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris l'objectif 3 de développement durable relatif à la santé et au bien-être ;

Notant aussi que, mis à part les changements climatiques, les petits États insulaires en développement font face à d'énormes défis communs en matière de santé et de développement durable, découlant des risques naturels et d'origine humaine, de la dégradation de l'environnement, des urgences sanitaires, de la perte de biodiversité, de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), des chocs économiques externes, de la malnutrition, des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale ;

Consciente aussi du fait que la vulnérabilité des petits États insulaires en développement face aux phénomènes météorologiques extrêmes, y compris les risques naturels et d'origine humaine, et face aux chocs économiques externes montre combien sont importants des systèmes de santé solides et résilients,

¹ Document A75/10 Rev.1 (point 18.2, Cadre de mise en œuvre de l'OMS pour le troisième milliard).

qui reposent sur une couverture sanitaire universelle et qui mettent l'accent sur l'accès équitable, sur la qualité, ainsi que sur la protection financière et le financement du développement à l'ère de la COVID-19 et après ;

Rappelant la résolution 69/15 (2014) de l'Assemblée générale des Nations Unies, dans laquelle sont définies les modalités d'action accélérées des petits États insulaires en développement (Orientations de Samoa), et la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale, par laquelle le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté dans le but commun de prendre les mesures porteuses de transformation nécessaires pour engager le monde sur une voie durable et marquée par la résilience, en veillant à ce que personne ne soit laissé de côté ; et notant qu'il existe une corrélation entre un degré de vulnérabilité élevé et le ralentissement des progrès dans la réalisation des objectifs de développement durable ;

Rappelant également le mémorandum d'accord que l'OMS a conclu avec la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques en marge de la vingt-troisième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre, ainsi que le lancement de l'initiative spéciale visant à protéger les populations des petits États insulaires en développement et le rapport du Directeur général présenté à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2019, sur le projet de plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement ;¹

Saluant l'initiative qu'a prise le Directeur général d'accueillir, les 28 et 29 juin 2021, le premier Sommet des PEID sur la santé, intitulé « Pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement » ;

Se félicitant de la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé² dont sont convenus les petits États insulaires en développement qui sont Membres de l'OMS ;

Prenant note des mesures qu'il est proposé à tous les partenaires des petits États insulaires en développement de prendre dans la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé afin qu'ils puissent mettre en œuvre les mesures clés nécessaires pour prévenir et combattre les menaces urgentes qui pèsent sur les petits États insulaires en développement ;

Donnant acte de l'engagement pris par le Directeur général de concrétiser les mesures qu'il est demandé au Secrétariat de prendre comme suite à la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé, notamment s'agissant de créer un groupe de chefs de file pour la santé et d'organiser un deuxième Sommet des PEID sur la santé en 2023 ;

Prenant note de la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé, dans laquelle sont mis en évidence les problèmes et les besoins urgents des petits États insulaires en développement en matière de santé, l'objectif étant de faire entendre la voix de ces pays, de promouvoir une action concertée et de renforcer les partenariats et le financement dans les domaines de la santé et du développement,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres³ à renforcer leur collaboration et leurs partenariats de sorte à prendre en considération la vulnérabilité particulière des petits États insulaires en développement, en répondant aux différents besoins et priorités en matière de santé mis en lumière dans la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé et en aidant les petits États insulaires en développement à relever les défis auxquels ils continuent d'être confrontés dans les domaines de la santé,

¹ Document A72/16.

² Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé : Pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/sids-summit/sids-summit-for-health---final-outcome-statement.pdf?sfvrsn=7a5db89f_5, consulté le 13 mai 2022).

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

des changements climatiques et du développement, y compris par la mise en œuvre des Modalités d'action accélérées des petits États insulaires en développement (Orientations de Samoa) ;

2. APPELLE tous les partenaires internationaux, régionaux et nationaux du secteur de la santé et d'autres secteurs à mener à bien les actions préconisées dans la Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé et à faire connaître les besoins des petits États insulaires en développement ainsi que les mesures requises pour y répondre ;

3. DÉCIDE de proposer la création d'un fonds de contributions volontaires pour la santé en faveur des petits États insulaires en développement, dont le mandat serait présenté à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, parallèlement à un rapport du Secrétariat sur les pratiques actuellement suivies pour financer la participation des États Membres aux réunions de l'OMS, afin, notamment, de faciliter la participation des petits États insulaires en développement aux réunions de l'OMS et de renforcer l'assistance technique qui leur est apportée et le développement de leurs capacités concernant des questions qui intéressent directement leur situation, et d'encourager tous les États et les partenaires à verser des contributions volontaires à ce fonds en faveur des petits États insulaires en développement ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à respecter les engagements pris avant et pendant le Sommet des PEID sur la santé, notamment :

a) d'aider le Groupe des chefs de file des PEID pour la santé à mener une action de sensibilisation de haut niveau et à appeler l'attention, à l'échelle mondiale, sur les défis en matière de santé auxquels font face les petits États insulaires en développement et sur les initiatives que prennent ces pays pour les relever, ainsi que sur la collaboration entre États Membres et partenaires ;

b) de soutenir la mobilisation d'un financement novateur et multisectoriel renforcé en faveur des petits États insulaires en développement et le renforcement des plateformes existantes pour mieux aider les petits États insulaires en développement à relever les défis urgents en matière de santé ;

c) de favoriser le renforcement des cadres de collaboration avec d'autres entités du système des Nations Unies, les États Membres¹ et les partenaires ;

2) de faire rapport à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en 2024, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution et sur les conclusions du deuxième Sommet des PEID sur la santé.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

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

WHA75.19 Promotion du bien-être et de la santé¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Considérant les profondes répercussions de la situation économique, environnementale et sociale actuelle sur la santé des sociétés, des communautés et des personnes, et le potentiel qu'offrent la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention des maladies pour renforcer les moyens qu'ont les personnes de préserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être, en plus des mesures sanitaires et sociales prises par les gouvernements ;

Réaffirmant que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ;

Réaffirmant en outre, comme le prévoit la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 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 que le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ;

Réaffirmant que les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples et qu'ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ;

Rappelant la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies, intitulée « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », dans laquelle il était indiqué, dans le cadre du nouveau Programme, que pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, nous devons assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité, et dans laquelle il était affirmé que personne ne doit être laissé pour compte ;

Rappelant également que, dans sa résolution 67/81 (2012), l'Assemblée générale des Nations Unies a considéré que la mise en place efficace et financièrement viable de la couverture sanitaire universelle repose sur un système de santé solide et adapté qui comprend des services complets de soins de santé primaires couvrant une zone géographique étendue, notamment les zones éloignées et rurales, qui accorde une attention particulière aux populations les plus défavorisées, et qui est doté d'un personnel suffisant, bien formé et motivé ainsi que des ressources nécessaires pour mettre en œuvre de vastes mesures de santé publique et une protection sanitaire, et assurer la prise en compte des déterminants de la santé grâce à des politiques intersectorielles, notamment l'instruction élémentaire des populations en matière de santé ;

Rappelant en outre le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de 2008 et les trois recommandations principales de la Commission, à savoir améliorer les conditions de vie quotidiennes ; lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ; et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1 (point 18.2, Cadre de mise en œuvre de l'OMS pour le troisième milliard).

Rappelant également le treizième programme général de travail, 2019-2025 et l'objectif consistant à faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être à l'horizon 2025 ;

S'appuyant sur l'héritage de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 et prenant note des textes issus d'autres conférences mondiales précédentes sur la promotion de la santé ;

Reconnaissant que la santé et le bien-être de la population sont associés à la paix, à la sécurité, à la stabilité, à l'amélioration de la productivité et à la croissance économique et que des inégalités sociales et économiques injustes et largement évitables entre les pays et au sein de chacun d'eux peuvent avoir l'effet inverse ;

Notant que l'ensemble des environnements qui composent la société influent sur la santé et peuvent la menacer, et que, par conséquent, la promotion de la santé et du bien-être nécessite une action et un investissement durables sur le plan environnemental et financier de la part de multiples secteurs gouvernementaux et une contribution de la société au sens large, y compris une participation multisectorielle des acteurs sociaux et économiques, des personnes, des communautés, des organisations non gouvernementales et du secteur privé ;

Reconnaissant que, pour être efficace, la promotion de la santé et du bien-être doit reposer sur des approches complémentaires et essentielles, y compris une approche plaçant la santé au cœur de toutes les politiques, sachant que les politiques publiques et les décisions prises dans des domaines autres que la santé ont un impact sur la santé des citoyens et ses déterminants ; une approche pangouvernementale, qui désigne les activités conjointes menées par divers ministères, administrations publiques et organismes publics afin de fournir des solutions communes ; ainsi qu'une approche pansociétale, qui met l'accent sur le rôle de la gouvernance participative et des partenariats avec différents acteurs non étatiques à tous les niveaux, notamment le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les communautés et les individus ;

Reconnaissant également que la promotion de la santé et du bien-être peut avoir une influence sur les déterminants de la santé et/ou les facteurs de risque au niveau de la population, de la communauté, d'un groupe spécifique ou de l'individu et dans différents contextes, en tenant compte des besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité, y compris l'élimination des obstacles comportementaux, institutionnels et environnementaux rencontrés par les personnes handicapées ;

Notant l'impact croissant des maladies non transmissibles sur la mortalité prématurée et la charge permanente que représentent les maladies transmissibles ainsi que les nouvelles contraintes que les unes et les autres imposent aux gouvernements en matière de protection et de promotion de la santé afin de parvenir à l'équité en santé et de garantir la couverture sanitaire universelle ;

Soulignant que pour avoir la capacité de prendre des décisions éclairées en matière de santé et d'adopter des comportements de recours aux soins, les individus doivent avoir atteint un niveau approprié de connaissances en santé ;

Soulignant que la mise au point d'interventions au niveau de la population, de la communauté et de l'individu en vue de renforcer les connaissances en santé et d'améliorer les résultats en matière de santé doit s'appuyer sur des données probantes, en particulier celles issues des sciences sociales et comportementales, en envisageant l'utilisation d'approches, de technologies et de moyens de communication innovants ;

Notant que de nombreuses personnes handicapées, en particulier les filles et les femmes, rencontrent des obstacles qui les empêchent d'accéder à l'information et à l'éducation, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de procréation, tels que les

prévoient le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, le Programme d'action de Beijing et les documents issus des conférences d'examen qui ont suivi, tels qu'adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Rappelant que l'action multisectorielle sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, pour l'ensemble de la population et pour les personnes en situation de vulnérabilité, en fonction du degré de désavantage qu'elles subissent, est essentielle pour créer des sociétés inclusives, équitables, économiquement productives, résilientes et saines vivant dans des environnements sains où les options saines constituent des choix simples ;

Reconnaissant l'importance de la coopération et de la solidarité nationales, internationales et mondiales pour le bienfait de tous les peuples dans des conditions équitables et le rôle important que jouent les organisations multilatérales concernées, sous la direction de l'OMS, dans l'élaboration et la promotion de normes et de lignes directrices et dans le recensement et le partage de bonnes pratiques pour soutenir les mesures visant les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé ;

Considérant que le fait de voir dans la santé et le bien-être humains l'un des principaux fondements d'une société prospère, inclusive et équitable au XXI^e siècle est conforme à notre engagement envers les droits humains aux niveaux national, régional et international,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies, grâce à des politiques publiques à fort impact, reposant sur des données scientifiques et les meilleures connaissances disponibles, dans tous les secteurs, élaborées dans le cadre de processus participatifs ; à consolider les systèmes de santé, à influencer sur les déterminants de la santé et à réduire les facteurs de risque, notamment par une réglementation adéquate ; et à utiliser, pour élaborer ces politiques, des évaluations d'impact sur la santé et sur l'équité en matière de santé afin de parvenir à des résultats équitables ;
- 2) à renforcer le système de santé et à donner au personnel de santé les moyens d'agir, par exemple par une formation de base et continue, pour assurer la promotion de la santé, la prévention des maladies et la communication en matière de santé à tous les niveaux des services de santé, notamment en utilisant des approches, des technologies et des moyens de communication innovants, en veillant à ce que les personnes en situation de vulnérabilité aient accès aux informations ;
- 3) à créer des environnements favorables à la santé en agissant sur les déterminants de la santé dans tous les secteurs et en réduisant les facteurs de risque, ce qui permettra aux individus de faire plus facilement des choix sains, propices à la bonne santé, à la sécurité et à la résilience des communautés ;
- 4) à agir plus vite pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être et la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 pour tous à toutes les étapes de la vie et, à cet égard, réaffirmer notre détermination à faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires accèdent, d'ici à 2025, à des services de santé et de santé mentale essentiels de qualité et à des médicaments, des vaccins, des outils de diagnostic et des technologies sanitaires essentiels qui soient sûrs, de qualité et efficaces, ainsi qu'à des informations sanitaires essentielles et de qualité, en vue de parvenir à la couverture universelle d'ici à 2030 ;
- 5) à veiller à la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique adaptées à chaque pays et à chaque contexte pour protéger et promouvoir la santé et prévenir les maladies ;

6) à assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux ;

7) à envisager de prendre des mesures pour inclure des connaissances de base en matière de santé dans les programmes d'enseignement afin que tout le monde ait un niveau approprié de connaissances en matière de santé, et à mettre en œuvre des interventions efficaces, à fort impact, de qualité garantie, centrées sur la personne, prenant en compte le genre, le handicap et le niveau de connaissances, axées sur l'équité, fondées sur des données probantes et tenant compte des contextes culturels, pour répondre aux besoins sanitaires de tous à toutes les étapes de la vie, et en particulier des personnes handicapées et des personnes qui se trouvent en situation de vulnérabilité, en garantissant l'accès universel à des ensembles de services de santé intégrés de qualité à tous les niveaux de soins, déterminés au niveau national, pour la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et les soins, et la réadaptation en temps opportun, y compris en encourageant les programmes de retour au travail ;

8) à soutenir la mise en place, le cas échéant, de mécanismes de production, de collecte et d'échange de données probantes pour l'élaboration de politiques à fort impact visant à promouvoir et à protéger le bien-être physique, mental et social des personnes et à agir de manière globale sur les déterminants structurels, sociaux, économiques, environnementaux et autres de la santé en travaillant dans tous les secteurs suivant une approche pangouvernementale, pansociétale et plaçant la santé au cœur de toutes les politiques ;

9) à envisager, le cas échéant, de mettre en place des structures gouvernementales, régionales, infrarégionales et locales chargées de la promotion de la santé au niveau de la population, bénéficiant d'un financement durable et d'un suivi permanent, et à renforcer la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les populations et les capacités de résilience ;

10) à promouvoir la santé et le bien-être en prévoyant des mesures coordonnées et multisectorielles tout au long de la vie et en créant les conditions permettant aux personnes de bénéficier d'une eau propre et sans danger, d'une alimentation saine issue de systèmes alimentaires durables, d'un air pur, d'un environnement sans tabac et d'une participation à la vie sociale, à l'abri de toutes les formes de discrimination et d'inégalités, en veillant à ce que chacun soit en mesure d'assumer la responsabilité de sa propre santé et de son propre bien-être, et dispose des moyens nécessaires à cette fin ;

11) à concevoir et à adapter les systèmes et infrastructures publics, y compris les systèmes de santé qui répondent aux besoins de la population, qui sont accessibles et abordables pour tous afin de garantir l'équité en matière de santé et de contribuer à un développement économique durable et résilient ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer, dans le cadre du mandat de l'OMS, un cadre pour atteindre le bien-être en s'appuyant sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses 17 objectifs de développement durable, et de déterminer le rôle que la promotion de la santé y joue, en consultation avec les États Membres, pour examen à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session ;

2) d'élaborer un plan de mise en œuvre et de suivi faisant partie du cadre mentionné au paragraphe 2.1) et ayant pour objet de recenser les approches novatrices en matière de bien-être qui font appel aux outils de promotion de la santé, aux nouvelles technologies et à de nouvelles méthodes, et de favoriser leur application, afin de contribuer à l'exécution du programme général de travail de l'OMS ;

- 3) de fournir un appui technique aux États Membres afin qu'ils consolident leur gouvernance, leur financement, leurs ressources humaines, la production de données probantes, la ventilation des données et les structures de recherche pour la promotion de la santé et du bien-être ;
- 4) de promouvoir et de recommander une recherche interdisciplinaire scientifiquement fondée afin de consolider la base de données probantes pour les interventions visant à promouvoir la santé et le bien-être au niveau de la population, de la communauté et de l'individu, y compris en utilisant les mégadonnées et en s'appuyant sur les systèmes de mesure des objectifs de développement durable ;
- 5) de faire rapport à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024, à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à ses sessions correspondantes, sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

WHA75.20 Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

1. PREND NOTE AVEC SATISFACTION des stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 ;
2. RÉAFFIRME que le contexte national doit être pris en compte dans la mise en œuvre des stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 ;
3. PRIE le Directeur général de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 à l'Assemblée de la Santé en 2024, 2026, 2028 et 2031, en notant que le rapport de 2026 présentera un examen à mi-parcours reflétant les progrès réalisés au regard des cibles des stratégies pour 2025 et sur la voie des objectifs fixés pour 2030.

(Neuvième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission A, septième rapport)

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

DÉCISIONS

WHA75(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des 12 États Membres suivants : Australie, Azerbaïdjan, Bolivie (État plurinational de), Croatie, Eswatini, Irlande, Népal, Nicaragua, Sierra Leone, Singapour, Soudan et Tchad.

(Première séance plénière, 22 mai 2022)

WHA75(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé

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

Président : S. E. D^f Ahmed Robleh Abdilleh (Djibouti)

Vice-Présidents : D^{re} Maria Endang Sumiwi (Indonésie)
Professeure Asena Serbezova (Bulgarie)
M. Colin McIff (États-Unis d'Amérique)
M. Khairy Jamaluddin (Malaisie)
Professeur Moustafa Mijiyawa (Togo)

(Première séance plénière, 22 mai 2022)

WHA75(3) Élection du bureau des commissions principales

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

Commission A : Président D^f Hiroki Nakatani (Japon)
Commission B : Président M. Rajesh Bhushan (Inde)

(Première séance plénière, 22 mai 2022)

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

Commission A : Vice-Présidentes D^{re} Tamar Gabunia (Géorgie)
D^{re} Maryam Abdool-Richards (Trinité-et-Tobago)

Rapporteuse D^{re} Walaiporn Patcharanarumol (Thaïlande)

Commission B : Vice-Présidents D^r Firass Abiad (Liban)
D^r Emmanuel Osagie Ehanire (Nigéria)

Rapporteur D^r Grzegorz Juszczak (Pologne)

(Premières séances des Commissions A et B,
23 et 25 mai 2022, respectivement)

WHA75(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Angola, Arabie saoudite, Arménie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Chine, Congo, Cuba, Dominique, El Salvador, France, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Somalie, Türkiye et Uruguay.

(Première séance plénière, 22 mai 2022)

WHA75(5) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent cinquantième session, après avoir supprimé deux points et trois sous-points, exclu un point supplémentaire, et transféré un point de la Commission B à la Commission A.

(Deuxième séance plénière, 23 mai 2022)

WHA75(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le rapport de la Commission de vérification des pouvoirs¹ et a accepté les pouvoirs présentés par les délégations des 190 États Membres suivants, les jugeant conformes au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : Afghanistan ; Afrique du Sud ; Albanie ; Algérie ; Allemagne ; Andorre ; Angola ; Antigua-et-Barbuda ; Arabie saoudite ; Argentine ; Arménie ; Australie ; Autriche ; Azerbaïdjan ; Bahamas ; Bahreïn ; Bangladesh ; Barbade ; Bélarus ; Belgique ; Belize ; Bénin ; Bhoutan ; Bolivie (État plurinational de) ; Bosnie-Herzégovine ; Botswana ; Brésil ; Brunéi Darussalam ; Bulgarie ; Burkina Faso ; Burundi ; Cabo Verde ; Cambodge ; Cameroun ; Canada ; Chili ; Chine ; Chypre ; Colombie ; Congo ; Costa Rica ; Côte d'Ivoire ; Croatie ; Cuba ; Danemark ; Djibouti ; Dominique ; Égypte ; El Salvador ; Émirats arabes unis ; Équateur ; Érythrée ; Espagne ; Estonie ; Eswatini ; États-Unis d'Amérique ; Éthiopie ; Fédération de Russie ; Fidji ; Finlande ; France ; Gabon ; Gambie ; Géorgie ; Ghana ; Grèce ; Grenade ; Guatemala ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Hongrie ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Iraq ; Irlande ; Islande ; Israël ; Italie ; Jamaïque ; Japon ; Jordanie ; Kazakhstan ; Kenya ; Kirghizistan ; Kiribati ; Koweït ; Lesotho ; Lettonie ; Liban ; Libéria ; Libye ; Lituanie ; Luxembourg ; Macédoine du Nord ; Madagascar ; Malaisie ; Malawi ; Maldives ; Mali ; Malte ; Maroc ; Maurice ; Mauritanie ; Mexique ; Micronésie (États fédérés de) ; Monaco ; Mongolie ; Monténégro ; Mozambique ; Namibie ; Nauru ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Palaos ; Panama ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Paraguay ; Pays-Bas ; Pérou ; Philippines ;

¹ Document A75/59.

Pologne ; Portugal ; Qatar ; République arabe syrienne ; République centrafricaine ; République de Corée ; République démocratique du Congo ; République démocratique populaire lao ; République de Moldova ; République dominicaine ; République populaire démocratique de Corée ; République-Unie de Tanzanie ; Roumanie ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rwanda ; Sainte-Lucie ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Marin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Samoa ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Serbie ; Seychelles ; Sierra Leone ; Singapour ; Slovaquie ; Slovénie ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Sri Lanka ; Suède ; Suisse ; Suriname ; Tadjikistan ; Tchad ; Tchèque ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Togo ; Tonga ; Trinité-et-Tobago ; Tunisie ; Turkménistan ; Türkiye ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Vanuatu ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

(Quatrième séance plénière, 24 mai 2022)

WHA75(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Brésil, Canada, Chine, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Maldives, Maroc, Micronésie (États fédérés de), République de Moldova, Sénégal, Slovaquie, Yémen.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022)

WHA75(8) Financement durable¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Groupe de travail sur le financement durable, y compris ses recommandations connexes,²

A décidé :

- 1) d'adopter les recommandations du Groupe de travail sur le financement durable, figurant à l'annexe 4 ;
- 2) de prier le Directeur général de mettre en place des mesures afin de veiller à l'application de ces recommandations.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, troisième rapport)

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/9.

WHA75(9) Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires,²

A décidé :

- 1) de prendre note avec satisfaction du rapport ;
- 2) en ce qui concerne les amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005) :
 - a) de maintenir le Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, en révisant son mandat, y compris, le cas échéant et s'il en est ainsi convenu dans chaque Région, en instaurant un roulement au sein du Bureau, et en modifiant son nom (le « Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) »), qui sera chargé exclusivement d'examiner les propositions d'amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005), conformément à la décision EB150(3) (2022), intitulée « Renforcement du Règlement sanitaire international (2005) : un processus de révision au moyen d'amendements éventuels », en vue de les soumettre à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024 ;
 - b) de prier le Directeur général de constituer, dès que possible et le 1^{er} octobre 2022 au plus tard, un Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) (Comité d'examen du RSI) conformément au Titre IX, Chapitre III du Règlement sanitaire international (2005), en particulier à l'article 50, paragraphes 1.a) et 6), en veillant particulièrement au respect de la lettre et de l'esprit de l'article 51, paragraphe 2, qui fera des recommandations techniques sur les propositions d'amendements mentionnées à l'alinéa c) ci-dessous, en vue d'orienter les travaux du Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) ;
 - c) d'inviter à la présentation des propositions d'amendements d'ici au 30 septembre 2022, toutes ces propositions d'amendements étant diffusées sans délai par le Directeur général à tous les États Parties ;
 - d) de demander au Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) de convoquer sa réunion d'organisation le 15 novembre 2022 au plus tard, et d'agir en coordination avec le processus établi par l'organe intergouvernemental de négociation pour rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, y compris en instaurant une coordination régulière entre les deux bureaux respectifs et en alignant les calendriers des réunions et les plans de travail, car le Règlement sanitaire international (2005) comme le nouvel instrument sont censés jouer des rôles clés en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies à l'avenir ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/17.

-
- e) de demander au Comité d'examen du RSI de soumettre son rapport au Directeur général le 15 janvier 2023 au plus tard, le Directeur général le transmettant sans délai au Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) ;
- f) de demander au Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) d'établir un programme de travail conformément à la décision EB150(3), et en tenant compte du rapport du Comité d'examen du RSI, de proposer un ensemble d'amendements ciblés, pour examen par la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 3) d'encourager les États Membres à continuer d'examiner et d'envisager les mesures possibles figurant à l'appendice 3 du document A75/17, en ce qui concerne la prévention, la préparation et la riposte face aux urgences sanitaires, par exemple au moyen des processus des organes directeurs de l'OMS en cours dans ce domaine, en notant que ces mesures éventuelles sont complémentaires et s'ajoutent aux mandats existants déjà mis en œuvre par le Secrétariat ;
- 4) de prier le Directeur général :
- a) de présenter à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, en tant que question de fond inscrite à l'ordre du jour, un rapport :
- i) sur les progrès accomplis par le Secrétariat dans la mise en œuvre des mesures pour lesquelles il a reçu mandat des organes directeurs de l'OMS et qui sont liées aux activités mentionnées au paragraphe 3, conformément aux obligations existantes en matière de rapports ;
- ii) le cas échéant, sur les vues du Secrétariat de l'OMS concernant les modalités possibles pour mener à bien les activités mentionnées au paragraphe 3) qui ne sont pas actuellement en cours de mise en œuvre ;
- b) d'appuyer le Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) :
- i) en convoquant la première réunion le 15 novembre 2022 au plus tard, et les réunions ultérieures à la demande des Coprésidents aussi souvent que nécessaire ;
- ii) en fournissant au Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) les services et les moyens dont il a besoin pour s'acquitter de sa mission, ainsi que des renseignements et des conseils complets, pertinents et opportuns.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission A, troisième rapport)

WHA75(10) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, prenant note du rapport du Directeur général² demandé dans la décision WHA74(9) (2021),

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de rendre compte à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, en 2023, des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par l'OMS et en gardant à l'esprit l'obligation juridique qui incombe à la Puissance occupante ;
- 2) d'appuyer le secteur de la santé palestinien, selon une approche visant à renforcer le système de santé, notamment grâce à des programmes de renforcement des capacités, à l'amélioration des infrastructures de base, des ressources humaines et techniques et des établissements de santé, à des efforts tendant à garantir que les services de santé nécessaires pour traiter les problèmes structurels découlant de l'occupation prolongée soient accessibles, abordables et de qualité, et à l'élaboration de plans stratégiques d'investissement dans des capacités locales spécifiques de traitement et de diagnostic ;
- 3) de garantir l'acquisition durable de vaccins, de médicaments et de matériel médical préqualifiés par l'OMS pour le territoire palestinien occupé, conformément au droit international humanitaire et aux normes et critères de l'OMS ;
- 4) de garantir l'accès équitable, à un prix abordable et sans discrimination à des vaccins contre la maladie à coronavirus (COVID-19) pour la population occupée protégée vivant dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, conformément au droit international ;
- 5) de garantir le respect et la protection de la population blessée, du personnel soignant et d'aide humanitaire, du système de soins et de l'ensemble du personnel médical et humanitaire qui se consacre exclusivement à des tâches médicales, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres établissements médicaux, conformément aux Conventions de Genève et à leurs protocoles additionnels ;
- 6) d'évaluer, en coopération étroite avec l'UNICEF et les autres entités des Nations Unies concernées, ainsi que le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et le Bureau de pays de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, la portée et la nature, dans la population du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, en particulier chez les enfants et les adolescents, de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale découlant des bombardements aériens et des autres formes de bombardement prolongés ;
- 7) de continuer à renforcer le partenariat avec les autres entités et partenaires des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide et une protection de manière inclusive et durable durant la pandémie de COVID-19 et après la crise provoquée par la pandémie ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/26.

- 8) de rendre compte de la situation sanitaire de la population syrienne dans le Golan syrien occupé, y compris les prisonniers et les détenus, en s'appuyant sur des évaluations de terrain menées par l'OMS, d'assurer l'accès adéquat de ces personnes aux services de santé mentale, physique et environnementale et de faire rapport sur les moyens de leur apporter une assistance technique sanitaire ;
- 9) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien, y compris des prisonniers et des détenus, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des handicapés et des blessés ;
- 10) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, en mettant l'accent sur le développement des ressources humaines, afin de rendre disponibles localement les services de santé, en diminuant les orientations-recours, en réduisant les coûts, en renforçant la prestation de services de santé mentale et en assurant durablement des soins de santé primaires solides moyennant des services de santé appropriés complets et intégrés ;
- 11) de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces objectifs.

(Septième séance plénière, 27 mai 2022 –
Commission B, premier rapport)

WHA75(11) 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 transmissibles¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

A décidé :

- 1) de prendre note du rapport de synthèse du Directeur général et de ses annexes ;^{3,4,5}
- 2) d'adopter :
 - la feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ;⁶
 - les recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et les cibles recommandées ;⁷

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

³ Documents A75/10 Add.3 (annexe 5) et A75/10 Add.3 Corr.1.

⁴ Document A75/10 Add.5 (annexe 11).

⁵ Document A75/10 Add.6 (annexe 12).

⁶ Voir l'annexe 8.

⁷ Voir l'annexe 9.

- la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire ;¹
- les recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire ;²
- le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 ;³
- le plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique ;^{4,5}
- les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie et la définition de cibles à cet égard ;⁶
- le plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2022-2025 ;⁷

3) de prier le Directeur général de faire rapport tous les deux ans, jusqu'en 2030, sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales définies pour l'obésité, dans le cadre des exigences en matière d'établissement de rapports prévues par le plan d'accélération.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA75(12) Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur la réforme de l'OMS intitulé « Déclarations écrites : lignes directrices pour les États Membres »,⁸

A décidé que les lignes directrices figurant à l'annexe 16 s'appliqueraient désormais aux déclarations écrites se rapportant aux sessions de l'Assemblée de la Santé présentées par les États Membres.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir l'annexe 10.

² Voir l'annexe 11.

³ Voir l'annexe 12.

⁴ Voir l'annexe 13.

⁵ Publié sous le titre *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030*.

⁶ Voir l'annexe 14.

⁷ Voir l'annexe 15.

⁸ Document A75/30.

WHA75(13) Ressources humaines : rapport annuel

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹ et ayant examiné le rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé² ainsi que la proposition d'indemnité de logement pour le Directeur général présentée à l'annexe du document A75/31, et l'amendement correspondant qu'il est proposé d'apporter au projet de contrat du Directeur général, figurant dans le document A75/5,

A décidé :

- 1) de reporter une décision sur la proposition d'indemnité de logement pour le Directeur général présentée à l'annexe du document A75/31 à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session et du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à sa trente-septième réunion ;
- 2) d'accorder une indemnité provisoire de 5000 dollars des États-Unis par mois au Directeur général compte tenu des circonstances exceptionnelles.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75(14) Rapports programmatiques et financiers de l'OMS pour 2020-2021, avec les états financiers vérifiés pour 2021

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2020-2021 »³ et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2021 ;⁴ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,⁵

A décidé d'accepter le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2020-2021 » et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2021.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Document A75/31.

² Document A75/57.

³ Document A75/32.

⁴ Document A75/33.

⁵ Document A75/51.

WHA75(15) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,

A décidé :

- 1) de nommer le D^r Sebastien Klappert, délégué de l'Allemagne, membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour la durée restant à courir du mandat du D^r Kai Zaehle, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2024 ;
- 2) de nommer le D^r Theophile Dushime, délégué du Rwanda, membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2025 ;
- 3) de nommer M. Gerald Anderson, délégué des États-Unis d'Amérique, membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2025 ;
- 4) de nommer le D^r Ahmed Shadoul, délégué du Soudan, plus ancien membre suppléant, membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour la durée restant à courir de son mandat, jusqu'à la clôture de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2023 ;
- 5) de nommer M^{me} Yanjmaa Binderiya, déléguée de la Mongolie, deuxième plus ancien membre suppléant, membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour la durée restant à courir de son mandat, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2024.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75(16) Rapport du Commissaire aux comptes

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé ;¹ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,²

A décidé d'accepter le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Document A75/35.

² Document A75/56.

WHA75(17) Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,²

A décidé de prier le Directeur général de continuer à faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les deux ans, jusqu'en 2030, sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA63.12 (2010) sur la disponibilité, l'innocuité et la qualité des produits sanguins.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75(18) Transplantation d'organes et de tissus humains¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,³

A décidé de prier le Directeur général de continuer à faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les deux ans, jusqu'en 2030, sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA63.22 (2010) sur la transplantation d'organes et de tissus humains.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75(19) Médecine traditionnelle¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,⁴

A décidé de prier le Directeur général de soumettre un rapport final sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA67.18 (2014) sur la médecine traditionnelle à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session, sous la forme d'un document de synthèse faisant suite également à la demande formulée dans la décision WHA73(15) (2020) concernant les stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/40.

³ Document A75/41.

⁴ Document A75/42.

WHA75(20) Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,²

A décidé de prier le Directeur général de continuer à faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les deux ans, jusqu'en 2030, sur les activités de l'OMS visant à traiter le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique et sur les progrès accomplis dans l'application de la décision WHA70(18) (2017) sur le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA75(21) La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) d'élaborer des orientations à l'intention des États Membres sur les mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation des substituts du lait maternel par voie numérique, afin que les règlements existants et nouveaux destinés à mettre en application le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé couvrent de manière adéquate les pratiques de commercialisation par voie numérique ;
- 2) de faire rapport sur l'exécution de la tâche indiquée au paragraphe 1) à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

WHA75(22) Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³

A décidé :

- 1) d'adopter la version actualisée de la stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments ;

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/43.

³ Document A75/10 Rev.1.

- 2) d'inviter les États Membres à élaborer des feuilles de route nationales pour la mise en œuvre de la Stratégie ou à intégrer des mesures de mise en œuvre de la Stratégie dans les politiques et programmes existants de sécurité sanitaire des aliments, et à mettre à disposition des ressources financières appropriées pour financer ces travaux ;
- 3) de prier le Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la version actualisée de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024, puis tous les deux ans jusqu'en 2030.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

WHA75(23) Réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de mettre à jour les orientations provisoires sur la réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels afin de répondre aux questions relatives à la portée des orientations, s'agissant notamment des espèces visées (espèces de mammifères ou espèces de mammifères et autres espèces) et de la question de savoir s'il s'agit d'animaux vivants d'élevage ou sauvages ;
- 2) d'élaborer des plans pour soutenir les pays dans la mise en œuvre des orientations provisoires sur la réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse ;
- 3) de faire rapport à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2024, puis tous les deux ans jusqu'en 2030, sur les progrès accomplis dans la mise à jour des orientations provisoires sur la réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse et dans celle des plans d'appui aux pays, parallèlement aux rapports sur l'avancement de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

WHA75(24) Initiative mondiale Santé pour la paix¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

Rappelant la Constitution de l'OMS, dans laquelle il est reconnu que la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; et la résolution WHA34.38 (1981), dans laquelle est mis en avant le rôle des médecins et autres personnels de santé dans la préservation et la promotion de la paix en tant que principal facteur favorisant l'instauration de la santé pour tous ;

Réaffirmant l'engagement des États Membres à réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dans lequel il est précisé, entre autres, qu'il ne peut y avoir de développement durable sans paix ni de paix sans développement durable, et soulignant qu'il importe de permettre à tous de vivre en bonne santé, de promouvoir le bien-être de tous à tout âge, ainsi que d'œuvrer en faveur de sociétés justes, pacifiques et inclusives ;

Notant le rôle de l'OMS dans le cadre de son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international,

A décidé :

- 1) de prendre note du rapport ;
- 2) de prier le Directeur général de consulter les États Membres³ et les observateurs⁴ concernant l'application de la voie à suivre proposée dans le document EB150/20 sur l'Initiative mondiale Santé pour la paix, puis d'élaborer, en pleine consultation avec les États Membres³ et les observateurs⁴ et en étroite collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies et les acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS concernés, une éventuelle feuille de route pour l'Initiative, qui sera soumise pour examen à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023 par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, troisième rapport)

WHA75(25) Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux¹

La Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Directeur général^{5,6} et réaffirmant le rôle de l'OMS dans l'élaboration, dans la transparence et sur la base de données factuelles, de normes, de critères et d'un glossaire normalisé de définitions, applicables aux dispositifs médicaux, comme demandé dans la résolution WHA60.29 (2007) sur les technologies sanitaires,

¹ Voir à l'annexe 18 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A75/10 Rev.1.

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

⁴ Tels qu'ils sont décrits au paragraphe 3 du document EB146/43.

⁵ Document A75/11.

⁶ Document A75/11 Add.1.

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) d'intégrer les informations disponibles relatives aux dispositifs médicaux, y compris les termes, codes et définitions, dans la base de données en ligne centralisant les informations établie conformément à la résolution WHA60.29 (2007) et désormais accessible en tant que système d'information sur les dispositifs médicaux prioritaires (MeDevIS) ;¹ et de relier cette base de données à d'autres plateformes de l'OMS, telles que la Classification internationale des maladies (CIM-11),² pour servir de référence aux parties prenantes et aux États Membres ;
- 2) de présenter un rapport de fond sur les progrès accomplis dans l'application de la présente décision au Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session en janvier 2023 et à sa cent cinquante-sixième session en janvier 2025.

(Huitième séance plénière, 28 mai 2022 –
Commission B, quatrième rapport)

¹ Le MeDevIS est accessible à l'adresse <https://medevis.who-healthtechnologies.org/> (consulté le 13 mai 2022).

² La CIM-11 est accessible à l'adresse <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (consulté le 13 mai 2022).

ANNEXES

ANNEXE 1

CONTRAT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

LE PRÉSENT CONTRAT est conclu ce vingt-quatrième jour de mai deux mille vingt-deux entre l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation), d'une part, et le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus (ci-après dénommé le Directeur général), d'autre part.

ATTENDU QUE

1) L'article 31 de la Constitution de l'Organisation prévoit que le Directeur général de l'Organisation est nommé par l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Assemblée de la Santé), sur proposition du Conseil exécutif (ci-après dénommé le Conseil) et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer ; et

2) Le Directeur général a été dûment nommé par l'Assemblée de la Santé au cours de sa séance du vingt-quatrième jour de mai deux mille vingt-deux pour une durée de cinq ans.

EN CONSÉQUENCE, AUX TERMES DU PRÉSENT CONTRAT, il a été convenu ce qui suit :

I. 1) La durée du mandat du Directeur général court du seizième jour d'août deux mille vingt-deux au quinzième jour d'août deux mille vingt-sept, date à laquelle ses fonctions et le présent contrat prennent fin.

2) Sous l'autorité du Conseil, le Directeur général remplit les fonctions de chef des services techniques et administratifs de l'Organisation et exerce telles attributions qui peuvent être spécifiées dans la Constitution et dans les Règlements de l'Organisation et/ou qui peuvent lui être conférées par l'Assemblée de la Santé ou par le Conseil.

3) Le Directeur général s'engage pleinement à gérer de manière responsable et adéquate les ressources de l'OMS, notamment ses ressources financières, humaines et matérielles, avec efficacité et efficacité, afin d'atteindre les objectifs de l'Organisation ; à instaurer une culture de l'éthique, de sorte que toutes les décisions et actions du Secrétariat reposent sur la responsabilisation, la transparence, l'intégrité et le respect ; à garantir une représentation géographique équitable et l'équilibre entre les sexes lors de l'engagement des membres du personnel et conformément à l'article 35 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; à appliquer les recommandations issues de la vérification intérieure et extérieure des comptes de l'Organisation ; et à garantir le respect des délais d'établissement des documents officiels et leur transparence.

4) Le Directeur général est soumis au Statut du personnel de l'Organisation dans la mesure où ce Statut lui est applicable. En particulier, il ne peut occuper aucun autre poste administratif, ni recevoir de sources extérieures quelconques des émoluments à titre de rémunération pour des activités relatives à l'Organisation. Il n'exerce aucune occupation et n'accepte aucun emploi ou activité incompatibles avec ses fonctions dans l'Organisation.

5) Le Directeur général, pendant la durée de son mandat, jouit de tous les privilèges et immunités afférents à ses fonctions en vertu de la Constitution de l'Organisation et de tous accords s'y rapportant déjà en vigueur ou à conclure ultérieurement.

6) Le Directeur général peut à tout moment, et moyennant préavis de six mois, donner sa démission par écrit au Conseil, qui est autorisé à accepter cette démission au nom de l'Assemblée de la Santé ; dans ce cas, à l'expiration dudit préavis, le Directeur général cesse de remplir ses fonctions et le présent contrat prend fin.

7) L'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après avoir entendu le Directeur général, a le droit, pour des raisons d'une exceptionnelle gravité susceptibles de porter préjudice aux intérêts de l'Organisation, de mettre fin au présent contrat, moyennant préavis par écrit d'au moins six mois.

II. 1) À compter du seizième jour d'août deux mille vingt-deux, le Directeur général reçoit de l'Organisation un traitement annuel de deux cent cinquante-neuf mille cinq cent cinquante-trois dollars des États-Unis avant imposition, de sorte que le traitement net, payable mensuellement, sera de cent quatre-vingt-quinze mille cent quatre-vingt-sept dollars des États-Unis par an ou son équivalent en toute autre monnaie que les parties pourront arrêter d'un commun accord.

2) En plus des ajustements et indemnités normalement accordés aux membres du personnel aux termes du Règlement du personnel, le Directeur général reçoit annuellement, à titre de frais de représentation, un montant de vingt et un mille dollars des États-Unis ou son équivalent en toute autre monnaie arrêtée d'un commun accord par les parties, cette somme étant payable mensuellement à partir du seizième jour d'août deux mille vingt-deux. Il utilise le montant de l'indemnité de représentation uniquement pour couvrir les frais de représentation qu'il estime devoir engager dans l'exercice de ses fonctions officielles. Il a droit aux allocations versées à titre de remboursement, telles que celles qui se rapportent aux frais de voyage ou de déménagement entraînés par sa nomination, par un changement ultérieur de lieu d'affectation, ou par la fin de son mandat, de même que celles qui concernent les frais de voyages officiels et de voyages pour congé dans les foyers.

3) Le Directeur général participe et contribue à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies conformément aux Statuts et Règlement de ladite Caisse commune des pensions pendant la durée de son mandat.

III. Les clauses du présent contrat relatives au traitement et aux frais de représentation sont sujettes à révision et à adaptation par l'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après consultation du Directeur général, afin de les rendre conformes à toutes dispositions concernant les conditions d'emploi des membres du personnel que l'Assemblée de la Santé pourrait décider d'appliquer à ceux desdits membres du personnel déjà en fonction.

IV. Au cas où, à propos du présent contrat, viendraient à surgir une quelconque difficulté d'interprétation ou même un différend non résolu par voie de négociation ou d'entente amiable, l'affaire serait portée pour décision définitive devant le tribunal compétent prévu dans le Règlement du personnel.

EN FOI DE QUOI, nous avons apposé nos signatures le jour et l'année indiqués au premier alinéa ci-dessus.

.....
Directeur général

.....
Président de la Soixante-Quinzième
Assemblée mondiale de la Santé

ANNEXE 2

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)¹

Article 59 Entrée en vigueur ; délai prévu pour formuler un refus ou des réserves

1. Le délai prévu à l'article 22 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé pour refuser le présent Règlement ou y formuler des réserves est de 18 mois à compter de la date de notification, par le Directeur général, de l'adoption du présent Règlement par l'Assemblée de la Santé. Un refus ou une réserve reçus par le Directeur général après l'expiration de ce délai seront sans effet.

1 *bis* Le délai prévu à l'article 22 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé pour refuser un amendement au présent Règlement ou y formuler des réserves est de 10 mois à compter de la date de notification, par le Directeur général, de l'adoption dudit amendement au présent Règlement par l'Assemblée de la Santé. Un refus ou une réserve reçus par le Directeur général après l'expiration de ce délai seront sans effet.

2. Le présent Règlement entre en vigueur 24 mois après la date de notification visée au paragraphe 1 du présent article, et les amendements au présent Règlement entrent en vigueur 12 mois après la date de notification visée au paragraphe 1 *bis* du présent article, excepté à l'égard :

- a) d'un État qui a refusé le Règlement ou un amendement à celui-ci conformément à l'article 61 ;
- b) d'un État qui a formulé une réserve, et à l'égard duquel le Règlement ou un amendement à celui-ci entre en vigueur comme prévu à l'article 62 ;
- c) d'un État qui devient Membre de l'OMS après la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 1 du présent article et qui n'est pas déjà Partie au présent Règlement, à l'égard duquel le Règlement entre en vigueur comme prévu à l'article 60 ; et
- d) d'un État non Membre de l'OMS, mais qui accepte le présent Règlement et à l'égard duquel ce dernier entre en vigueur conformément au paragraphe 1 de l'article 64.

3. Si un État est dans l'incapacité d'ajuster ses dispositions législatives et administratives nationales dans le délai prévu au paragraphe 2 du présent article pour les mettre en pleine conformité avec le présent Règlement ou avec un amendement à celui-ci, selon le cas, il adresse au Directeur général dans le délai applicable spécifié au paragraphe 1 ou 1 *bis* du présent article une déclaration concernant les ajustements qui restent à apporter et procède auxdits ajustements au plus tard dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci à l'égard de cet État Partie.

¹ Voir la résolution WHA75.12.

Article 55 Amendements

1. Tout État Partie ou le Directeur général peut proposer des amendements au présent Règlement. Ces amendements sont soumis à l'Assemblée de la Santé pour examen.
2. Le texte de tout amendement proposé est communiqué à tous les États Parties par le Directeur général au moins quatre mois avant l'Assemblée de la Santé à laquelle cet amendement est soumis pour examen.
3. Les amendements au présent Règlement adoptés par l'Assemblée de la Santé conformément au présent article entrent en vigueur à l'égard de tous les États Parties dans les mêmes conditions et sous réserve des mêmes droits et obligations que ceux prévus à l'article 22 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et aux articles 59 à 64 du présent Règlement, sous réserve des délais prévus par ces articles en ce qui concerne les amendements au présent Règlement.

Article 61 Refus

Si un État notifie au Directeur général son refus du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci dans le délai applicable prévu au paragraphe 1 ou 1 *bis* de l'article 59, le présent Règlement ou l'amendement concerné n'entre pas en vigueur à l'égard de cet État. Tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 auquel cet État est déjà Partie demeure en vigueur pour ce qui le concerne.

Article 62 Réserves

1. Tout État peut formuler des réserves au Règlement ou à un amendement à celui-ci en application du présent article. Ces réserves ne doivent pas être incompatibles avec l'objet et le but du présent Règlement.
2. Toute réserve au présent Règlement ou à un amendement à celui-ci doit être notifiée au Directeur général conformément aux dispositions des paragraphes 1 et 1 *bis* de l'article 59 et de l'article 60, du paragraphe 1 de l'article 63 ou du paragraphe 1 de l'article 64, selon le cas. Un État non Membre de l'OMS doit aviser le Directeur général de toute réserve qu'il fait dans sa notification d'acceptation du présent Règlement. Tout État qui formule des réserves doit en faire connaître les motifs au Directeur général.
3. Un refus partiel du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci équivaut à une réserve.
4. En application des dispositions du paragraphe 2 de l'article 65, le Directeur général notifie toute réserve reçue au titre du paragraphe 2 du présent article. Le Directeur général :
 - a) si la réserve a été formulée avant l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux États Membres qui n'ont pas refusé le présent Règlement de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve ; ou
 - b) si la réserve a été formulée après l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux États Parties de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve ; ou
 - c) si la réserve porte sur un amendement au présent Règlement, demande aux États Parties de lui faire connaître dans un délai de trois mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve.

Les États Parties qui formulent une objection à une réserve portant sur un amendement au présent Règlement doivent en indiquer les motifs au Directeur général.

5. Passé ce délai, le Directeur général avise l'ensemble des États Parties des objections reçues concernant les réserves. En cas de réserve portant sur le présent Règlement, si, à l'issue du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, un tiers des États visés au paragraphe 4 du présent article ne se sont pas opposés à la réserve, celle-ci est considérée comme acceptée et le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire, à l'exception des dispositions faisant l'objet de la réserve. En cas de réserve portant sur un amendement au présent Règlement, si, à l'issue du délai de trois mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, un tiers des États visés au paragraphe 4 du présent article ne se sont pas opposés à la réserve, celle-ci est considérée comme acceptée et l'amendement entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire, à l'exception des dispositions faisant l'objet de la réserve.

6. Si un tiers au moins des États visés au paragraphe 4 du présent article s'opposent à une réserve au présent Règlement avant l'expiration du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article ou, dans le cas d'une réserve à un amendement au présent Règlement, avant l'expiration du délai de trois mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, le Directeur général en avise l'État réservataire pour que celui-ci envisage de retirer sa réserve dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification que lui a adressée le Directeur général.

7. L'État réservataire continue de s'acquitter de toutes obligations portant sur l'objet de la réserve qu'il a acceptées dans le cadre d'un accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58.

8. Si l'État auteur d'une réserve ne retire pas celle-ci dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 6 du présent article, et si l'État auteur de la réserve en fait la demande, le Directeur général demande l'avis du Comité d'examen. Le Comité d'examen informe le Directeur général, dans les meilleurs délais et conformément aux dispositions de l'article 50, des répercussions pratiques de la réserve sur l'application du présent Règlement.

9. Le Directeur général soumet la réserve et l'avis du Comité d'examen, le cas échéant, à l'Assemblée de la Santé pour examen. Si l'Assemblée de la Santé, par un vote à la majorité simple, s'oppose à la réserve au motif qu'elle est incompatible avec l'objet et le but du présent Règlement, la réserve n'est pas acceptée et le présent Règlement ou un amendement à celui-ci n'entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire qu'après qu'il a retiré sa réserve conformément à l'article 63. Si l'Assemblée de la Santé accepte la réserve, le présent Règlement ou un amendement à celui-ci entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire avec cette réserve.

Article 63 Retrait d'un refus et d'une réserve

1. Un refus émis au titre de l'article 61 peut, à tout moment, être retiré par un État moyennant une notification adressée au Directeur général. Dans ce cas, le Règlement ou un amendement à celui-ci, selon le cas, entre en vigueur à l'égard de cet État à la date de la réception, par le Directeur général, de la notification, sauf si l'État émet une réserve lorsqu'il retire son refus, auquel cas le Règlement ou un amendement à celui-ci, selon le cas, entre en vigueur comme prévu à l'article 62. En aucun cas le Règlement n'entre en vigueur à l'égard de cet État avant un délai de 24 mois après la date de la notification visée au paragraphe 1 de l'article 59 et en aucun cas un amendement au présent Règlement n'entre en vigueur à l'égard de cet État avant un délai de 12 mois après la date de la notification visée au paragraphe 1 *bis* de l'article 59.

2. Tout ou partie d'une réserve peuvent à tout moment être retirés par l'État Partie concerné moyennant une notification adressée au Directeur général. Dans ce cas, le retrait prend effet à compter de la date de la réception, par le Directeur général, de la notification.

ANNEXE 3

ACCORD ENTRE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET L'ORGANISATION INTERNATIONALE DE DROIT DU DÉVELOPPEMENT

L'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée « l'OMS »), d'une part ; et

L'Organisation internationale de droit du développement (ci-après dénommée « l'OIDD »), d'autre part ;

Ci-après dénommées, séparément et collectivement, respectivement la « Partie » et les « Parties » ;

Considérant que le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible et que, pour y parvenir, l'OMS agit en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;

Considérant que l'OIDD est la seule organisation intergouvernementale mondiale qui se consacre exclusivement à la promotion de l'état de droit pour faire progresser la paix et le développement durable, que l'OIDD agit pour permettre aux gouvernements et aux populations de réformer les lois et de renforcer les institutions afin de promouvoir la paix, la justice, le développement durable et les opportunités économiques ;

Rappelant que l'OMS et l'OIDD ont conclu, le 19 mai 2019, un mémorandum d'accord reconnaissant la nécessité de coopérer entre elles sur des questions d'intérêt mutuel, partageant l'idée que le droit est essentiel pour assurer le meilleur état de santé physique et mental possible, et de bien-être social, et pour renforcer leur engagement en faveur d'un partenariat stratégique entre l'OIDD et l'OMS ;

Désireuses de coordonner leurs efforts dans le cadre des mandats qui leur sont assignés et conformément aux dispositions de la Constitution de l'OMS et de l'Accord portant création de l'Organisation internationale de droit du développement ;

Reconnaissant que la loi est un outil important pour promouvoir le droit à la santé des populations par le biais de la législation et de la réglementation en la matière et que de nombreux États ne disposent pas des cadres législatifs nécessaires pour promouvoir et garantir efficacement la santé publique ;

Souhaitant renforcer leur coopération sur la base de consultations régulières ;

Sont convenues de ce qui suit :

Article 1

Objectif et domaines de coopération

1. L'objectif du présent Accord est de faciliter et de renforcer la coopération et la collaboration entre les Parties, le cas échéant, dans le(s) domaine(s) de la santé publique et du droit étant en rapport avec les activités des Parties.

2. Dans le cadre de leurs mandats et de leurs programmes de travail respectifs, les Parties conviennent de renforcer en général leur coopération, en particulier dans les domaines de coopération visés dans le mémorandum d'accord susmentionné, ainsi que d'autres domaines où la coopération contribuerait à la réalisation des objectifs de chaque organisation.

Article 2

Aspects financiers et mobilisation commune de ressources

1. Le présent Accord définit de manière générale le fondement de la coopération, mais ne constitue pas une obligation financière pouvant servir de justification pour engager des dépenses.

2. Dans la mesure où une activité peut donner naissance à une obligation juridique ou financière, un accord distinct est conclu sous réserve des dispositions du règlement financier et des règles de gestion financière respectifs de l'OIDD et de l'OMS, avant d'entreprendre cette activité.

Article 3

Représentation réciproque

1. Sur la base de la réciprocité, l'OIDD est invitée à se faire représenter aux sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif conformément aux règles et décisions adoptées par ces organes et, selon qu'il sera jugé approprié, à toutes autres réunions tenues sous les auspices de l'OMS, aux délibérations desquelles l'OIDD pourra participer sans droit de vote sur les points de l'ordre du jour l'intéressant.

2. Sur la base de la réciprocité, l'OMS est invitée à se faire représenter aux sessions de l'Assemblée des Parties à l'OIDD conformément aux règles et décisions adoptées par cet organe et, selon qu'il sera jugé approprié, à toutes autres réunions tenues sous les auspices de l'OIDD, aux délibérations desquelles l'OMS pourra participer sans droit de vote sur les points de l'ordre du jour l'intéressant.

Article 4

Échange d'informations

Les Parties conviennent d'échanger, par tout moyen, les informations qu'elles jugeront appropriées concernant leurs activités, sous réserve de leurs politiques existantes, du respect des droits souverains de leurs États et gouvernements membres, des obligations de confidentialité et de la protection du secret commercial, contractuel ou autre.

Article 5

Privilèges et immunités

Aucune disposition du présent Accord ne saurait être interprétée ou considérée comme une renonciation, limitation, dérogation ou une modification des privilèges et immunités dont les Parties jouissent en vertu des accords internationaux et des lois nationales qui leur sont applicables.

Article 6

Entrée en vigueur, modification et dénonciation

1. Le présent Accord entrera en vigueur à la date de sa signature par le Directeur général de l'OMS et le Directeur général de l'OIDD, sous réserve d'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé.
2. Le présent Accord peut être modifié à tout moment par consentement mutuel écrit des deux Parties.
3. Chacune des Parties peut dénoncer à tout moment le présent Accord en notifiant par écrit à l'autre Partie son intention de le faire, moyennant un préavis de six (6) mois. Une telle dénonciation ne devra pas porter préjudice au bon déroulement des éventuelles activités en cours aux termes du présent Accord au moment de ladite dénonciation.

Article 7

Règlement des différends

Tout différend, toute controverse ou tout contentieux découlant de l'interprétation ou de l'application du présent Accord est réglé à l'amiable par voie de négociation entre les Parties. Si les tentatives de négociation amiable échouent, le différend est, à la demande de l'une ou l'autre des Parties, soumis à l'arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Commission des Nations Unies pour le droit commercial international en vigueur.

EN FOI DE QUOI, le présent Accord a été fait et signé à Genève le [...] en deux exemplaires, en anglais.

Pour l'Organisation internationale de
droit du développement

Pour l'Organisation mondiale de la Santé

Directrice générale
Jan Beagle

Directeur général
Tedros Adhanom Ghebreyesus

ANNEXE 4

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DURABLE À LA SOIXANTE-QUINZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ¹

[A75/9, appendice 2 – 13 mai 2022]

38. Le Groupe de travail sur le financement durable :

- a) a constaté qu'aujourd'hui plus que jamais, dans le contexte de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), le modèle de financement actuel de l'OMS, y compris l'établissement de son budget, n'est pas viable et limite la capacité de l'Organisation à avoir un impact là où il est le plus nécessaire, aux niveaux national et régional, et que le statu quo est inacceptable ;
- b) a examiné les recommandations relatives au financement de l'OMS formulées par divers groupes et comités d'examen indépendants dont, entre autres, le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, le Conseil mondial de suivi de la préparation, le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, le Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 ;
- c) a noté que l'on attend de l'OMS qu'elle fournisse en permanence des politiques normatives et des conseils techniques en matière de santé mondiale et que tous les États Membres ont intérêt à ce que l'Organisation bénéficie d'un financement durable, souple et prévisible ;
- d) a souligné que la volonté collective des États Membres de financer l'Organisation doit être à la hauteur des exigences qu'ils imposent à l'OMS ;
- e) a souligné que toute augmentation des contributions fixées des États Membres doit s'accompagner de réformes appropriées de la gouvernance, à convenir par les États Membres, ainsi que d'un renforcement de la transparence, de l'efficacité, de la redevabilité et de la conformité au sein de l'Organisation ;
- f) est conscient que de nombreux États Membres sont confrontés à de graves difficultés financières, pouvant être aggravées par la pandémie de COVID-19, ce qui peut compromettre leur capacité à s'acquitter de leurs obligations financières, parfois en dépit des mécanismes existants ;
- g) a souligné la nécessité d'assurer une coordination entre le Groupe de travail sur le financement durable et le Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires ; et
- h) a constaté que des initiatives sont actuellement prises pour accroître le financement de l'architecture sanitaire mondiale et a souligné l'importance de lier ces efforts à l'impératif d'augmenter le financement de l'OMS.

¹ Voir la décision WHA75(8).

39. Sur la base des prémisses susmentionnées, le Groupe de travail a recommandé :
- a) de renforcer la gouvernance, la transparence, la redevabilité, l'efficacité et la conformité grâce à un certain nombre d'initiatives, y compris, mais sans s'y limiter nécessairement :
 - i) des mécanismes devant être mis en place pour une surveillance rigoureuse et suffisamment longue par l'Assemblée mondiale de la Santé, le Conseil exécutif et le Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif de toutes les initiatives en termes de résultats, de chevauchements potentiels avec les initiatives existantes, de calendrier de mise en œuvre et de coûts connexes, de financement et d'établissement de rapports, en particulier lorsqu'ils sont présentés sous la forme de résolutions ou de décisions à approuver ;
 - ii) une présentation plus transparente par le Secrétariat de l'établissement des priorités dans le budget programme aux trois niveaux de l'Organisation afin d'accompagner les États Membres dans la préparation, l'évaluation et l'approbation de ce dernier et dans la budgétisation d'initiatives spécifiques, ce qui suppose une discipline au sein du Secrétariat et parmi les États Membres quand il s'agit de s'engager en faveur de nouvelles activités. Les processus budgétaires devraient être mieux liés aux processus de gouvernance ;
 - iii) un renforcement du rôle du Comité du programme, du budget et de l'administration pour le rendre plus efficace, plus robuste et plus transparent, ainsi que pour qu'il collabore davantage avec le Secrétariat pendant le processus budgétaire et éventuellement lors des délibérations supplémentaires ;
 - iv) des réformes spécifiques susceptibles d'être menées par le Secrétariat, qui s'inscrivent dans le cadre de ses attributions, et permettraient aux États Membres d'avoir une plus grande visibilité et d'exercer un contrôle accru dans l'ensemble de l'Organisation ;
 - b) de financer de façon entièrement souple le segment de base du budget programme ;
 - c) à l'Assemblée de la Santé, de prier les États Membres et autres donateurs de s'efforcer de verser à l'OMS des contributions volontaires à objet non désigné pour financer le segment des programmes de base, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques le cas échéant, comme condition préalable pour garantir l'indépendance financière et améliorer l'efficacité de l'Organisation ;
 - d) au Secrétariat et aux États Membres, de poursuivre leurs efforts pour favoriser un financement de l'OMS qui :
 - i) soit souple ou au moins thématique, de même que durable et prévisible ;
 - ii) tienne compte de l'appui accru des donateurs des pays développés et en développement ;
 - iii) soit en mesure de susciter le soutien de donateurs de plus ou moins grande envergure ;
 - iv) fasse appel à des sources de financement nouvelles, flexibles et sous-exploitées, comme le secteur privé, dans le respect du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ;

e) à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, consciente du rôle important des contributions fixées dans le financement durable de l'Organisation, de prier le Secrétariat d'élaborer des propositions budgétaires, dans le cadre du cycle budgétaire régulier, pour une augmentation des contributions fixées afin de contribuer à la viabilité financière de l'OMS et à son objectif consistant à atteindre un niveau de 50 % du budget de base¹ pour 2022-2023 d'ici l'exercice 2030-2031, tout en visant à atteindre cet objectif d'ici l'exercice 2028-2029 :

i) de prier en outre le Secrétariat d'élaborer et, à la lumière du principe énoncé à l'alinéa e) du paragraphe 38, de présenter parallèlement à la première proposition d'augmentation des contributions fixées à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-septième réunion, du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session et du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-huitième réunion, un plan de mise en œuvre de la réforme. Les progrès accomplis à ce jour en matière de réformes doivent figurer dans ce plan de mise en œuvre, ainsi qu'un calendrier préliminaire et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de réformes supplémentaires, y compris, mais sans s'y limiter, les réformes budgétaires, programmatiques, financières, de gouvernance et de redevabilité relevant du Secrétariat. Le Secrétariat s'engage à adopter ces réformes dès que possible ; à définir un ensemble clair de prestations pour l'exercice 2024-2025 ; et à en rendre compte régulièrement. Le Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session, par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-septième réunion, approuvera le plan de mise en œuvre, lequel pourrait être éclairé par des discussions au sein du groupe de travail des États Membres recommandé au paragraphe 40 ;

ii) de prier le Secrétariat d'élaborer une proposition de budget prévoyant une première augmentation ciblée de 20 %² de l'évaluation des contributions fixées pour l'exercice 2022-2023, laquelle serait présentée aux États Membres pour examen dans le cadre du projet de budget programme 2024-2025, soumis pour approbation à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-septième réunion, du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session et du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-huitième réunion ;

iii) dans le cadre de l'examen de nouvelles propositions tendant à augmenter les contributions fixées, les États Membres évalueront les progrès accomplis dans la mise en œuvre, entre autres, des prestations budgétaires, programmatiques, financières, de

¹ Le niveau de référence sera fixé au segment de base du budget programme approuvé pour la période 2022-2023 (résolution WHA74.3 (2021)) afin d'offrir des certitudes aux États Membres et cela, sans préjudice de l'adoption de barèmes d'évaluation ultérieurs par l'Assemblée de la Santé.

² Cette augmentation portera le niveau des contributions fixées à 26 % du segment de base du budget programme approuvé pour la période 2022-2023.

Le tableau ci-dessous présente les augmentations sur trois exercices à titre indicatif, sur la base de la proposition du Bureau.

Exercice	Total des contributions fixées	Augmentation par rapport au niveau actuel d'évaluation	Pourcentage du budget de base 2022-2023
2022-2023	956,9	point de référence	22 %
2024-2025	1 148,3	20 %	26 %
2026-2027	1 550,2	35 %	36 %
2028-2029	2 182	40 %	50 %

gouvernance et de redevabilité relevant du Secrétariat, cette évaluation s'effectuant selon les cycles du budget programme avec les résolutions correspondantes du budget programme. Ces discussions prendraient en compte, le cas échéant, les progrès réalisés par d'autres mécanismes financiers dans le domaine de la santé mondiale ;

f) à l'Assemblée de la Santé de prier le Secrétariat d'étudier la faisabilité d'un mécanisme de reconstitution des fonds en vue d'élargir davantage la base de financement, en consultation avec les États Membres et en tenant compte du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ; et de présenter un rapport comprenant des options pertinentes destinées à être étudiées par les États Membres, à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session et du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-septième réunion en janvier 2023. Le mécanisme de reconstitution, de même que le règlement intérieur y afférent, se fonderait sur les principes suivants :

i) il serait dirigé par les États Membres, approuvé par l'Assemblée de la Santé et ouvert à tous les donateurs respectant le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ;

ii) il répondrait à la fois aux besoins de souplesse de l'OMS et à la nécessité pour les donateurs de rendre compte des résultats à leurs propres mandants ;

iii) il garantirait l'efficacité et l'absence de concurrence entre les différentes parties de l'OMS ;

iv) il serait conforme aux besoins définis de l'OMS tels qu'approuvés par les organes directeurs et viserait à accorder la priorité aux besoins de financement du budget de base dans toutes ses composantes ;

v) il serait conforme à l'architecture sanitaire mondiale en évitant la concurrence avec d'autres acteurs mondiaux ;

vi) il respecterait les résolutions et les décisions de l'Assemblée de la Santé ;

g) au Secrétariat, d'améliorer le mécanisme d'allocation et de réaffectation justes et équitables des ressources pour financer intégralement tous les résultats du budget programme dans les principaux bureaux et aux trois niveaux de l'Organisation, afin de remédier au sous-financement chronique de certains domaines ; et d'informer régulièrement les États Membres des progrès accomplis par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration.

40. Le Groupe de travail sur le financement durable recommande également la création d'un groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS,¹ dont le fonctionnement serait souple, qui serait chargé d'analyser les défis à relever en matière de transparence, d'efficacité, de redevabilité et de conformité dans la gouvernance et qui présenterait

¹ Un certain nombre d'éléments ont été identifiés comme relevant potentiellement des travaux du groupe de travail, notamment, mais pas exclusivement : le rôle des organes directeurs en matière de hiérarchisation des sujets à inscrire à l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée mondiale de la Santé ; le renforcement de la transparence, l'amélioration du processus budgétaire de l'OMS sur la base des meilleures pratiques utilisées dans le système des Nations Unies, y compris la manière dont le budget est présenté ; le calcul des incidences financières des résolutions et des décisions ainsi que d'autres initiatives en adoptant une approche fondée sur les résultats ; l'application de lignes directrices et de seuils pour l'affectation des fonds et la définition d'échéances pour atteindre les seuils ; l'étude de l'inclusion des contributeurs non étatiques conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ; les gains d'efficacité ; des lignes directrices pour garantir l'équité dans l'allocation des ressources à tous les niveaux et départements de l'OMS ; et la normalisation des procédures d'établissement de rapports pour les petits donateurs.

des recommandations d'améliorations à long terme à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session et du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa trente-septième réunion en janvier 2023. La création du groupe de travail, ouvert à tous les États Membres,¹ devrait être entérinée lors de la cent cinquante et unième session du Conseil exécutif.

41. Le Groupe de travail recommande en outre à l'Assemblée de la Santé de prier le Secrétariat d'envisager la possibilité de réviser et d'ajuster le recouvrement des dépenses d'appui aux programmes dans le but de couvrir l'intégralité des coûts des activités menées dans le cadre des programmes financés au moyen de contributions volontaires, en s'appuyant sur l'examen² des dépenses d'appui aux programmes de l'OMS réalisé en 2013.

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

² Voir le document EBPBAC18/3.

ANNEXE 5

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE EN VUE D'ACCÉLÉRER L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE, ET DANS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS ET DES CIBLES QUI LUI SONT ASSOCIÉS, POUR LA PÉRIODE 2020-2030¹

[A75/10 Add.3, annexe 5 – 25 avril 2022]

1. Cette annexe présente les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA73.2 (2020) sur la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et dans la réalisation des objectifs et des cibles qui lui sont associés, pour la période 2020-2030.

Contexte

2. Le Secrétariat a lancé la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique le 17 novembre 2020. Des campagnes, des formations destinées aux agents de santé ainsi que des actions de sensibilisation ont été organisées par les gouvernements, la société civile et les partenaires dans les pays de toutes les Régions, inaugurant la Stratégie mondiale par des actions qui ont fait progresser sa mise en œuvre.

3. La Stratégie mondiale comporte trois étapes clés : la vaccination, le dépistage et le traitement. La mise en œuvre réussie de ces étapes pourrait permettre de réduire de plus de 40 % le nombre de nouveaux cas et d'éviter cinq millions de décès dus à cette maladie d'ici 2050. Les données pour 2020 montrent que les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus standardisés selon l'âge vont de 84 pour 100 000 femmes dans les pays les plus à risque à moins de 10 pour 100 000 femmes dans les pays les moins à risque.²

4. Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à quatre pour 100 000 femmes. En particulier :

- a) la réalisation de cet objectif repose sur trois principaux piliers et leurs cibles correspondantes :
 - i) vaccination : 90 % des filles sont entièrement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans ;
 - ii) dépistage : 70 % des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et de nouveau à l'âge de 45 ans ; et
 - iii) traitement : 90 % des femmes présentant des lésions précancéreuses sont traitées et 90 % des cas de cancer invasif sont pris en charge ; et

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Voir Observatoire mondial du cancer. Organisation mondiale de la Santé/Centre international de recherche sur le cancer (<http://geo.iarc.fr/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

b) chaque pays doit atteindre les cibles 90-70-90 d'ici 2030 pour être sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours du siècle prochain.

5. Malgré les perturbations causées par la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), l'OMS continue de répondre aux demandes de soutien et d'assistance technique provenant des États Membres qui font de l'élimination du cancer du col de l'utérus une priorité.

Orientations et outils de l'OMS

6. L'OMS a publié plusieurs produits normatifs pour aider les pays à mettre en œuvre les interventions recommandées dans la Stratégie mondiale.

7. **Vaccination contre le papillomavirus humain (PVH).** En janvier 2022, l'introduction du vaccin anti-PVH dans les calendriers de vaccination nationaux avait progressé et concernait 117 pays et, fin 2022, elle devrait atteindre 120 pays ; 40 pays proposent également le vaccin aux garçons. Les niveaux sous-optimaux de la couverture vaccinale contre le PVH demeurent inquiétants, en effet peu de pays atteignent l'objectif de 90 %. En raison de la pandémie de COVID-19, pour la première fois, la couverture mondiale de la vaccination anti-PVH a diminué – passant de 15 % en 2019 à 13 % en 2020. Cette baisse s'explique notamment par la réduction de la couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les pays ont commencé à déployer des efforts à la fin 2020 afin d'organiser des vaccinations de rattrapage pour les filles qui n'ont pas reçu le vaccin. Ces efforts devront être maintenus afin d'améliorer leur couverture. L'OMS a préqualifié un quatrième vaccin anti-PVH.¹

8. Le Secrétariat a publié un manuel visant à appuyer la surveillance de la couverture vaccinale contre le PVH au niveau des pays.² L'OMS a également publié une version actualisée d'une étude sur le marché mondial des vaccins anti-PVH³ et a pris des mesures pour atténuer davantage les obstacles en matière d'approvisionnement.

9. **Dépistage et traitement des lésions précancéreuses.** La deuxième édition des lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus a été publiée en juillet 2021. Ces lignes directrices traitent des besoins des femmes en général qui répondent aux critères et elles reprennent des recommandations et des énoncés de bonnes pratiques nouveaux ou actualisés concernant les femmes vivant avec le VIH. Elles soulignent également que les pays doivent passer à l'utilisation de tests de dépistage de haute performance, tels que les tests moléculaires pour le PVH.⁴ En outre, l'OMS a publié de nouvelles orientations sur la mise en place et l'intensification du dépistage du PVH dans le cadre d'un programme global de prévention du cancer du col de l'utérus et de lutte contre la maladie.⁵ Afin d'appuyer les pays dans l'application des lignes directrices, l'OMS a publié un document sur l'importance de la recherche sur la mise en œuvre en vue de l'introduction de nouvelles interventions fondées sur des bases factuelles.

¹ WHO – Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control). Organisation mondiale de la Santé (<https://extranet.who.int/pqweb/content/cecolin%C2%AE>, consulté le 7 avril 2022).

² OMS. *Manuel de surveillance de la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Global market study. HPV vaccines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

⁴ WHO *guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁵ *Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer: a step-by-step guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

10. **Les femmes vivant avec le VIH.** Selon les premières estimations de l'OMS¹ sur la part du VIH dans la charge mondiale du cancer du col de l'utérus, les femmes vivant avec le VIH sont exposées à un risque six fois plus élevé de cancer du col de l'utérus que les femmes VIH-négatives. Le Secrétariat a élaboré une note d'orientation pour soutenir les pays dans l'élargissement de l'accès au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, en utilisant des technologies modernes de qualité.² Par ailleurs, l'OMS a publié des lignes directrices unifiées et actualisées sur la prévention de l'infection à VIH, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi, dont un chapitre est consacré à la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.³ De nouveaux indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés en matière de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus seront inclus dans le rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida.

11. **Traitement des cancers invasifs et soins palliatifs.** Le cadre de l'OMS pour renforcer et développer les services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus⁴ a été élaboré pour étayer le troisième pilier de la Stratégie mondiale et aider les pays à atteindre l'objectif consistant à traiter 90 % des femmes chez qui un cancer invasif a été diagnostiqué. En collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'OMS a publié des orientations interinstitutions⁵ visant à favoriser l'achat effectif d'équipements utilisés dans le traitement du cancer du col de l'utérus. La Liste modèle OMS des médicaments essentiels a été mise à jour concernant les médicaments utilisés dans le traitement du cancer invasif du col de l'utérus.

12. Des recherches menées à la demande de l'OMS ont montré que les souffrances physiques, psychologiques, spirituelles et sociales sont très répandues et souvent graves et multiformes chez les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Des dispositifs renforcés de soins palliatifs essentiels pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus ont été proposés.^{6,7,8}

13. **Surveillance postcommercialisation des dispositifs médicaux.** Afin de favoriser le fonctionnement sûr des dispositifs utilisés dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus à mesure que ces programmes se développent, l'OMS a publié une note d'orientation sur la mise en œuvre de la surveillance postcommercialisation dans les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.⁹

¹ Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano J, Shah ASV, *et al.* Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health.* 2021. 9: e161–69. doi:10.1016/S2214-109X(20)30459-9.

² *New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV: policy brief.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴ *WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁵ *Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁶ Krakauer EL, Kwete X, Kane K, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, *et al.* Cervical Cancer-Associated Suffering: Estimating the Palliative Care Needs of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.*; 2021;7:862–872. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁷ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, *et al.* Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population. *JCO Glob Oncol.*; 2021;7:873-885. doi: 10.1200/GO.21.00025.

⁸ Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé D, *et al.* Augmented Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to Refractory Suffering. *JCO Glob Oncol.* 2021;7:886-895. doi: 10.1200/GO.21.00027.

⁹ *Implementation of post-market surveillance in cervical cancer programmes: policy brief for manufacturers of medical devices, including in vitro diagnostic medical devices.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

14. **Calcul des coûts des programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus.** L'OMS a apporté un soutien à plusieurs États Membres pour l'estimation des coûts de la mise en œuvre de leurs plans nationaux d'élimination du cancer du col de l'utérus. Les plans d'évaluation des coûts ont été publiés pour que d'autres États Membres puissent en profiter dans le cadre de leurs processus de planification.¹

15. **Surveillance, suivi et évaluation.** En collaboration avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'OMS a mis au point un projet de cadre de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. En outre, afin d'établir une base de référence pour le suivi qui sera mené ultérieurement, l'OMS élabore une première série d'estimations de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus aux niveaux mondial, régional et national. Un autre outil, les profils de pays pour le cancer du col de l'utérus,² donne un aperçu de la situation des pays au regard de leurs plans nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus et relie les indicateurs spécifiques au cancer du col de l'utérus avec les interventions prioritaires de la Stratégie mondiale. Un nouveau portail permet d'accéder aux données de l'OMS relatives à l'introduction du vaccin anti-PVH dans les pays et à l'évolution de la couverture vaccinale dans les programmes de vaccination anti-PVH pour suivre les progrès réalisés par rapport aux cibles fixées à l'horizon 2030.³

16. **Recherche et innovation.** L'OMS a élaboré un cadre de production de données pour les dispositifs médicaux faisant appel à l'intelligence artificielle, pour la formation, la validation et l'évaluation, qui comprend des chapitres spécifiques sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en tant que priorité pour l'application de l'intelligence artificielle.⁴

17. **Bibliothèque de connaissances.** Un outil en ligne a été mis au point pour faciliter l'accès aux orientations et aux outils publiés par l'OMS et d'autres partenaires qui sont pertinents pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale.⁵

Soutien apporté aux États Membres, et en priorité aux pays à forte charge de morbidité

18. L'ensemble des Régions de l'OMS ont pris des mesures pour soutenir les États Membres dans la mise en œuvre des interventions contre le cancer du col de l'utérus. Ce rapport met en évidence des exemples de progrès accomplis dans les Régions de l'OMS, mais ne fournit pas nécessairement une liste complète de toutes les réalisations.

19. **Région africaine.** La Région africaine comprend 19 des 20 États Membres présentant la plus forte charge de cancer du col de l'utérus. En 2020, elle représentait 21 % de la mortalité due au cancer du col de l'utérus dans le monde. Pour faire face à ce défi, le Bureau régional de l'Afrique a renforcé les capacités régionales en matière de soutien et d'assistance intégrée aux pays. À sa soixante et onzième session, le Comité régional de l'Afrique a adopté un cadre régional pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale.⁶

¹ *Costing the National Strategic Plan on Prevention and Control of Cervical Cancer*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Profils pour le cancer du col de l'utérus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/cervical-cancer-profiles>, consulté le 7 avril 2022).

³ Voir [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)/hpv-clearing-house](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hpv-clearing-house) (consulté le 7 avril 2022).

⁴ *Generating evidence for artificial intelligence-based medical devices: a framework for training, validation and evaluation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁵ Voir <https://cceirepository.who.int/> (consulté le 10 décembre 2021).

⁶ Voir le document AFR/RC71/9.

20. Un soutien à l'intensification des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus et un appui technique ont été fournis à la Guinée, au Kenya, au Malawi, au Nigéria, à l'Ouganda, au Rwanda, au Togo et à la Zambie afin que ces pays puissent actualiser leurs lignes directrices et stratégies relatives au cancer du col de l'utérus. Dans d'autres pays, les plans nationaux de lutte contre le cancer ont été passés en revue et adaptés aux objectifs de la Stratégie mondiale et aux interventions prioritaires. En 2020, l'OMS avait apporté un soutien technique et financier pour la vaccination anti-PVH à Cabo Verde, au Cameroun et en Mauritanie, ainsi, un total de 19 pays ont introduit la vaccination anti-PVH au niveau national. Au total, 11 États Membres (Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe) bénéficient également d'un soutien en vue de l'adoption de la technologie de dépistage à haute performance.

21. **Région des Amériques.** Un programme de formation virtuel complet sur le cancer du col de l'utérus et un cours de base sur les soins palliatifs continuent d'être mis en place via le campus virtuel de santé publique de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (OPS/AMRO) destiné aux prestataires de soins de santé. Un programme de télémentorat virtuel sur l'élimination du cancer du col de l'utérus a été établi, créant une communauté de pratique et permettant un partage d'expériences sur la prévention du cancer du col de l'utérus. En matière de soins palliatifs, des sessions mensuelles de télémentorat virtuel ont été conçues séparément, dont plusieurs sont consacrées à des questions concernant spécifiquement les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus.

22. Des plans d'élimination nationaux spécifiques ont été élaborés au Chili, au Honduras, en Jamaïque, au Paraguay et au Suriname. En El Salvador, le dépistage du PVH a été élargi et les vaccins anti-PVH ont commencé à être introduits. Le Guatemala a commencé à mettre en place le dépistage du PVH avec le soutien d'Unitaid ainsi que la participation des bureaux régionaux et bureaux de pays de l'OMS. Le Chili a lancé une campagne de sensibilisation visant à encourager les femmes à effectuer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Paraguay met à jour ses lignes directrices et élabore un programme national de formation visant à renforcer les capacités en matière de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses.

23. **Région de la Méditerranée orientale.** Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a effectué une analyse de la situation régionale en vue de déterminer la charge actuelle ainsi que la capacité à atteindre les objectifs mondiaux. En outre, en partenariat avec le CIRC, le Bureau régional a fourni une assistance technique à la plupart des pays afin qu'ils améliorent leurs registres du cancer.

24. Seuls trois pays ont introduit le vaccin anti-PVH, tandis que neuf pays proposent des services de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Bureau régional a appuyé la formation d'agents de santé au Maroc afin de faciliter l'introduction du vaccin anti-PVH. Il a également mobilisé un soutien ciblé pour mettre au point des programmes nationaux de dépistage du cancer du col de l'utérus en Arabie saoudite, en Iran (République islamique d'), en Iraq, en Jordanie, au Maroc et au Soudan. L'Arabie saoudite, le Maroc et le Soudan ont bénéficié d'un soutien technique et financier pour répondre aux besoins nationaux en matière d'évaluation et de traitement du cancer du col de l'utérus. Des efforts régionaux de plaidoyer visant à faciliter l'introduction du vaccin anti-PVH sont prévus dans les pays pouvant prétendre à l'aide de Gavi, l'Alliance du Vaccin, à savoir l'Afghanistan, Djibouti et le Soudan.

25. **Région européenne.** Le Bureau régional de l'Europe élabore actuellement une feuille de route régionale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus. Le soutien technique apporté en matière de dépistage et de diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus s'est poursuivi au Bélarus, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et en Roumanie, y compris le renforcement des capacités et les dialogues stratégiques. Le Bureau régional a fourni une assistance technique et une formation approfondies à l'Ouzbékistan pour faciliter la mise en œuvre des trois piliers de la Stratégie mondiale.

26. En mai 2021, le Kirghizistan a décidé d'introduire le vaccin anti-PVH dans la vaccination systématique des filles de 11 ans, à partir de septembre 2022, et d'organiser des vaccinations de rattrapage pour les filles jusqu'à l'âge de 14 ans. En octobre 2021, l'Ouzbékistan a lancé une campagne de vaccination de rattrapage contre le PVH chez les filles âgées de 11 à 14 ans, ce qui a permis une couverture importante (>90 %) pour la première dose. La deuxième dose sera administrée à la cohorte de rattrapage en juin 2022. Grâce à l'appui de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Ouzbékistan a lancé en juin 2021 un projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus visant à effectuer des tests PVH chez 56 000 femmes dans deux régions administratives.

27. **Région de l'Asie du Sud-Est.** Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a lancé un cadre de mise en œuvre pour l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique pour la période 2021-2030 lors de la soixante-quatrième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est. Des formations au dépistage du cancer du col de l'utérus et à la prise en charge des lésions précancéreuses, fondées sur le module de formation régional,¹ ainsi que des formations à la colposcopie² ont été dispensées aux États Membres. Une vidéo de sensibilisation et éducative a été produite en 2021 en vue de promouvoir les efforts d'élimination du cancer du col de l'utérus dans la Région.

28. Le Bureau régional révisé les lignes directrices nationales existantes relatives au dépistage et à la prise en charge des lésions précancéreuses afin de faciliter leur alignement sur les recommandations de l'OMS. Sept pays ont introduit la vaccination contre le PVH dans les plans nationaux de vaccination, tandis que cinq pays (le Bhoutan, les Maldives, le Myanmar, Sri Lanka et la Thaïlande) l'ont mise en place dans des programmes nationaux et deux pays (l'Inde et l'Indonésie) l'ont introduite au niveau infranational ; l'OMS a apporté un soutien au Myanmar en 2020. Le test PVH est utilisé en Thaïlande en tant que méthode principale de dépistage et le Myanmar a achevé un projet pilote visant à introduire ce test de dépistage à haute performance.

29. **Région du Pacifique occidental.** La Mongolie a introduit le test PVH. Le Bureau régional du Pacifique occidental a apporté son soutien au Vanuatu, en mettant l'accent sur la prévention du cancer du col de l'utérus, notamment le dépistage, le diagnostic et le traitement pour les femmes atteintes de cancers à un stade précoce. Pour susciter une demande de services, des matériels de sensibilisation et de communication sur le cancer du col de l'utérus sont en cours d'élaboration en collaboration avec les États fédérés de Micronésie. L'OMS fournit également aux Îles Salomon des équipements essentiels pour le traitement des lésions précancéreuses. Tuvalu a introduit la vaccination contre le PVH en septembre 2021.

Collaboration avec les partenaires

30. L'OMS a collaboré avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à l'occasion de la quarante-septième réunion du Conseil de coordination de l'ONUSIDA (15-18 décembre 2020), au cours de laquelle une session thématique a porté sur le cancer du col de l'utérus et l'infection à VIH.

31. Afin de contribuer à l'introduction de la vaccination anti-PVH, l'OMS continue de collaborer avec Gavi et les partenaires techniques, notamment dans le cadre de dialogues mondiaux sur l'accès aux vaccins anti-PVH, pour faciliter leur distribution équitable. Une autre collaboration en cours, à savoir un effort impliquant plusieurs partenaires et coordonné par Unitaid, avec le soutien de l'UNICEF en matière d'achats, vise à élargir l'accès aux services de prévention secondaire, et notamment à jeter les bases sur lesquelles développer les services nationaux, et à améliorer l'accès aux technologies innovantes.

¹ Voir *Cervical cancer screening and management of cervical pre-cancers*. Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (<https://www.who.int/southeastasia/activities/cervical-cancer-screening-and-management-of-cervical-pre-cancer>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir IFPC/IARC Training course in colposcopy and the prevention of cervical cancer. Organisation mondiale de la Santé/Centre international de recherche sur le cancer (<https://screening.iarc.fr/atlasclassifnm.php?lang=2>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

32. Parmi les autres collaborations de haut niveau figurent celles impliquant le Secrétariat du Commonwealth et la Commission de l'Union africaine, et notamment les efforts de sensibilisation ciblant les ministres de la santé du Commonwealth pour qu'ils incitent les États Membres à s'engager à mettre en œuvre la Stratégie mondiale.

33. Les organismes des Nations Unies, dont le FNUAP, l'ONUSIDA et l'UNICEF, harmonisent leurs stratégies en y intégrant des cibles d'élimination du cancer du col de l'utérus.

Prochaines étapes

34. **Apporter un soutien aux pays en vue d'accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale.** Le Secrétariat œuvrera en collaboration avec les gouvernements ainsi que d'autres partenaires pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale afin d'atteindre les cibles fixées pour 2030. En outre, l'OMS apportera un soutien aux pays en vue de renforcer l'intégration de la prévention et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus dans les soins de santé primaires, les services de santé sexuelle et reproductive, les services de lutte contre le VIH ainsi que les autres points de service et programmes de proximité. Les partenariats mondiaux et nationaux, notamment avec les groupes de plaidoyer et les femmes qui ont survécu au cancer du col de l'utérus, seront encouragés pour progresser sur la voie de l'élimination de la maladie.

ANNEXE 6

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 2025¹

[A75/10 Add.5, annexe 11 – 27 avril 2022]

Mandat

1. Au paragraphe 50 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, « le Secrétaire général des Nations Unies, agissant en collaboration avec les États Membres, l'Organisation mondiale de la Santé et les fonds, programmes et institutions spécialisées compétents des Nations Unies » est prié « de soumettre à l'Assemblée générale, avant la fin de 2024, pour examen par les États Membres, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente déclaration politique en préparation d'une réunion de haut niveau consacrée en 2025 à un bilan global des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et dans la promotion de la santé mentale et du bien-être ».²

2. Les 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 ont été présentés pour la première fois au paragraphe 44 du document A74/10 Rev.1, dont les États Membres ont pris acte à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

3. La présente annexe a pour objet de faire le point sur ces préparatifs.

Portée, objet et modalités

4. Les décès prématurés causés par les maladies non transmissibles (MNT) sont évitables à condition que les pays prennent des mesures législatives et réglementaires et mettent en œuvre des politiques visant à répondre aux besoins des personnes qui sont atteintes d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète, d'une maladie respiratoire chronique ou d'un problème de santé mentale, ou qui risquent d'en être atteintes, y compris en matière de soins préventifs, curatifs, palliatifs et spécialisés. Environ 85 % de l'ensemble des décès prématurés concernent les pays à revenu faible ou intermédiaire, où vit une grande partie de la population mondiale et où l'environnement social, économique et physique offre des niveaux de protection plus faibles contre les risques liés aux MNT, notamment du fait du tabagisme, de l'usage nocif de l'alcool, d'une mauvaise alimentation, du manque d'activité physique et de la pollution atmosphérique. En outre, pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), de tous les services de santé essentiels, ce sont ceux qui étaient liés aux MNT et à la santé mentale qui ont subi le plus de perturbations.

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

5. De nombreux pays ne disposent toujours pas des capacités nécessaires pour honorer l'engagement, énoncé au paragraphe 17 de la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui consiste « à imprimer une direction stratégique à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles en favorisant le renforcement de la cohérence et de la coordination des politiques par des approches associant tous les pouvoirs publics et plaçant la santé au cœur de toutes les politiques et en associant les parties prenantes à une action et une riposte audacieuses adaptées, coordonnées, globales et intégrées à l'échelle de la société tout entière ».

6. La collaboration entre les pouvoirs publics et les acteurs non étatiques pour prévenir et combattre les MNT s'avère difficile du point de vue du respect par les acteurs non étatiques des politiques et des réglementations de santé publique, en particulier lorsqu'il s'agit de trouver un terrain d'entente qui permettrait de faire un usage optimal des compétences et des ressources complémentaires du secteur privé¹ tout en tenant dûment compte de la gestion des risques, notamment des conflits d'intérêts et des abus d'influence.

7. 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 sera l'occasion de réfléchir au nombre tragique de décès prématurés dus aux MNT (soit 15 millions de personnes chaque année depuis 2015), dont le total devrait dépasser en 10 ans les 150 millions d'ici à 2025. Elle sera également l'occasion d'adopter une nouvelle déclaration politique ambitieuse et réalisable sur les MNT qui s'appuiera sur des données factuelles et sera fondée sur les droits humains, et qui fournira un cadre important pour accélérer la lutte mondiale contre les MNT à partir de 2025, y compris la réalisation des objectifs de développement durable avant 2030, et placer les pays sur une trajectoire durable pour les prochaines décennies.

8. Le Président de l'Assemblée générale des Nations Unies convoquera la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2025. Les États Membres conviendront de la portée, des modalités, de la forme, de l'organisation et de la date de la quatrième réunion de haut niveau au moyen d'une résolution distincte sur les modalités qui sera adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Cette résolution sera négociée par les États Membres sous la conduite de deux cofacilitateurs désignés par le Président de l'Assemblée générale des Nations Unies à une date plus proche de la réunion. Ces cofacilitateurs dirigeront de même les négociations par les États Membres du document final qui sera adopté lors de la quatrième réunion de haut niveau.

Préparatifs de la quatrième réunion de haut niveau en 2025

9. Les préparatifs de la quatrième réunion de haut niveau incluent des réunions et des consultations coparrainées par l'OMS et les partenaires concernés, qui pourraient contribuer aux négociations entre les États Membres sur la résolution relative aux modalités et sur le document final.

10. Ces préparatifs pourraient également concourir à l'élaboration de recommandations susceptibles de figurer dans le rapport de situation 2024 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles qui sera présenté par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale des Nations Unies.

¹ Document A71/14.

11. La liste des réunions relatives à la lutte contre les MNT sera régulièrement mise à jour sur le site de l’OMS.¹

- **Réunions organisées en 2021**

- Sommet OMS des petits États insulaires en développement sur la santé
- Sommet mondial sur le diabète
- Sommet des Nations Unies sur les systèmes alimentaires
- Sommet sur la nutrition pour la croissance
- 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
- Vingt-sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
- Dixième Conférence internationale sur la promotion de la santé

- **Réunions prévues en 2022**

- Dialogue stratégique international sur les MNT et les ODD
- Réunion technique de haut niveau des directeurs et des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre les MNT des petits États insulaires en développement

- **Réunions prévues en 2023**

- Première Conférence ministérielle de l’OMS pour les petits États insulaires en développement sur la lutte contre les MNT
- Deuxième dialogue mondial de l’OMS sur le financement des activités nationales de lutte contre les MNT
- Deuxième réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle
- 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

¹ <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/on-the-road-to-2025>, consulté le 15 mars 2022.

- Troisième réunion mondiale OMS des directeurs et des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre les MNT
- Réunions de consultations informelles régionales avec les États Membres sur les recommandations à inclure dans le rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies

- **Réunions prévues en 2024**

- Conférence internationale sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale
- Troisième Conférence ministérielle mondiale de l'OMS sur la lutte contre les MNT

12. Les activités dans les domaines de la pollution atmosphérique, des problèmes de santé mentale (notamment les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives), des changements climatiques et des déterminants sociaux de la santé, y compris les réunions et décisions régionales, peuvent également contribuer à l'élaboration de recommandations susceptibles de figurer dans le rapport de situation 2024 sur la prévention et la maîtrise des MNT présenté par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale des Nations Unies.

13. Compte tenu du rôle de chef de file et de coordonnateur que joue l'OMS dans la promotion et le suivi de l'action mondiale contre les MNT, notamment en ce qui concerne les travaux d'autres institutions compétentes du système des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales dans la lutte coordonnée contre les MNT, le Directeur général de l'OMS établira le rapport de situation 2024, en consultation avec les États Membres, au nom du Secrétaire général. Le format du rapport de 2024 sera similaire à celui utilisé pour les quatre rapports précédents.^{1,2,3,4}

14. En 2025, les États Membres examineront le rapport d'étape du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale des Nations Unies. Le Président de l'Assemblée générale des Nations Unies nommera deux cofacilitateurs qui présideront les négociations tenues entre États Membres en vue d'arrêter une résolution sur les modalités définissant la portée, les modalités, la forme et l'organisation de la quatrième réunion de haut niveau. Les cofacilitateurs présideront également les négociations du document final de 2025 entre les États Membres.

15. La quatrième réunion de haut niveau sera organisée sous les auspices du Président de l'Assemblée générale des Nations Unies pour envisager l'adoption du document final. La réunion de haut niveau donnera en outre aux États Membres la possibilité de faire des déclarations et aux États Membres, aux organisations non gouvernementales et aux entités du secteur privé celle de participer à des tables rondes.

¹ Note du Secrétaire général transmettant le rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'état des maladies non transmissibles dans le monde, et notamment sur les problèmes de développement rencontrés par les pays en développement (A/65/362) (<https://undocs.org/fr/A/65/362>, consulté le 3 mars 2022).

² Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles. Rapport du Secrétaire général (A/66/83) (<https://undocs.org/fr/A/66/83>, consulté le 3 mars 2022).

³ Note du Secrétaire général transmettant le rapport de la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (A/68/650) (<https://undocs.org/fr/A/68/650>, consulté le 3 mars 2022).

⁴ Progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles. Rapport du Secrétaire général (A/72/662) (<https://undocs.org/fr/A/72/662>, consulté le 3 mars 2022).

16. Dans la perspective de la quatrième réunion de haut niveau, l'OMS continuera d'encourager et de soutenir tous les États Membres afin qu'ils honorent les engagements pris lors des trois réunions de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2011,¹ 2014² et 2018.³ Pour accélérer l'appui technique et avoir plus rapidement un impact à l'échelle des pays, tous les donateurs doivent augmenter les contributions financières et techniques indispensables à la lutte contre les MNT par des voies bilatérales et multilatérales, notamment le programme OMS de lutte contre les MNT et le Fonds d'affectation spéciale pluripartenaire des Nations Unies pour les maladies non transmissibles et la santé mentale. En outre, l'OMS invite instamment les acteurs non étatiques concernés et les personnes vivant avec des MNT à soutenir les efforts locaux et mondiaux pour atteindre l'ensemble des neuf cibles volontaires fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013⁴ pour 2025 et la cible 3.4 des objectifs de développement durable (D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être).

¹ <https://www.un.org/fr/ga/ncdmeeting2011/>, consulté le 3 mars 2022.

² <https://www.un.org/press/en/2014/ga11530.doc.htm>, consulté le 3 mars 2022.

³ <https://digitallibrary.un.org/record/1648984?ln=fr>, consulté le 3 mars 2022.

⁴ Résolution WHA66.10 (2013).

ANNEXE 7

PLAN D'ACCÉLÉRATION VISANT À FOURNIR UN SOUTIEN AUX ÉTATS MEMBRES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRÉVENTION ET À LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE¹

[A75/10 Add.6, annexe 12 – 27 avril 2022]

CONTEXTE

1. En 2021, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA74.4, dans laquelle elle priait le Directeur général d'élaborer des recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et notamment d'envisager la définition éventuelle de cibles à cet égard.
2. Le Secrétariat a élaboré les recommandations et les cibles demandées et les a incluses à l'annexe 9 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, qui a été présenté au Conseil exécutif à sa cent cinquantième session.²
3. Le Conseil exécutif, par la décision EB150(4) (2022), a décidé de recommander à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé de prendre note du rapport et de ses annexes et d'adopter les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie et les cibles connexes. Au cours des discussions,³ les États Membres ont demandé que les recommandations sur l'obésité soient complétées par un plan d'accélération précisant en quoi consisterait le soutien du Secrétariat aux États Membres pour la mise en œuvre des recommandations en fonction des besoins et des priorités de chaque pays, notamment les mécanismes d'établissement de rapports.

PORTÉE ET OBJET DU PLAN D'ACCÉLÉRATION

4. Le plan d'accélération vise à consolider et à accélérer l'action menée dans les pays contre l'épidémie d'obésité et à lui conférer la priorité requise, au moyen d'efforts cohérents et harmonisés aux trois niveaux de l'Organisation et au sein de l'écosystème de soutien plus large qui englobe les autres organismes du système des Nations Unies et les entités multilatérales, les coalitions existantes et les acteurs non étatiques – à savoir, des organisations non gouvernementales, des organismes privés (y compris des associations internationales d'entreprises), des fondations philanthropiques et des établissements universitaires – ainsi que les personnes obèses, leurs familles et leurs communautés.

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Document EB150/7.

³ Voir les procès-verbaux de la cent cinquantième session du Conseil exécutif, septième séance (en anglais seulement).

5. Conformément au programme de transformation de l'OMS visant à obtenir un impact mesurable au niveau des pays, le plan d'accélération est axé sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie progressive fondée sur des données en vue de fournir un soutien à un premier sous-ensemble de pays pour lutter contre l'obésité et inverser les tendances, l'objectif étant d'étendre la stratégie à d'autres pays à une date ultérieure.

6. Le plan d'accélération établit un scénario réalisable pour une action mondiale qui s'attaque aux multiples facteurs de l'obésité et vise à infléchir la prévalence et les tendances de l'obésité au fil du temps jusqu'à la réalisation des cibles mondiales. En traçant une voie entre les cibles mondiales actuelles et futures, ce scénario d'accélération peut permettre aux pays de suivre les progrès réalisés, de changer de cap si nécessaire et de se concentrer sur les objectifs ambitieux. Les efforts d'accélération se traduiront progressivement par : i) un nombre accru de pays mettant en œuvre des politiques efficaces de prévention et de prise en charge de l'obésité ; ii) l'amélioration de l'efficacité et de la couverture des politiques et l'élargissement de l'accès aux services de prévention et de prise en charge de l'obésité ; et iii) une amélioration de la tendance des taux d'obésité à toutes les étapes de la vie.

7. En 2019, l'obésité représentait environ 5 millions de décès¹ dus aux maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, troubles neurologiques, maladies respiratoires chroniques et troubles digestifs), soit 12 % de l'ensemble des décès dus à ces maladies. Il est essentiel d'atteindre la cible d'une croissance zéro en matière d'obésité et de diabète pour réaliser la cible 3.4 des objectifs de développement durable, qui consiste à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici à 2030. Le plan d'accélération a donc été conçu de manière à s'aligner sur les recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et son calendrier correspond à celui de la feuille de route pour la mise en œuvre, de 2023 à 2030, du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. En outre, il a été formulé pour s'aligner sur des cibles et des priorités mondiales plus larges en matière de nutrition, l'obésité constituant une partie du double fardeau de la malnutrition.

8. Le plan d'accélération permettra d'orienter les actions du Secrétariat. Toutefois, son succès dépendra du leadership des pays, de l'engagement politique et de l'adoption d'une approche faisant intervenir l'ensemble de la société et où chacun, y compris les personnes obèses ainsi que leurs familles et leurs communautés, joue un rôle dans la lutte contre l'obésité.

AXES DE TRAVAIL DU PLAN D'ACCÉLÉRATION

9. Le plan d'accélération sera mis en œuvre à travers cinq axes de travail.

Axe de travail 1 : Déterminer les mesures prioritaires pour obtenir un impact plus important sur la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie

10. Le Secrétariat continuera de fournir des orientations qui permettront aux États Membres d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures prioritaires, y compris des outils opérationnels et de modélisation permettant de justifier la hiérarchisation et l'intensification des interventions.

¹ <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity> (consulté le 29 mars 2022).

11. Cet axe de travail comprendra les éléments ci-après :

- **Ensemble d'interventions prioritaires portant sur une alimentation saine et l'activité physique dans de multiples contextes.** Le développement de l'obésité est le résultat d'une susceptibilité individuelle (biologie, risque génétique et autres problèmes de santé) associée à un environnement obésogène. Cette situation est influencée par les systèmes et l'environnement alimentaires ; les environnements urbains et bâtis ; les systèmes d'information et les environnements numériques ; ainsi que l'éducation, le sport, la protection sociale et les systèmes de santé – auxquels s'ajoutent les effets des déterminants sociaux, commerciaux et économiques observés en amont. Si une transformation de l'ensemble de la société est nécessaire, il existe des interventions essentielles susceptibles de modifier efficacement l'environnement obésogène et d'aider la population dans son ensemble à prévenir et à prendre en charge l'obésité. Il s'agit notamment des interventions suivantes : la réglementation du marketing nuisible des aliments et des boissons afin de protéger les enfants ; des politiques fiscales et tarifaires visant à promouvoir une alimentation saine ; des politiques en matière d'étiquetage nutritionnel ; des politiques relatives à l'alimentation et à la nutrition dans les écoles (y compris les initiatives visant à réglementer la vente de produits riches en matières grasses, en sucres et en sel à proximité des écoles) ; des mesures visant à soutenir l'environnement alimentaire précoce (par exemple à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel) ; des campagnes d'éducation et de sensibilisation du public ; des normes et réglementations sur les déplacements actifs et l'activité physique dans les écoles ; et l'intégration des services de prévention et de prise en charge de l'obésité dans les soins de santé primaires avec des conseils connexes pour les soins de santé secondaires et tertiaires. Ces interventions prioritaires sont fondées sur les décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que sur les recommandations et les lignes directrices de l'OMS, complétées par divers outils de mise en œuvre tels que des notes d'orientation, des politiques modèles, des guides de mise en œuvre, des systèmes de profil nutritionnel et des points de référence nutritionnels.
- **Outil d'analyse de l'impact et de modélisation.** Cet outil simple et facile à utiliser permet de calculer l'impact des mesures recommandées par l'OMS sur les résultats et les indicateurs de processus liés à l'obésité chez l'enfant et l'adulte en vue d'éclairer les décisions stratégiques relatives à la hiérarchisation et à l'affectation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de certaines interventions.
- **Cadre de prestation de services de prévention et de prise en charge de l'obésité.** Cet outil vise à promouvoir un accès élargi aux services de prévention et de prise en charge de l'obésité pour toutes les populations tout au long de la vie, y compris les personnes qui sont obèses ou risquent de le devenir. Il facilite l'inclusion de la prévention et de la prise en charge de l'obésité en tant qu'élément essentiel de la couverture sanitaire universelle. Il est fondé sur les principes des soins de santé primaires, suit une approche de soins chroniques et prévoit l'intégration de la prévention et de la prise en charge de l'obésité dans les cadres de prestation de services existants pour l'ensemble du système de soins de santé, y compris les communautés et les foyers. Il favorise également la planification des ressources nécessaires à l'application durable et à plus grande échelle des services. Le cadre est accompagné d'un guide opérationnel à l'intention des pays qui peut être adapté aux pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible.

Axe de travail 2 : Soutenir la mise en œuvre des mesures dans les pays

12. Le Secrétariat apportera un soutien permettant aux États Membres d'agir de manière volontariste tout au long du cycle des politiques sur l'obésité, depuis la définition des stratégies et des plans d'action nationaux jusqu'à l'instauration et la mise en œuvre de mesures politiques ou de services spécifiques.

Un soutien sera apporté aux pays qui font preuve d'un engagement ferme à agir. Le Secrétariat prévoit que des manifestations d'intérêt découleront de l'action d'un groupe de pays pionniers dont le leadership stimulera le mouvement mondial tendant à accélérer les efforts de réduction de l'obésité.

13. Cet axe de travail comprendra les éléments ci-après :

- **Dialogues interpays.** Ces dialogues seront menés en vue de mieux comprendre le paysage politique existant, de recenser les besoins actuels, de mettre en évidence les engagements des pays et d'élaborer un schéma directeur pour l'action dans les pays. Le Secrétariat œuvrera avec tous les États Membres en vue d'examiner les charges épidémiologiques respectives dans les pays, d'étudier les stratégies et les politiques nationales existantes et d'identifier les obstacles communs à la mise en œuvre. Ces dialogues contribueront également à nouer une collaboration internationale.
- **Feuilles de route des pays.** Le Secrétariat collaborera avec les États Membres et d'autres parties intéressées, telles que les équipes de pays des Nations Unies, pour examiner le fardeau épidémiologique et les leviers sous-jacents de l'obésité dans différentes populations de chaque pays ; analyser les stratégies actuelles et l'intégration avec d'autres domaines, notamment les maladies non transmissibles et l'instauration de la couverture sanitaire universelle ; recenser les lacunes et les goulets d'étranglement existants afin de trouver des solutions propres à chaque pays ; fixer des objectifs, des cibles et des indicateurs pertinents ; déterminer les ressources nécessaires à la mise en œuvre ; et élaborer un plan d'accélération assorti de mesures et d'activités de soutien clairement définies. Il est proposé de mettre en place des laboratoires opérationnels et d'organiser une série d'ateliers structurés afin d'associer les responsables gouvernementaux et les bureaux de pays à un processus conjoint visant à élaborer des feuilles de route nationales sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Les laboratoires opérationnels seraient une occasion de clarifier les objectifs du secteur national de la santé, notamment en matière d'obésité ; de hiérarchiser les interventions à mettre en œuvre ; de fixer des objectifs, des indicateurs et des scénarios d'accélération pour suivre les progrès accomplis ; de définir la manière dont les parties prenantes au niveau des pays devraient être associées à l'action ; et d'identifier les mécanismes d'établissement de rapports appropriés.
- **Soutien technique.** Le Secrétariat apportera un soutien aux États Membres dans le cadre de la mise en œuvre des feuilles de route des pays conformément au calendrier établi. Il s'agira notamment de renforcer les capacités d'action du gouvernement et d'autres partenaires et de mettre en place des programmes d'amélioration des connaissances en matière de santé ; et également d'identifier les domaines de coopération possibles au sein du système des Nations Unies, notamment au moyen de stratégies de coopération pluriannuelles.

Axe de travail 3 : Expliciter la logique de l'action engagée, plaider en faveur de l'adoption des recommandations et des cibles de l'OMS et rendre compte des progrès accomplis

14. Le Secrétariat mettra au point des produits de communication adaptés tant au grand public qu'aux spécialistes pour exposer clairement la logique de l'action, dégager un consensus sur les solutions et diffuser une nouvelle description mondiale de l'obésité qui déstigmatise les personnes obèses et inclue leurs points de vue à toutes les étapes de la vie dans la conception et la mise en œuvre des interventions et des services. Des efforts de communication et de sensibilisation seront également entrepris pour élargir le groupe de pays pionniers.

15. Cet axe de travail comprendra les éléments ci-après :

- **Produits de communication sur l'obésité.** Le Secrétariat élaborera des notes de sensibilisation illustrant les principes directeurs de l'action contre l'obésité à l'intention des décideurs. Ces notes souligneront l'importance d'adopter une démarche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, ainsi qu'une approche de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et comprendront des messages conçus pour renforcer le soutien à l'adoption de politiques. Le Secrétariat produira également des vidéos, des émissions publiques, des publications pour le Web, des reportages photographiques et des kits pour les réseaux sociaux en vue de favoriser la participation des personnes vivant avec l'obésité à la lutte contre l'épidémie d'obésité et de sensibiliser le grand public à leurs besoins.
- **Rapports de situation mondiaux.** Ces rapports décriront les progrès réalisés à l'échelle mondiale dans la lutte contre l'épidémie d'obésité, notamment les mesures prises, les goulets d'étranglement qui entravent la mise en œuvre ainsi que les études de cas par pays. Ils serviront également à rendre compte des progrès réalisés au niveau des pays.
- **Schémas directeurs pour les campagnes d'information du public et plans de communication au niveau des pays.** Ces schémas directeurs comporteront des campagnes d'information du public et des plans de communication conçus pour être mis en œuvre en parallèle dans l'ensemble des Régions et des pays, conjointement avec les organismes des Nations Unies et les parties prenantes de la société civile, notamment la World Obesity Federation (Fédération mondiale de lutte contre l'obésité) et les associations représentant les personnes obèses. Grâce à ces schémas directeurs, des campagnes de communication conjointes pourraient être organisées à l'occasion de la Journée mondiale de l'obésité.

Axe de travail 4 : Promouvoir la participation de multiples parties prenantes en vue d'appuyer l'action dans les pays

16. Le Secrétariat encouragera la mobilisation des partenaires à l'appui du plan d'accélération et soutiendra les efforts déployés par les États Membres pour mettre en place une mobilisation suffisante des parties prenantes. En outre, il s'efforcera de nouer un dialogue avec d'autres parties prenantes dotées de mandats similaires et opérant dans le même secteur aux niveaux mondial, régional et national afin d'optimiser les ressources et d'amplifier l'impact.

17. Cet axe de travail comprendra les éléments ci-après :

- **Cartographie et participation des parties prenantes.** Le Secrétariat appuiera les efforts visant à établir une cartographie et à mener une analyse aux niveaux national, régional et mondial afin d'évaluer le rôle potentiel des parties prenantes dans la mise en œuvre des feuilles de route nationales et dans le suivi et l'examen des actions au niveau des pays. Les parties prenantes concernées incluent notamment les organismes des Nations Unies et les autres entités multilatérales, les organisations gouvernementales, des acteurs non étatiques et des associations représentant les personnes obèses ou atteintes d'une maladie non transmissible. Le Secrétariat aidera les États Membres à dialoguer avec l'ensemble des parties intéressées et fournira des orientations quant aux stratégies de mobilisation, y compris les mécanismes visant à promouvoir l'harmonisation et à réduire le risque de conflits d'intérêts.
- **Appui à la mise en place d'un écosystème pour lutter contre l'obésité aux niveaux mondial et national.** Le Secrétariat collaborera avec les organismes des Nations Unies, les acteurs non

étatiques, les coalitions et les réseaux existants, comme la Coalition contre l'obésité (dirigée par l'OMS, la World Obesity Federation et l'UNICEF) et d'autres réseaux de promotion de l'activité physique ou regroupant des villes, afin de mobiliser un soutien à la mise en œuvre des feuilles de route nationales.

Axe de travail 5 : Suivre les progrès accomplis vers les cibles mondiales relatives à l'obésité

18. Le Secrétariat appuiera la mise en place de mécanismes de suivi et d'examen au niveau des pays et présentera des rapports mondiaux périodiques sur les progrès accomplis dans la réduction des taux d'obésité.

19. Cet axe de travail comprendra les éléments ci-après :

- **Mise au point d'outils de suivi.** Le Secrétariat élaborera des lignes directrices opérationnelles sur la façon de recueillir et d'analyser des données et de mesurer les progrès vers les cibles mondiales relatives à l'obésité. Il publiera également un ensemble de critères permettant d'évaluer les progrès globaux accomplis dans la mise en œuvre des interventions prioritaires présentées au paragraphe 2 ci-dessus. Ces lignes directrices opérationnelles comprendront également une section consacrée à la manière de recueillir et d'évaluer les données relatives aux changements dans les facteurs sous-jacents de l'obésité au moyen de mécanismes intégrés aux systèmes de notification existants. Par ailleurs, le Secrétariat appuiera la mise au point de mécanismes d'examen aux niveaux national et régional, y compris l'élaboration de cibles et d'indicateurs pour le suivi des progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales relatives à l'obésité. De plus, des réunions nationales visant à faire le point de la situation seront organisées et des études de cas seront menées.
- **Rapports complets sur les progrès accomplis vers les cibles mondiales relatives à l'obésité et dans la mise en œuvre des politiques et des programmes.** Le Secrétariat rendra régulièrement compte des progrès accomplis vers les cibles mondiales relatives à l'obésité, dans le cadre des rapports qu'il est prévu d'établir au titre du plan d'accélération. Ces rapports semestriels seront soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé, conjointement avec ceux sur les maladies non transmissibles.

ANNEXE 8

FEUILLE DE ROUTE 2023-2030 POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2013-2030¹

[A75/10 Add.8, annexe 1 – 27 avril 2022]

1. [Le paragraphe 1 décrivait le mandat pour l'élaboration de la feuille de route.]

Portée, objet et modalités

2. L'attention accordée aux maladies non transmissibles (MNT) au niveau mondial, ces deux dernières décennies, ne suffit pas à alléger la charge que représentent les MNT compte tenu des neuf cibles volontaires fixées dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 et de la cible 3.4 (D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) des objectifs de développement durable (ODD), telles que mesurées par l'indicateur 3.4.1 (Mortalité due à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques). Les facteurs de risque de MNT n'ont pas évolué non plus de façon significative, à l'exception du tabagisme, dans les Régions de l'OMS au cours de la dernière décennie.² Les capacités du système de santé ne sont pas à la hauteur des besoins relatifs aux MNT, comme le montre l'absence de progrès dans le domaine de la couverture des services qui ressort du Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle.

3. L'épidémiologie des MNT étant variable selon les pays et les Régions, ainsi que les situations socioculturelles, économiques et politiques locales, les pays doivent trouver, au niveau national, différents moyens d'atteindre la cible 3.4 des ODD et les cibles fixées dans le Plan d'action mondial. Les analyses menées sur les voies possibles montrent que chaque pays dispose encore de moyens d'atteindre les cibles mondiales relatives aux MNT.³ L'association d'interventions prioritaires contre des facteurs de risque et des maladies spécifiques à un pays donné, ainsi que les capacités nationales d'assurer l'action dans tous les secteurs gouvernementaux, peuvent aider à combattre plus vite les MNT.^{4,5}

4. La feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial vise à orienter et à aider les États Membres pour qu'ils prennent des mesures d'urgence, en 2023 et après, afin de progresser plus vite, de réorienter leurs plans d'action nationaux et d'en accélérer l'application en vue d'atteindre durablement les neuf cibles mondiales volontaires relatives aux MNT et la cible 3.4 des ODD.

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Statistiques sanitaires mondiales 2020. Résumé visuel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2020; 396:918–934. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X.

⁴ Conformément à la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 30.a) vii).

⁵ Conformément à la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 30.a) viii).

5. Le Plan d'action mondial, qui comporte six objectifs, servira de guide pour l'élaboration et le renforcement des plans nationaux de lutte contre les MNT. Les neuf cibles mondiales volontaires du cadre mondial de suivi pour la lutte contre les MNT fixées à l'horizon 2025 ne seront pas modifiées, la cible concernant la mortalité prématurée étant alignée sur la cible 3.4 des ODD et la cible relative à la réduction de l'inactivité physique ayant été mise à jour par l'Assemblée de la Santé en 2021.¹ L'objectif de réduction de l'usage nocif de l'alcool est en cours de révision et les résultats seront utilisés pour la feuille de route.

6. La feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial, tout en mettant l'accent sur le programme des « MNT 4 par 4 » (tendant à combattre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques) conformément au mandat, devra être mise en œuvre en totale conformité avec les engagements visant à réduire la pollution atmosphérique et à promouvoir la santé mentale et le bien-être (le programme des « MNT 5 par 5 »).²

7. La feuille de route sera achevée avant la fin 2022 en tant que produit technique et intégrera toutes les interventions et les modules techniques recommandés par l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Elle favorisera aussi l'application de mesures contre les MNT dans d'autres domaines d'activité, comme les soins oculaires et les soins de l'oreille et de l'audition. Elle devrait servir de guide général permettant aux Régions et aux pays, aux institutions du système des Nations Unies et aux acteurs non étatiques d'agir plus vite au niveau national contre les MNT, notamment en renforçant et en réorientant les plans d'action multisectoriels ; en donnant aux systèmes de santé davantage de moyens de faire face aux MNT grâce aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle ; et en renforçant les capacités, le leadership, la gouvernance et les partenariats nationaux pour la période 2023-2030, en tenant compte de l'évolution de la situation depuis 2013.

Orientations stratégiques pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030

Orientation stratégique 1 : agir plus vite au niveau national grâce à une meilleure compréhension de l'épidémiologie et des facteurs de risque des MNT et des obstacles et facteurs favorisants constatés dans les pays.

1.1 ÉVALUER LES PROGRÈS RÉALISÉS DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE DES MNT

8. L'OMS a mis à jour les données sur la mortalité par cause pour caractériser le risque et l'évolution de la mortalité attribuable aux MNT dans chaque pays et a évalué les différentes MNT qui, associées, contribuent à la mortalité prématurée. Des cartes illustrant au moyen d'un code de couleurs la probabilité de décès prématuré par MNT ont été publiées pour chaque pays sur le site Web de l'OMS.³

1.2 Identifier les obstacles à la mise en œuvre d'interventions rentables pour prévenir et maîtriser les MNT

9. Le rapport présenté par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale en 2017 mentionne un certain nombre de difficultés courantes rencontrées au niveau national

¹ Voir la résolution WHA71.6 (2018).

² Voir le document A72/19.

³ Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

pour mettre en œuvre les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées pour prévenir et maîtriser les MNT.¹ Cela étant, les pays devraient replacer les obstacles aussi bien que les leviers dans le contexte national.

10. Les pays doivent, à l'aide des orientations et des outils de l'OMS, examiner systématiquement leurs progrès dans l'application de lignes directrices, de protocoles et de normes nationaux fondés sur des données factuelles pour la prévention et la prise en charge des MNT, dans l'intégration du renforcement des systèmes de santé dans les soins de santé primaires et dans l'inclusion des MNT dans la couverture sanitaire universelle, et lorsqu'ils instaurent des politiques pour la prise en compte des MNT dans les situations d'urgence humanitaire² ainsi que pour les migrants, entre autres groupes vulnérables, et des politiques pour la recherche sur les maladies non transmissibles. La réduction des inégalités est essentielle pour atteindre les résultats escomptés.

11. La poursuite de la pandémie de COVID-19 pose d'autres problèmes pour la création et le maintien d'environnements sains et les personnes atteintes de MNT risquent davantage que les autres de contracter une forme grave de la COVID-19 et d'en mourir. Les MNT doivent être prises en compte dans les plans nationaux de préparation et de riposte. Les répercussions économiques de la pandémie auront probablement un impact à long terme sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Orientation stratégique 2 : privilégier et intensifier la mise en œuvre des interventions les plus efficaces et les plus pratiques dans le contexte national.

2.1 MOBILISATION

12. Les pays doivent acquérir plus vite des capacités de collaborer dans plusieurs secteurs et avec plusieurs parties prenantes aux niveaux national et infranational, notamment en repérant toutes les possibilités pour les acteurs non étatiques de contribuer à renforcer la lutte contre les MNT au niveau national.

13. Les chefs d'État et de gouvernement peuvent imprimer une direction stratégique à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles en favorisant le renforcement de la cohérence et de la coordination des politiques par des approches associant tous les pouvoirs publics et plaçant la santé au cœur de toutes les politiques et en associant les parties prenantes, le cas échéant, en tenant dûment compte de leurs conflits d'intérêts potentiels avec les objectifs de santé publique.^{3,4}

14. Le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles facilitera la collaboration dans plusieurs secteurs et la coopération avec plusieurs parties prenantes pour renforcer les mesures nationales de lutte contre les MNT et assurera durablement la participation constructive des personnes atteintes de MNT, à l'appui de politiques, programmes et services nationaux efficaces, équitables et inclusifs.

15. La participation constructive des personnes ayant une expérience vécue des MNT à la cocréation, à la coconception, à la mise en œuvre et à la responsabilisation devrait être un élément essentiel d'interventions centrées sur la personne.⁵ Les organisations de la société civile, dont beaucoup sont créées et soutenues par les patients et leurs familles, peuvent favoriser ces types de collaboration.

¹ Voir le document A71/14.

² *Integrating NCD care in humanitarian settings. An operational guide*. Genève, HCR, 2020 (<https://www.unhcr.org/5fb537094.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 17.

⁴ Résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁵ *Nothing for Us Without Us*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

16. Les partenaires internationaux peuvent soutenir et favoriser la recherche et l'innovation en collaborant avec des partenaires issus du milieu universitaire et des établissements de recherche dans les pays.

17. Les pays peuvent envisager d'utiliser de manière optimale les compétences et les ressources complémentaires des acteurs du secteur privé dans les systèmes de soins, pour la disponibilité des médicaments et pour la prestation et le suivi des services, tout en veillant à gérer les conflits d'intérêts¹ et en s'assurant que cette collaboration contribue directement à la mise en œuvre des mesures de lutte nationales contre les MNT pour atteindre des objectifs spécifiques en matière de santé.² L'OMS mettra au point un outil pour aider les gouvernements nationaux à évaluer la situation et à collaborer utilement avec le secteur privé pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles.

18. L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles veillera à ce que la feuille de route bénéficie de l'appui sans faille du système des Nations Unies dans son ensemble, conformément aux priorités stratégiques de l'Équipe spéciale, à savoir : i) aider les pays à prendre des mesures multisectorielles pour atteindre les cibles des ODD liées aux MNT ; ii) mobiliser des ressources pour favoriser l'élaboration de mesures de lutte au niveau national ; et iii) harmoniser les mesures et nouer des partenariats. Le nouveau Fonds catalytique d'affectation spéciale pluripartenaire des Nations Unies pour les maladies non transmissibles et la santé mentale, qui a été créé par l'OMS, le PNUD et l'UNICEF, facilitera la mise en œuvre de la feuille de route.

2.2 ACCÉLÉRATION

2.2.1 Accélérer la mise en œuvre des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité et les plus pratiques contre les MNT dans le contexte national, et investir dans ces interventions

19. Les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées par l'OMS³ constituent un ensemble d'interventions pratiques et d'un bon rapport coût/efficacité à mettre en œuvre dans toutes les situations, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. L'OMS proposera une actualisation de l'ensemble des interventions à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2023, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.⁴ L'ensemble actualisé d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et prendre en charge les MNT servira de guide pour sélectionner des interventions pertinentes et adaptables localement.

20. Au niveau national, la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac : faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025,⁵ la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et son plan d'action mondial, le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030⁶ et les orientations et outils de l'OMS pour promouvoir une alimentation saine⁷ devraient être mis en œuvre à grande échelle pour favoriser la cohérence entre les secteurs et participer à la bonne gouvernance dans tous les pays.

¹ Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 43.

² Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 44.

³ Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

⁴ Conformément au paragraphe 3, alinéa a) de la décision WHA72(11) (2019).

⁵ Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

⁶ Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

⁷ Alimentation saine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

21. Les pays peuvent mettre en œuvre des mesures budgétaires s'il y a lieu, en vue de réduire au minimum l'incidence des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles.¹ Ils peuvent donc instaurer des taxes sanitaires dans le cadre de leurs programmes fiscaux et les lier à la prévention et à la maîtrise des MNT. Dans le cadre des mesures recommandées en vue de réduire la consommation de tabac et l'usage nocif de l'alcool, l'augmentation des droits d'accise sur le tabac et les produits contenant de l'alcool est l'une des mesures les plus efficaces et présentant le meilleur rapport coût/efficacité.

22. Les pays peuvent investir des ressources adéquates, prévisibles et constantes à l'appui de la prévention et de la maîtrise des MNT par des sources nationales, bilatérales, régionales et multilatérales, y compris les mécanismes de financement traditionnels et les mécanismes volontaires innovants.² Lutter contre les MNT est un investissement intéressant pour les pays. Il existe des interventions à fort impact et efficaces au regard des coûts par l'intermédiaire des initiatives spéciales et des modules techniques de l'OMS, mais leur application et leur mise à l'échelle dans les pays sont insuffisantes.

23. Avec le soutien de ses partenaires, l'OMS a mis au point des initiatives spéciales et des modules techniques visant à réduire les facteurs de risque de MNT, à maîtriser les quatre principales MNT et à réadapter les personnes handicapées afin de permettre aux pays de mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles. Les modules comprennent des outils pour faciliter l'adaptation et la mise en œuvre au niveau local. On trouvera des descriptions détaillées des modules et des initiatives disponibles sur le site Web.³

2.2.2 Mettre au point un outil de simulation en ligne pour sélectionner un ensemble hiérarchisé d'interventions contre les MNT à l'intention des pays

24. Un outil de simulation en ligne sera mis au point en 2022 pour aider les pays à hiérarchiser et à généraliser les interventions. Il sera fondé sur des modèles mathématiques pour estimer l'impact sur la santé des interventions recommandées au niveau national jusqu'en 2030 et au-delà. Une représentation graphique de l'échelle à laquelle une intervention donnée peut être mise en œuvre et de l'impact de celle-ci sur la mortalité prématurée aidera les pays à identifier un ensemble d'accélérateurs clés adaptés à leur situation épidémiologique. L'outil mis au point par l'Université de Washington pour les maladies cardiovasculaires est un prototype de l'outil proposé.⁴

2.2.3 Accorder plus de place à la prévention et à la maîtrise des MNT dans les soins de santé primaires afin de promouvoir un accès équitable à des soins de qualité

25. Dans de nombreux pays, peu de place est accordée à la prévention et à la maîtrise des MNT dans les soins de santé primaires. Le renforcement et l'extension des interventions contre les MNT dans le cadre des soins de santé primaires contribueront à améliorer l'accès et l'équité de la couverture. Les soins primaires sont les premiers moyens d'action et de protection contre les MNT. Le diagnostic précoce et la maîtrise correcte des MNT et de leurs facteurs de risque dans le cadre des soins primaires réduiront les complications qui entraînent des dépenses de santé catastrophiques et des décès prématurés. Le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires⁵ fournit des orientations permettant aux pays de renforcer

¹ Conformément à la résolution 73/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 21.

² Voir le paragraphe 45, alinéa d) de la déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (A/RES/66/2) (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/95/PDF/N1145895.pdf?OpenElement>, consulté le 7 avril 2022).

³ Governance of WHO's leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against noncommunicable diseases. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

⁴ *Calculating lives saved by cardiovascular health interventions*. Université de Washington (<https://dcp-uw.shinyapps.io/RTSL2/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2020.

les systèmes de soins de santé primaires en appliquant des mesures intersectorielles et en autonomisant les personnes et les communautés. L'application PEN de l'OMS est une solution numérique qui permet d'accéder facilement à l'ensemble des soins primaires.¹ L'orientation des patients est également essentielle pour la prise en charge des complications des MNT.

2.2.4 Veiller à ce que la prévention et la maîtrise des MNT soient incluses dans les prestations prévues dans le cadre de la couverture sanitaire universelle

26. L'instauration progressive de la couverture sanitaire universelle peut contribuer à la réalisation du droit à la santé. La prise en compte de la valeur positive de la protection contre les risques financiers est particulièrement pertinente pour la définition des priorités en matière de MNT compte tenu du coût de ces maladies à long terme pour le patient et sa famille. Il ressort du rapport de suivi de la couverture sanitaire universelle de 2019 qu'il n'y a pas eu de progrès sensibles dans le domaine des MNT depuis 2000 et que cette question devra être abordée dans tous les pays.²

27. Le recueil OMS des interventions sanitaires entrant dans la couverture sanitaire universelle (WHO UHC Compendium) propose un ensemble d'interventions contre les MNT et leurs facteurs de risque qui peuvent être incluses dans les prestations de services entrant dans la couverture sanitaire universelle au niveau national. La couverture sanitaire universelle ne sera ni globale ni universelle tant que des formules de prestations et de services contre les MNT essentiels ne seront pas proposées et généralisées.

28. Les pays devront trouver un équilibre entre la nécessité de combattre directement la pandémie de COVID-19 et celle de se préparer à d'autres urgences sanitaires, tout en maintenant la planification stratégique et l'action coordonnée pour assurer la continuité des services de santé essentiels, en particulier pour les MNT.³

2.2.5 Financement durable

29. Les pays ont besoin d'un financement durable pour soutenir les interventions auprès de la population, pour satisfaire autant de besoins que possible en matière de services et pour tenter d'éliminer les difficultés financières liées aux paiements directs. Les pays doivent augmenter progressivement les sommes allouées à la santé, y compris aux MNT. Cela suppose également de rendre le financement catalytique plus efficace. Les dépenses directes ne peuvent baisser que si les MNT sont prises en compte par des systèmes de protection financière adéquats dans les pays.

2.2.6 Reconstruire en mieux grâce à la recherche opérationnelle, à l'innovation et aux solutions numériques

30. La réalisation des objectifs et des cibles du Plan d'action mondial ainsi que de la cible 3.4 des ODD après la pandémie de COVID-19 nécessite une approche concertée et l'intégration du programme de lutte contre les MNT dans les efforts mondiaux et nationaux existants pour reconstruire des systèmes de santé résilients.

31. Les travaux de recherche opérationnelle peuvent permettre de déterminer comment mettre en œuvre des politiques et des interventions pour des populations et/ou avec ressources différentes de celles

¹ WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

³ Plateforme des partenaires contre la COVID-19. Pilier 9. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

pour ou avec lesquelles elles ont été initialement formulées et évaluées. Ils peuvent permettre aussi de savoir pourquoi la mise en œuvre du programme n'a pas d'impact.¹

32. Les nouvelles technologies, notamment les interventions faisant appel à des outils numériques, peuvent être mises à profit pour généraliser le dépistage, le diagnostic précoce et l'autoprise en charge pour les personnes atteintes d'une MNT.

33. Les modèles de prestation de services devront être revus et réorientés afin que les outils de diagnostic, les technologies et les médicaments de base, ainsi qu'une main-d'œuvre qualifiée et suffisante soient disponibles pour mener à bien les interventions de lutte contre les MNT.

2.3 ALIGNEMENT

34. Les différentes parties prenantes sont réunies autour du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous² afin de progresser plus vite vers les ODD liés à la santé, y compris les objectifs et les cibles relatifs aux MNT. Alors que les pays sont engagés dans la réalisation des cibles des ODD, en plus des cibles du Plan d'action mondial, cet alignement contribuera à intégrer la prévention et la prise en charge des MNT dans le cadre plus large du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

35. La feuille de route tient compte de l'impact des troubles mentaux et autres problèmes de santé mentale dans la charge mondiale des MNT. Les efforts déployés pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 s'inscrivent dans le passage du programme des « MNT 4 par 4 » au programme des « MNT 5 par 5 » qui englobe la santé mentale et la pollution atmosphérique, et qui entre en synergie avec l'indicateur 3.4.2 des ODD (Taux de mortalité par suicide). L'application de la liste des interventions d'un bon rapport coût/efficacité dans le domaine de la santé mentale³ et des lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air⁴ peut être envisagée avec d'autres interventions contre les MNT, selon le contexte local.

36. La promotion de la santé et les connaissances en matière de santé facilitent la prévention et la maîtrise des MNT, réduisent la charge des MNT et assurent la pérennité des systèmes de santé. Les approches adaptées aux environnements, en particulier aux environnements sains, peuvent contribuer à rendre les interventions contre les MNT plus efficaces, y compris celles qui permettent d'agir sur les déterminants socioéconomiques et commerciaux.

Orientation stratégique 3 : garantir des données fiables, actualisées et durables sur les facteurs de risque de MNT, les maladies et la mortalité pour l'application de mesures reposant sur des données et pour le renforcement de la redevabilité.

3.1 REDEVABILITÉ

37. Il est essentiel d'investir dans la surveillance et le suivi pour obtenir des données fiables et actualisées aux niveaux national et infranational afin de hiérarchiser les interventions, d'évaluer leur mise en œuvre et d'en connaître l'impact sur la prévention et la maîtrise des MNT. Les enquêtes

¹ *A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

² *Une collaboration renforcée pour une meilleure santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

³ *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁴ *WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

périodiques sur les facteurs de risque de MNT, les évaluations des capacités nationales, les registres de cas de maladies, les données des établissements de santé, le cas échéant, et un enregistrement fiable des faits d'état civil sont essentiels pour hiérarchiser les interventions et sélectionner celles qui sont les plus appropriées et qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité pour prévenir et maîtriser les MNT.

38. L'OMS donnera des informations actualisées sur la situation concernant la prévention et la maîtrise des MNT sur un portail Web qui rassemblera des données provenant de différentes sources et permettra d'établir des comparaisons afin de suivre les progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et transnational. Le portail Web devrait permettre aux pays de suivre leurs progrès grâce au cadre mondial de suivi pour la lutte contre les MNT. L'OMS s'efforcera de prendre en compte les indicateurs relatifs aux MNT dans les paramètres de mesure de la performance des systèmes de santé et de l'accès aux soins.

39. Les mesures relatives aux MNT devraient faire partie intégrante des systèmes d'information sanitaire nationaux et infranationaux conformes à l'outil SCORE de l'OMS.¹

MESURES RECOMMANDÉES

Mesures qu'il est recommandé aux États Membres de prendre en 2022 :

40. Évaluer la situation actuelle des mesures prises au niveau national contre les MNT par rapport aux neuf cibles mondiales volontaires et à la cible des ODD et recenser les obstacles et les possibilités de donner davantage d'ampleur aux mesures nationales, notamment :

- a) renforcer les capacités nationales de gouvernance de la participation de plusieurs parties prenantes, de la collaboration intersectorielle et des partenariats utiles et efficaces ;
- b) renforcer les systèmes de suivi et de surveillance nationaux des MNT et de leurs facteurs de risque pour obtenir des données fiables et actualisées ; et
- c) donner la priorité à la recherche pour mieux comprendre l'épidémiologie des MNT et de leurs facteurs de risque, leurs déterminants sociaux, économiques et commerciaux et la gouvernance à plusieurs niveaux et dans plusieurs secteurs, et investir dans la recherche translationnelle et opérationnelle pour faire progresser la prévention et la maîtrise des MNT.

Mesures qu'il est recommandé aux partenaires internationaux de prendre en 2022 :

41. Contribuer à l'élaboration de la feuille de route pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial suivant les orientations stratégiques et les mesures prévues aux niveaux mondial, régional, national et local.

Mesures qu'il est recommandé au Secrétariat de prendre en 2022 :

42. Achever l'élaboration de la feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 et la publier (en tant que produit technique – bien de santé publique de l'OMS), y compris :

- a) mettre au point un portail de données sur les MNT afin de fournir un résumé visuel de tous les indicateurs relatifs aux MNT et de faciliter le suivi par les pays de leurs progrès ;

¹ SCORE for Health Data Technical Package. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/score>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- b) établir des cartes permettant aux pays de repérer certaines MNT et de déterminer dans quelle mesure elles contribuent à la mortalité prématurée ;
- c) proposer des mises à jour de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030¹ axées sur la prévention et la prise en charge des MNT, en consultation avec les États Membres, les institutions des Nations Unies et les acteurs non étatiques, pour examen par les organes directeurs ;
- d) mettre au point un outil de simulation en utilisant des interventions contre les MNT mises à jour à partir des dernières données probantes et correspondant au cadre pour les soins de santé primaires et celui pour la couverture sanitaire universelle, pour aider les pays à déterminer quelles sont les interventions prioritaires en fonction de leur situation nationale ;
- e) élaborer des orientations afin de favoriser la cohérence des politiques de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque dans tous les secteurs de gouvernement concernés et en associant les parties prenantes, en établissant ou en renforçant des mécanismes nationaux de gouvernance susceptibles d'orienter des mesures de lutte intégrées, coordonnées et cohérentes contre les MNT ;
- f) élaborer des orientations pour aider les États Membres à prendre des décisions en connaissance de cause sur la conduite d'une collaboration multipartite constructive, y compris avec le secteur privé et la société civile, qui soit conforme aux mesures de lutte nationales contre les MNT et qui permette de progresser ;
- g) utiliser le cadre de l'OMS pour le développement de l'innovation, afin de contribuer à élargir la prévention et la maîtrise des MNT en exploitant la recherche, l'innovation et les solutions numériques ; et
- h) élaborer des orientations pour la participation constructive des personnes atteintes de MNT et de maladies mentales afin d'aider l'OMS et les États Membres à élaborer et concevoir conjointement des principes, des politiques, des programmes et des services dans le domaine des MNT.

¹ Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

ANNEXE 9

RECOMMANDATIONS VISANT À RENFORCER ET À SURVEILLER LES MESURES PRISES CONTRE LE DIABÈTE DANS LE CADRE DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES, ET CIBLES RECOMMANDÉES¹

[EB150/7, annexe 2 – 11 janvier 2022]

DIFFICULTÉS ET POSSIBILITÉS

1. Jamais dans le passé nos connaissances n'ont été aussi approfondies et les possibilités de prévenir le diabète et de traiter toutes les personnes atteintes de cette affection n'ont été aussi grandes. Et pourtant, de nombreuses personnes et communautés ayant besoin d'une prévention efficace, ou d'un traitement du diabète qui leur est vital ou qui permettrait d'améliorer leur existence ne peuvent en bénéficier.

a) La prévalence mondiale du diabète ajustée sur l'âge chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7 % en 1980 à 8,5 % en 2014.² Aujourd'hui, plus de 420 millions de personnes sont atteintes de diabète dans le monde. Selon les estimations, ce nombre devrait passer à 578 millions d'ici à 2030 et à 700 millions d'ici à 2045.³ Un adulte diabétique sur deux ignore qu'il est atteint de cette affection.

b) Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'amputation des membres inférieurs, en particulier chez les personnes qui ignorent qu'elles sont atteintes ou dont le diabète est mal pris en charge.

c) Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'insuline pour survivre. Aujourd'hui, partout dans le monde, on observe une forte prévalence de l'acidocétose diabétique dans les lieux où un diagnostic est posé. Les mesures visant à renforcer le diagnostic anticipé du diabète de type 1 et à garantir l'accès aux traitements à l'insuline sont cruciales pour prévenir les décès.⁴

d) Bien que le nombre total de décès dus au diabète ait considérablement augmenté entre 2000 et 2019, la proportion de décès dus à cette maladie survenus avant l'âge de 70 ans a diminué de 2 %.⁵

¹ Voir la décision WHA75(11).

² *Rapport mondial sur le diabète*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

³ Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. IDF Diabetes Atlas Committee. 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 Res Clin Pract* 2019;157:107843. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.

⁴ Cherubini, V, Grimsmann, JM, Åkesson, K, Birkebæk, NH, Cinek, O, Dovč, K, et al. Temporal trends in diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes between 2006 and 2016: results from 13 countries in three continents. *Diabetologia*, 63(8), 1530–1541. doi: 10.1007/s00125-020-05152-1.

⁵ *Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

e) La prévalence croissante du diabète de type 2 est en grande partie due à la prévalence croissante de l'obésité combinée à une absence d'activité physique. La prévalence mondiale du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans a considérablement augmenté, passant de 4 % en 1975 à plus de 18 % en 2016.¹ En 2019, seuls 40 % des pays disposaient d'une politique opérationnelle de lutte contre le surpoids et l'obésité.² Les fumeurs présentent un risque 30 à 40 % plus élevé que les non-fumeurs de développer un diabète de type 2.³

f) On estime qu'en 2015, le coût mondial du diabète oscillait entre 1 billion et 31 billions de dollars des États-Unis, ce qui représente entre 1 % et 8 % du produit intérieur brut (PIB) mondial. Tandis que les principaux facteurs de coût étaient les soins hospitaliers et ambulatoires, les coûts indirects représentaient 34,7 % de la charge totale, et étaient principalement attribuables à la perte de production due aux incapacités de travail de la population active et à la mortalité prématurée.⁴

g) Environ 27 % des pays n'ont pas de politique, de stratégie ou de plan d'action opérationnel contre le diabète, tandis que 20 % n'en ont pas non plus pour lutter contre la mauvaise alimentation et l'inactivité physique.¹

h) Des progrès limités ont été faits pour prévenir et prendre en charge le diabète dans le cadre de la réalisation de la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD), qui est de 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. Le Rapport mondial de suivi de 2019 montre que les services de prise en charge du diabète se distinguent des autres services consacrés aux maladies transmissibles par le peu de progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle.⁵ Deux tiers des pays seulement déclarent disposer de cibles assorties de délais relatives aux maladies non transmissibles (MNT), parmi lesquelles peuvent figurer la stabilisation des niveaux de diabète et d'obésité et l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux technologies, dans le droit fil des neuf cibles mondiales volontaires du cadre mondial de suivi de l'OMS. Un examen effectué récemment par le Secrétariat des progrès accomplis pour stopper l'augmentation du diabète par rapport à l'année de référence 2010 a montré que seuls 14 pays auraient des chances d'atteindre cet objectif d'ici à 2025, et qu'aucun autre pays n'y parviendrait d'ici à 2030.

i) En général, les établissements de soins de santé primaires des pays à revenu faible ne disposent pas des technologies de base nécessaires pour diagnostiquer et prendre en charge le diabète.¹ Au niveau mondial, les médicaments essentiels contre le diabète seraient généralement disponibles dans environ 80 % des établissements de soins de santé du secteur public.¹ Cependant, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ils ne sont disponibles que dans la moitié de ces établissements environ.

¹ Obésité et surpoids. Principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Executive Summary*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2014 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ Bommer C, Heesemann E, Sagalova E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 423–30. doi : 10.1016/S2213-8587(17)30097-9.

⁵ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Care. 2019 Global Monitoring Report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

j) L'insuline et les produits de technologie de la santé associés demeurent inabordables dans de nombreux pays, en particulier pour les patients qui paient directement ces produits ou pour les systèmes de santé de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, qui ne sont pas en mesure d'offrir une couverture durable et équitable à toutes les personnes atteintes de diabète en raison des prix élevés de ces produits. L'élaboration de politiques publiques efficaces pour améliorer l'accès à des médicaments et à des produits de santé d'un prix abordable doit s'appuyer sur des données probantes provenant d'une analyse précise de données solides et transparentes sur les prix et la disponibilité des produits.^{1,2}

k) La pandémie de COVID-19 a démontré combien des systèmes de santé surexploités pouvaient être fragiles. Une enquête menée en 2020 par l'OMS a révélé que dans la moitié des pays participants, les services de dépistage et de traitement du diabète et des complications liées au diabète avaient été partiellement ou complètement perturbés. Dans un tiers des pays, le diabète n'était pas intégré aux plans de préparation aux situations d'urgence.³

l) Les données sur le diabète issues des systèmes de suivi et de surveillance de la plupart des pays sont rares et inadéquates. Seuls 56 % des pays ont mené une enquête sur la prévalence du diabète au cours des cinq dernières années. En outre, 50 % des pays, principalement à revenu élevé, déclarent avoir des registres du diabète, mais comme ces registres se trouvent principalement dans les hôpitaux et permettent une couverture limitée, ils ne fournissent pas suffisamment d'informations sur l'issue de la maladie.⁴ Deux tiers des pays ne disposent pas de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil permettant de recueillir des informations sur les causes de décès. La fiabilité des données sur les décès attribuables au diabète est donc insuffisante.

m) En 2019, seul un tiers des pays ont déclaré disposer d'une politique ou d'un plan pour la recherche sur les MNT, et la recherche était l'un des domaines clés les moins financés du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.

2. Il est possible de remédier aux difficultés qui se posent. Les principales possibilités offertes sont les suivantes :

a) **Point de repère pour toutes les MNT** : la prise en charge optimale du diabète nécessite la contribution coordonnée d'un éventail de professionnels de santé, et suppose également de garantir l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels et de disposer d'un système favorisant l'autonomisation des patients. La pertinence d'une telle approche va au-delà du diabète, le diabète pouvant faire office de maladie repère dans le cadre d'une action visant à appréhender l'exhaustivité globale et la solidité des mesures nationales adoptées pour faire face aux MNT.

b) **Base solide pour la transposition à plus grande échelle** : en 2019, 85 % des pays déclaraient disposer de personnel dédié au diabète au sein de leur unité/service/département s'occupant des MNT, tandis que 73 % des pays déclaraient disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel contre le diabète, ce qui représentait une augmentation de 45 % par rapport à 2010. En outre, 80 % des pays déclaraient disposer de politiques ou de stratégies opérationnelles pour lutter contre la mauvaise alimentation et

¹ Babar ZUD, Ramzan S, El-Dahiyat F, Tachmazidis I, Adebisi A, Hasan SS. The availability, pricing, and affordability of essential diabetes medicines in 17 low-, middle-and high-income countries. *Frontiers in pharmacology* 2019;10:1375. Doi: 10.3389/fphar.2019.01375.

² WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

³ *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.

⁴ *Rapport mondial sur le diabète*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

l'inactivité physique et 84 % déclaraient disposer de lignes directrices nationales sur la prise en charge du diabète qui étaient utilisées dans au moins 50 % des établissements de santé.¹ Bien que des politiques et des programmes soient en place dans plusieurs pays, il n'existe ni cadre de suivi clair ni cibles ou indicateurs convenus au niveau national pour évaluer l'impact de ces politiques sur la prévention et la maîtrise du diabète. Établir des cibles et des indicateurs pourrait favoriser une mise en œuvre efficace.

c) **Vers la couverture sanitaire universelle** : les engagements politiques pris en faveur de la couverture sanitaire universelle pour atteindre la cible 3.8 des ODD est l'occasion d'inclure la prévention et la maîtrise du diabète dans les prestations de santé offertes et de combattre le diabète de façon plus efficace et plus équitable, tout en apportant aux plus vulnérables la protection financière requise.

d) **Nouvelle perspective sur les MNT** : la pandémie de COVID-19 a touché de manière disproportionnée les personnes atteintes de diabète, ce qui peut inciter à mieux intégrer le diabète dans la préparation et la riposte aux pandémies et aux autres situations d'urgence.

e) **Célébration du 100^e anniversaire de la découverte de l'insuline** : l'instauration du Pacte mondial contre le diabète offre à la communauté mondiale investie dans la lutte contre le diabète l'occasion de se réunir pour s'interroger sur la façon d'éliminer les obstacles à l'accès à l'insuline et aux technologies de la santé associées, y compris sur la façon de promouvoir la convergence et l'harmonisation des exigences réglementaires relatives à l'insuline et à d'autres médicaments et produits de santé pour le traitement du diabète ; ainsi que sur la possibilité et l'intérêt potentiel de mettre au point un outil en ligne pour partager des informations ayant trait à la transparence des marchés de médicaments antidiabétiques et de produits de santé connexes.

f) **Mobilisation des technologies numériques** : l'utilisation accrue des technologies numériques et une plus grande aptitude à se servir des outils numériques pourrait améliorer les connaissances des patients et leur capacité à se prendre en charge eux-mêmes, et renforcer la capacité d'évaluer les facteurs de risque et la disponibilité ainsi que le besoin réel de médicaments essentiels et d'en rendre compte, en plus de contribuer à une meilleure prise en charge du diabète et à de meilleurs résultats en matière de lutte contre cette maladie. Des initiatives telles que Be Healthy Be Mobile, appliquées au traitement du diabète, peuvent aider les pays et les autorités nationales à introduire et à développer des solutions numériques pour la prise en charge du diabète en mettant à leur disposition des orientations et des ressources.²

g) **Promotion de l'inclusion** : la participation des personnes atteintes de diabète et de leurs aidants apporte des connaissances essentielles venant influencer positivement sur la conception des politiques, ainsi que des récits éloquentes permettant de sensibiliser le public au problème du diabète et de renforcer l'engagement des responsables de l'élaboration des politiques. L'adhésion et la contribution active des personnes atteintes de diabète au Pacte mondial contre le diabète constituent un tremplin et un modèle garantissant leur participation constructive à la recherche de solutions.

¹ *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² *Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

DÉFINIR DES CIBLES DE COUVERTURE POUR LE DIABÈTE

3. Le Secrétariat, avec le soutien d'un groupe d'universitaires, a élaboré une approche en vue d'établir des cibles de couverture pour le diabète sur la base d'un projet de proposition.¹ Ce projet a ensuite été examiné dans le cadre d'une consultation technique organisée les 28 et 29 juillet 2021, l'objectif étant d'obtenir l'avis complémentaire d'experts quant aux moyens d'affiner les méthodes employées et les modalités de sélection. La note d'information technique utilisée pour établir les cibles est disponible sur le site Web de l'OMS, de même que le présent document de travail.¹

4. Le processus de sélection et de hiérarchisation des cinq cibles mondiales en matière de couverture pour le diabète comportait les étapes suivantes :

- a) l'examen et l'élaboration d'une taxonomie d'éventuels indicateurs relatifs aux cibles organisée autour de quatre domaines (facteurs à l'échelle des politiques ou du système ; processus de soins ; résultats intermédiaires ; et résultats à long terme en matière de santé) et par niveau de risque (diabète avéré ; risque élevé ; ensemble de la population) ;
- b) la hiérarchisation d'un sous-ensemble d'indicateurs, en fonction de quatre critères :
 - importance pour la santé, données solides pour faire des prévisions ou intérêt au regard de résultats importants en matière de santé ;
 - caractère modifiable ou applicable dans le cadre d'interventions évolutives dans différents contextes ;
 - disponibilité des données au niveau mondial et facilité de mesure, l'indicateur étant déjà disponible ou pouvant l'être si les pratiques de surveillance sont renforcées ; et
 - écarts et disparités au niveau mondial, dans la mesure où une grande proportion de la population est touchée et où il existe, au niveau mondial, d'importantes variations en matière de réalisation de la cible ;
- c) l'examen de l'état d'avancement actuel, au niveau mondial, des cinq indicateurs privilégiés selon les critères suivants : variations, niveaux, tendances et couverture (cet examen a servi à déterminer les cibles) ; et
- d) une estimation des effets qu'aurait sur la santé le fait d'atteindre ou non les cibles en matière de couverture.

5. Sur cette base, le Secrétariat recommande d'établir les cinq cibles de couverture mondiale ci-après pour le diabète, l'objectif étant qu'elles soient atteintes d'ici à 2030 :

- le diagnostic de diabète est posé chez 80 % des personnes diabétiques ;²
- la glycémie est bien maîtrisée chez 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué ;

¹ Gregg E, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Griffiths B, et al. Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030: (données non publiées). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² L'expression « personnes diabétiques » englobe tous les types de diabète. En raison des conséquences potentiellement fatales des retards de diagnostic et de la forte prévalence de l'acidocétose diabétique au moment du diagnostic, il convient d'appeler au renforcement de l'action mondiale visant à procéder au dépistage plus précoce des cas de diabète de type 1.

- la tension artérielle est bien maîtrisée chez 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué ;
- 60 % des personnes diabétiques de plus de 40 ans reçoivent des statines ; et
- 100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à des traitements à l'insuline¹ et à des dispositifs d'autosurveillance de la glycémie à un prix abordable.

6. Les cibles de couverture ne constituent pas une indication pour le traitement de chaque patient, mais elles permettent d'appréhender les domaines où des lacunes sont observées (diagnostic du diabète au niveau mondial et lacunes de la couverture thérapeutique, par exemple) ; elles permettront d'estimer avec clarté les progrès dans la réalisation des objectifs et auront un impact important sur les résultats en matière de santé. Les cibles sont ambitieuses, mais atteignables, et auraient un impact sur la santé dans de nombreux pays.

7. À cet égard, les projections de modélisation ont montré ce qui suit :

- l'obtention d'au moins 60 % des niveaux visés de diagnostic, de traitement et de maîtrise pour trois cibles (glycémie, tension artérielle et utilisation de statines) entraîne un gain médian de 38 années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) pour 1000 personnes sur 10 ans, tandis que l'obtention de 80 % de ces niveaux entraîne un gain médian de 64 DALY pour 1000 personnes sur 10 ans ;² et
- dans la plupart des régions, l'amélioration du traitement et de la maîtrise sans dépistage réduit le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires de 25 % à 35 % et l'amélioration du diagnostic, du traitement et de la maîtrise réduit la cause la plus fréquente de décès (décès attribuables aux maladies cardiovasculaires) de plus de 40 %.²

8. La réalisation des cinq cibles de couverture mondiale pour le diabète contribuera à la réalisation de la cible 3.4 des ODD. Ces cibles sont également en phase avec le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; et le renforcement des systèmes de santé pour la protection sociale et la couverture sanitaire universelle, comme indiqué dans la résolution 72/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Conformité au cadre mondial de suivi pour la lutte contre les MNT et effets sur le suivi

9. Les cibles de couverture mondiale sont complémentaires de l'objectif fixé par le cadre mondial de suivi pour la lutte contre les MNT, qui est de stopper l'augmentation du diabète, et fournissent un ensemble supplémentaire de cibles spécifiques et mesurables liées à la prise en charge du diabète. La mesure des cibles devrait être principalement effectuée au moyen d'enquêtes en population, ce qui permettrait à la plupart des pays de communiquer des informations sans rajouter à la charge de travail que supposent les activités la collecte de données. À cet égard, trois des cinq cibles sont déjà prises en considération par les outils utilisés pour rendre compte des indicateurs existants du cadre mondial de suivi.

¹ Y compris à des dispositifs d'administration de l'insuline (seringues et aiguilles, par exemple).

² Document de travail de l'OMS intitulé « Projet de recommandations visant à renforcer et à suivre les réponses au diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les cibles potentielles ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212413_eb150_-_annex_2_\(diabetes\)_-_final_\(for_web\)_f.pdf?sfvrsn=d11252fb_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212413_eb150_-_annex_2_(diabetes)_-_final_(for_web)_f.pdf?sfvrsn=d11252fb_5), consulté le 18 août 2022).

10. Les recommandations prévoient une série de mesures qui contribueront, si elles sont prises par l'ensemble des États Membres et des partenaires internationaux, à alléger la charge de plus en plus lourde que le diabète fait peser sur la santé publique et à réaliser les cibles.

RECOMMANDATIONS VISANT À RENFORCER ET À SURVEILLER LES MESURES PRISES CONTRE LE DIABÈTE

11. Mesures qu'il est recommandé aux **États Membres** de prendre :

a) renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :

- renforcer la capacité des ministères de la santé à exercer un rôle stratégique de direction et de coordination dans l'élaboration des politiques contre le diabète qui permette d'associer toutes les parties prenantes au sein des administrations publiques, des organisations non gouvernementales et de la société civile, ainsi que les personnes atteintes de diabète et le secteur privé, afin que les questions relatives à la prévention et à la maîtrise du diabète soient traitées de manière coordonnée, globale et intégrée ;
- allouer des crédits budgétaires nationaux suffisants à la prévention et à la maîtrise du diabète et désigner des mécanismes de financement de sorte à réduire les dépenses à la charge des patients ;
- renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques relatives au diabète en veillant à ce que les ensembles de prestations actuels de la couverture sanitaire universelle au niveau national et les stratégies/politiques/plans d'action multisectoriels en matière de MNT contiennent les dispositions qui s'imposent en matière de prévention et de prise en charge du diabète ;
- envisager de fixer des cibles de couverture pour le diabète au niveau national, en s'appuyant sur les orientations fournies par l'OMS, afin de faire progressivement bénéficier un plus grand nombre de personnes de soins de qualité, d'accroître la responsabilisation et d'évaluer périodiquement les capacités nationales de prévention et de maîtrise du diabète ;

b) réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :

- accélérer la mise en œuvre de politiques et de stratégies visant à réduire les facteurs de risque de diabète et de ses complications, notamment en recensant les synergies avec les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité ;¹
- promouvoir les connaissances en matière de santé et renforcer la participation des personnes atteintes de diabète à la prise des décisions cliniques en mettant l'accent sur la communication entre les professionnels de santé et les patients et sur la sensibilisation ;

¹ Document de synthèse de l'OMS : Recommandations et cibles potentielles relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité tout au long de la vie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-fr.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24&download=true, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- tenir compte de la charge disproportionnée du diabète parmi certains groupes de population et s'attaquer aux déterminants sociaux sous-jacents qui exposent ces populations à un risque accru de développer un diabète et ses complications, à des soins de qualité inférieure ou à un manque d'accès aux médicaments essentiels contre le diabète ;

c) renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et de la couverture sanitaire universelle :

- élargir la prestation des soins de santé primaires et en faire la pierre angulaire d'une prise en charge du diabète qui soit durable, centrée sur la personne, intégrée et assurée dans des structures locales ;
- établir des normes minimales de détection précoce et de prise en charge du diabète tout au long du parcours de soins en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, tout en renforçant les systèmes d'orientation entre les soins primaires et les autres niveaux de soins ;
- envisager d'adopter les cibles de couverture mondiale à atteindre d'ici à 2030 afin d'encourager le dépistage précoce et d'améliorer la prise en charge, et envisager de les adapter aux conditions locales ;
- renforcer la capacité du personnel de santé et des établissements de détecter le diabète à un stade précoce et de le prendre en charge, y compris de diagnostiquer et de traiter les complications liées au diabète, de fournir des informations, des soins de santé mentale et un soutien psychosocial aux patients, de promouvoir l'autoprise en charge, et de fournir des soins palliatifs et de réadaptation ;
- assurer la disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments essentiels et des dispositifs prioritaires en intégrant les médicaments, les dispositifs d'administration de l'insuline et les dispositifs de surveillance de la glycémie aux ensembles de prestations nationales ;
- veiller à ce que le traitement des personnes atteintes de diabète ne soit pas interrompu dans les situations d'urgence humanitaire ;
- évaluer l'impact des solutions de santé numériques innovantes ;
- associer les personnes atteintes de diabète à la prise de décisions sur les politiques et stratégies de prévention et de maîtrise du diabète, et à la mise en œuvre de celles-ci ;

d) promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener des travaux de recherche-développement et de mettre au point des innovations de grande qualité pour la prévention et la maîtrise du diabète ;

e) suivre l'évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l'affection :

- mettre en place des systèmes de surveillance et de suivi du diabète et d'autres facteurs de risque de MNT correspondants, ou les renforcer, en s'inspirant du cadre de surveillance des MNT de l'OMS ;

- mettre en place des systèmes de suivi, ou les renforcer, pour évaluer les lacunes de la couverture thérapeutique et les résultats cliniques (morbidité et mortalité), ainsi que les performances du système de santé (capacité et interventions) via la collecte systématique et régulière d'indicateurs normalisés sur la prise en charge du diabète en établissement.

12. Mesures qu'il est recommandé aux **partenaires internationaux** de prendre, y compris au secteur privé :

a) renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :

- faire en sorte que le programme mondial pour la santé et le développement continue d'accorder une large place au diabète ;
- mettre la coopération internationale dans le domaine du diabète en phase avec les plans nationaux concernant les MNT, de façon à renforcer l'efficacité de l'aide et l'impact sur le développement des ressources extérieures mobilisées pour appuyer la lutte contre le diabète ;
- faire en sorte que la société civile favorise la responsabilisation et aide les pays à examiner régulièrement les progrès réalisés dans la mise en œuvre des feuilles de route nationales sur le diabète en vue d'atteindre les cibles relatives au diabète fixées au niveau national ;

b) réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :

- défendre et appuyer les politiques axées sur la population, y compris les politiques en matière d'alimentation et de nutrition, les activités de promotion de la santé et les campagnes visant à améliorer les connaissances en matière de santé ;
- défendre et aider à mettre en œuvre et à évaluer les initiatives de prévention et de maîtrise du diabète à ancrage communautaire ;

c) renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et de la couverture sanitaire universelle :

- s'engager à soutenir les activités qui améliorent l'accessibilité économique et la disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le diagnostic, la prise en charge et l'autoprise en charge des personnes atteintes de diabète ;
- soutenir et intensifier la mise en œuvre de solutions numériques en matière de santé sur la base d'évaluations des besoins des pays ;
- dans le même temps, communiquer des informations et participer au mécanisme de notification que l'OMS utilisera pour enregistrer et publier les contributions du secteur privé,¹ qui pourrait s'appuyer sur des données ou des mécanismes existants ;

¹ Voir la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- promouvoir les partenariats pour accélérer la mise en œuvre d'actions ambitieuses visant à renforcer l'accès et les soins, pour concrétiser les orientations du Pacte mondial contre le diabète, ainsi que les contributions du secteur privé ;

d) promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener des travaux de recherche-développement et de mettre au point des innovations de grande qualité pour la prévention et la maîtrise du diabète :

- investir dans la capacité nationale de recherche sur la prévention et la maîtrise du diabète en vue d'éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales ;

e) suivre l'évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l'affection :

- appuyer l'élaboration et le maintien de systèmes de suivi et promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et des communications ;
- investir dans des systèmes d'information qui relient différentes sources d'information sur la prise en charge et les résultats.

13. Mesures qu'il est recommandé à l'OMS de prendre :

a) renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la prévention et la maîtrise du diabète dans les pays :

- réunir et guider les partenaires dans le cadre du Pacte mondial contre le diabète afin de sensibiliser, de créer des synergies pour agir et d'exploiter les capacités collectives des acteurs nationaux, régionaux et mondiaux qui s'emploient à renforcer la prévention et la maîtrise du diabète ;
- appuyer les activités menées dans les pays pour inclure le diabète dans la couverture sanitaire universelle et élaborer des recommandations pour financer de manière suffisante, prévisible et durable la prévention et la maîtrise du diabète, y compris dans les situations où les ressources sont limitées, et pour répondre aux besoins des populations défavorisées et marginalisées ;
- accroître la participation constructive des personnes diabétiques à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et des services de lutte contre le diabète ;

b) réduire les facteurs de risque modifiables de diabète et les déterminants sociaux sous-jacents :

- fournir des orientations sur la prévention du diabète de type 2 par l'adoption d'une approche axée sur le meilleur choix, et par la promotion de la santé et des connaissances en matière de santé ;

c) renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de maîtriser le diabète au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et de la couverture sanitaire universelle :

- soutenir l'adaptation par les pays et la mise en œuvre des orientations de l'OMS sur la prise en charge du diabète ;

- mettre au point des produits techniques et normatifs pour couvrir toute la gamme de soins destinés aux patients diabétiques et faciliter la mise en œuvre de solutions numériques fondées sur des données probantes ;
- encourager le secteur privé à renforcer ses engagements et ses contributions afin d'accroître l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé pour le diabète, notamment pour garantir la préqualification de l'insuline, l'approvisionnement groupé et l'harmonisation des exigences réglementaires, tout en prenant dûment en considération la gestion des conflits d'intérêts ;
- inviter le secteur privé à renforcer son engagement et sa contribution en faveur de la prévention et de la prise en charge du diabète en s'associant à l'Équipe spéciale dirigée par l'OMS,^{1,2} notamment en participant aux programmes de préqualification de l'insuline, aux dispositifs d'autosurveillance et aux mécanismes internationaux d'approvisionnement groupé en médicaments contre le diabète (une fois créés) dirigés par l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et mécanismes de financement internationaux, tout en prenant dûment en considération la gestion des conflits d'intérêts ;
- élaborer des lignes directrices et fournir une assistance technique aux pays pour garantir le traitement ininterrompu du diabète dans les situations d'urgence humanitaire ;
- estimer le coût de la réalisation des cibles de couverture mondiale ;

d) promouvoir et appuyer la capacité nationale de mener, pour la prévention et la maîtrise du diabète, des travaux de recherche-développement de qualité et de mettre au point des innovations qui le soient aussi :

- élaborer un plan pour appuyer la recherche nationale sur la prévention et la maîtrise du diabète et de ses complications ;
- contribuer à ce que le programme de recherche pour la prévention et la maîtrise du diabète fasse partie des priorités et promouvoir la recherche sur la mise en œuvre afin d'évaluer l'efficacité des interventions à l'échelle individuelle et de la population pour prévenir et maîtriser le diabète et l'obésité ;
- aider les pays à élaborer des politiques ou des plans de recherche sur le diabète qui incluent la recherche à assise communautaire et une évaluation de l'impact des interventions et des politiques ;

e) suivre l'évolution et les déterminants du diabète et évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise de l'affection :

- continuer d'assurer le suivi de la dynamique des facteurs de risque de MNT et de la capacité des pays à prévenir et à maîtriser les MNT, y compris le diabète ;

¹ Dialogue with the private sector on medicines and technologies for diabetes care, septembre 2021, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/01/default-calendar/dialogue-with-the-private-sector-on-medicines-and-technologies-for-diabetes-care>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir le document EB144/20.

- élaborer un cadre et un outil pour assurer le suivi des performances des systèmes de soins en procédant au suivi des processus de soins et des issues au niveau des établissements de santé ;
 - appuyer la mise en place et le maintien de systèmes de suivi et promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et des communications.
-

ANNEXE 10

STRATÉGIE MONDIALE SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE¹

[A75/10 Add.1, annexe 3 – 27 avril 2022]

[Les paragraphes 1 et 2 présentaient le contexte dans lequel se situe la stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire ainsi que le mandat et le processus ayant régi son élaboration].

APERÇU GÉNÉRAL DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LE MONDE

3. La santé bucco-dentaire est l'état de la bouche, des dents et des structures orofaciales, qui permet aux individus d'effectuer des fonctions essentielles, telles que manger, respirer et parler, et englobe des dimensions psychosociales, comme la confiance en soi, le bien-être et la capacité de créer des liens sociaux et de travailler sans douleur, inconfort ou gêne. La santé bucco-dentaire évolue au cours de la vie, du début de la vie à la vieillesse, fait partie intégrante de la santé en général et permet aux individus de participer à la vie en société et de réaliser leur potentiel.

Charge des maladies bucco-dentaires

4. On estime qu'en 2017, il y avait plus de 3,5 milliards de cas de maladies bucco-dentaires et d'autres affections bucco-dentaires dans le monde, dont la plupart peuvent être évitées.² Au cours des trente dernières années, la prévalence mondiale cumulée des caries dentaires, des maladies parodontales (gencives) et de la perte de dents est demeurée à 45 %, chiffre qui est plus élevé que la prévalence de n'importe quelle autre maladie non transmissible.

5. Les cancers des lèvres et de la cavité buccale se placent au seizième rang des cancers les plus répandus dans le monde, avec plus de 375 000 cas nouveaux et près de 180 000 décès en 2020.³ Le noma est une maladie non transmissible nécosante qui survient généralement chez les jeunes enfants vivant dans l'extrême pauvreté. Il commence par une lésion des gencives à l'intérieur de la bouche et détruit les tissus mous et durs de la bouche et du visage ; et est mortel dans une proportion pouvant atteindre 90 % chez les enfants touchés.⁴ Les fentes labio-palatines, anomalie congénitale crâniofaciale la plus courante, ont une prévalence d'environ 1 pour 1000 à 1500 naissances dans le monde, avec de

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Bernabe GE, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, *et al.* Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res.* 2020;99(4):362-373. doi: 10.1177/0022034520908533.

³ Lip, oral cavity. International Agency for Research on Cancer fact sheet. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ *Information brochure for early detection and management of noma.* Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique, 2017.

grandes variations selon les études et les populations.^{1,2} On estime que la prévalence mondiale des lésions dentaires d'origine traumatique est de 23 % pour les dents de lait et de 15 % pour les dents définitives, et qu'elles concernent ainsi plus d'un milliard de personnes.³

6. Les maladies bucco-dentaires coexistent souvent avec d'autres maladies non transmissibles. Il a été démontré une association entre les maladies bucco-dentaires, en particulier les parodontopathies, et une série d'autres maladies non transmissibles, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Coûts sociaux, économiques et environnementaux des problèmes de santé bucco-dentaire

7. Si elles ne sont pas traitées, les maladies et affections bucco-dentaires ont des conséquences graves sur le plan personnel (symptômes physiques, limitations fonctionnelles, stigmatisation et effets néfastes sur le bien-être émotionnel, économique et social), qui peuvent affecter les familles, les communautés et le système de soins de santé dans son ensemble. Pour les personnes souffrant de maladies et d'affections bucco-dentaires qui se font soigner, les coûts peuvent être élevés et représenter un fardeau économique important.

8. Les paiements directs élevés et les frais de santé catastrophiques associés aux soins bucco-dentaires dissuadent souvent les individus de se faire soigner lorsqu'ils en ont besoin. En 2015, à l'échelle mondiale, les maladies et affections bucco-dentaires ont entraîné des coûts directs estimés à 357 milliards de dollars des États-Unis (USD) (dépenses de traitement par exemple) et des coûts indirects de 188 milliards USD (pertes de productivité dues à l'absentéisme au travail ou à l'école, par exemple), avec de grandes différences entre les pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible.⁴

9. Il y a une corrélation forte et constante entre le statut socioéconomique (revenu, profession et niveau d'instruction) et la prévalence et la gravité des maladies et affections bucco-dentaires.^{5,6} Tout au long de la vie, ces pathologies touchent davantage les membres pauvres et vulnérables de la société, souvent les personnes qui ont de faibles revenus, les personnes handicapées, les personnes âgées vivant seules ou dans des structures d'accueil, les réfugiés, les prisonniers ou les personnes vivant dans des localités rurales et isolées, et les personnes appartenant à des minorités ou à d'autres groupes socialement marginalisés.

10. L'impact environnemental du système de soins bucco-dentaires est une grande préoccupation, comme le montre la Convention de Minamata sur le mercure, un traité mondial qui oblige les parties à mettre en œuvre des mesures visant à éliminer progressivement l'utilisation d'amalgame dentaire, qui contient 50 % de mercure. Les autres enjeux environnementaux liés aux soins de santé bucco-dentaire concernent l'utilisation des ressources naturelles, telles que l'énergie et l'eau ; l'utilisation de matériaux dentaires et de produits d'hygiène bucco-dentaire sûrs et respectueux de l'environnement ; et la gestion durable des déchets.

¹ *Birth defects surveillance. A manual for programme managers.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2020.

² Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokaei S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2021; S2468-7855(21)00118X. doi:10.1016/j.jormas.2021.05.008.

³ Petti, S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2018 Apr;34(2):71-86. doi: 10.1111/edt.12389.

⁴ Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, regional-, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. *J Dent Res.* 2018;97(5):501-507. doi: 10.1177/0022034517750572.

⁵ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly D, Venturelli R, Mathur MR, *et al.* Oral diseases : a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

⁶ Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. *Am J Epidemiol.* 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205.

Déterminants commerciaux et facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires

11. Les maladies et affections bucco-dentaires et les inégalités en matière de santé bucco-dentaire sont directement influencées par des déterminants sociaux et commerciaux. Les déterminants sociaux sont les causes structurelles, sociales, économiques et politiques des maladies et affections bucco-dentaires dans la société. Les déterminants commerciaux sont les stratégies utilisées par certains acteurs du secteur privé pour promouvoir des produits et des choix qui ont des effets néfastes sur la santé.

12. Les maladies et affections bucco-dentaires dépendent de facteurs de risque communs aux principales maladies non transmissibles, c'est-à-dire les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les troubles mentaux. Ces facteurs de risque comprennent la consommation de tabac (à fumer et sans fumée), la consommation nocive d'alcool, un apport élevé en sucres et l'absence d'allaitement maternel, ainsi que le papillomavirus humain pour les cancers de l'oropharynx.

13. Les facteurs de risque modifiables associés à la fente labiale et palatine sont notamment le tabagisme actif ou passif de la mère, tandis que ceux associés à des lésions dentaires traumatiques incluent la consommation d'alcool, les accidents de la route et les traumatismes dus à la pratique d'un sport. L'étiologie du noma est inconnue, mais ses facteurs de risque sont notamment la malnutrition ; les co-infections ; les maladies à prévention vaccinale ; une mauvaise hygiène bucco-dentaire ; et de mauvaises conditions de vie, comme des problèmes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies bucco-dentaires

14. Les efforts de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires ne ciblent que rarement les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire à l'échelle de la population. En outre, la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires ne sont généralement pas intégrées aux programmes de lutte contre d'autres maladies non transmissibles qui présentent les mêmes grands facteurs de risque et déterminants sociaux. En 2015, l'OMS a publié des lignes directrices sur l'apport de sucres chez l'adulte et l'enfant dans lesquelles elle recommandait vivement de réduire la consommation de sucres libres tout au long de la vie en se fondant sur les preuves scientifiques d'une corrélation directe entre l'apport de sucres libres, d'une part, et d'autre part, le poids corporel et les caries dentaires. Néanmoins, les initiatives de santé publique visant à réduire la consommation de sucre sont rares.

15. Les initiatives qui s'attaquent aux déterminants en amont peuvent présenter un bon rapport coût/efficacité et avoir une portée et un impact importants sur la population. Parmi les stratégies en amont visant à réduire l'apport de sucres libres et la consommation de tabac et d'alcool, il convient de mentionner des politiques, des taxes et/ou une réglementation du prix, de la vente et de la publicité de produits nocifs pour la santé. Parmi les interventions politiques de niveau intermédiaire, citons la création de conditions plus favorables dans des environnements essentiels, tels que les établissements d'enseignement, les écoles, les lieux de travail et les structures d'accueil.

16. Des millions de personnes n'ont pas accès aux programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires.¹ L'utilisation de fluor pour prévenir les caries dentaires est limitée. Bien souvent, les méthodes de prévention essentielles, par exemple la fluoruration de l'eau et d'autres méthodes communautaires, l'application topique de fluor ou l'emploi de dentifrice fluoré de qualité, ne sont pas disponibles ou sont d'un coût trop élevé.

¹ Petersen PE, Baez RJ, Ogawa H. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48:338–348. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12538>.

Systèmes de soins bucco-dentaires

17. L'engagement politique et les ressources consacrées aux systèmes de soins bucco-dentaires sont souvent limités au niveau du ministère de la santé. Ordinairement, le système de soins bucco-dentaires est insuffisamment financé, assuré par des prestataires de services privés, hautement spécialisé et isolé du système de soins de santé général. Dans la plupart des pays, les prestations prévues par la couverture sanitaire universelle et les interventions contre les maladies non transmissibles n'englobent pas les soins bucco-dentaires essentiels.

18. Les soins bucco-dentaires essentiels couvrent un ensemble défini d'interventions sûres et d'un bon rapport coût/efficacité aux niveaux individuel et communautaire pour promouvoir la santé bucco-dentaire, ainsi que pour prévenir et traiter les maladies et affections bucco-dentaires les plus répandues et/ou les plus graves, y compris les services appropriés de réadaptation et d'orientation des patients. En règle générale, les établissements de soins primaires ne proposent pas de soins bucco-dentaires, et la couverture des soins bucco-dentaires par les régimes d'assurance privés ou publics est très variable au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre.

19. Dans de nombreux pays, on n'accorde pas suffisamment d'attention à la planification du personnel de santé pour répondre aux besoins de santé bucco-dentaire de la population. La formation en soins bucco-dentaires est rarement intégrée aux systèmes de formation en santé générale. Elle privilégie habituellement la formation de dentistes hautement spécialisés plutôt que d'agents de santé bucco-dentaire de niveau intermédiaire et communautaires ou encore l'optimisation du rôle de l'ensemble de l'équipe médicale.

20. La pandémie de COVID-19 a eu des effets négatifs sur les programmes de santé publique et la prestation de soins bucco-dentaires essentiels dans la plupart des pays, ce qui a entraîné des retards dans le traitement des affections bucco-dentaires, une augmentation des prescriptions d'antibiotiques et de plus grandes inégalités en matière de santé bucco-dentaire. La pandémie devrait être considérée comme une occasion de mieux intégrer les soins bucco-dentaires dans les systèmes de soins de santé en général au titre des efforts déployés pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

FINALITÉ, OBJECTIF ET PRINCIPES DIRECTEURS

Finalité

21. La finalité de cette stratégie est la couverture sanitaire universelle en santé bucco-dentaire pour tous les individus et toutes les communautés d'ici à 2030, qui permettra à chacun de jouir du meilleur état de santé bucco-dentaire qu'il est capable d'atteindre, lui donnant ainsi plus de chances de mener une vie saine et productive.

22. La couverture sanitaire universelle signifie que tous les individus et toutes les communautés ont accès à des services de santé essentiels et de qualité qui répondent à leurs besoins et qu'ils peuvent les utiliser sans s'exposer à des difficultés financières. Ces services comprennent des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire, de prévention des maladies et affections bucco-dentaires, de traitement et de réadaptation tout au long de la vie. En outre, des interventions en amont sont nécessaires pour renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et réduire les inégalités en matière de santé bucco-dentaire. La possession du meilleur état de santé bucco-dentaire qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

But

23. La stratégie a pour but d'aider les États Membres à : a) élaborer des programmes nationaux ambitieux pour promouvoir la santé bucco-dentaire ; b) faire reculer les maladies et affections bucco-dentaires et les inégalités en matière de santé bucco-dentaire ; c) intensifier les efforts faits pour lutter contre les maladies et les affections bucco-dentaires dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ; et d) envisager de définir des cibles et des indicateurs, en fonction de la situation nationale et infranationale et, d'après les orientations que donnera le plan d'action mondial de l'OMS pour la santé bucco-dentaire, hiérarchiser les actions à mener et évaluer les progrès réalisés d'ici à 2030.

Principes directeurs

Principe 1 : aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique

24. Aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique, c'est chercher à offrir un avantage maximum en santé bucco-dentaire au plus grand nombre en visant les maladies et affections bucco-dentaires les plus répandues et/ou les plus graves. Pour y parvenir, il faut intégrer les programmes de santé bucco-dentaire dans des initiatives de santé publique d'ordre plus général et coordonnées. Aborder la santé bucco-dentaire sous l'angle de la santé publique suppose de prendre en amont des mesures intensifiées et élargies contre les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire, faisant intervenir un vaste ensemble d'acteurs des secteurs de l'action sociale, de l'économie, de l'éducation, de l'environnement et d'autres secteurs concernés.

Principe 2 : intégrer la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires

25. Les soins de santé primaires sont la pièce maîtresse du renforcement des systèmes de santé parce qu'ils améliorent leur performance, progrès qui se traduit par de meilleurs résultats en santé. Le regroupement des services de santé bucco-dentaire de base avec d'autres services de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires est un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle. Cette intégration présente de nombreux avantages potentiels, notamment de plus grandes chances de prévenir, détecter rapidement et maîtriser des affections connexes et des comorbidités, ainsi qu'un accès plus équitable à des soins de santé complets et de qualité.

Principe 3 : des modèles innovants pour la dotation en personnel afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire

26. Les modèles de planification des ressources et de dotation en personnel doivent mieux faire concorder la formation théorique et pratique des agents de santé avec les objectifs de santé publique et les besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire, en particulier pour les populations mal desservies. La couverture sanitaire universelle n'est réalisable que si l'on réforme les systèmes de santé, d'éducation et de planification des ressources de telle sorte que le personnel de santé dispose des compétences nécessaires pour dispenser les soins bucco-dentaires essentiels tout au long du parcours de soins. Il faudra peut-être pour cela réexaminer les rôles et les responsabilités des agents de santé bucco-dentaire de niveau intermédiaire et communautaires et des autres professionnels de santé, notamment dans le secteur de la santé bucco-dentaire. Le nouveau cadre de compétences mondial de l'OMS pour la couverture sanitaire universelle devrait guider la conception de modèles pour la dotation en personnel de santé bucco-dentaire.

Principe 4 : des soins bucco-dentaires centrés sur la personne

27. Les soins bucco-dentaires centrés sur la personne sont assurés en sollicitant et en prenant en compte le point de vue des individus, des familles et des communautés, et en particulier des personnes présentant des problèmes de santé bucco-dentaire. Cette approche considère les individus comme des participants autant que comme des bénéficiaires d'un système de santé fiable qui répond à leurs besoins et tient compte de leurs préférences avec humanité et de façon globale. Les soins centrés sur la personne favorisent activement une approche plus globale de l'évaluation des besoins, la prise de décisions en commun, l'amélioration des connaissances de base en santé bucco-dentaire et l'autoprise en charge. Grâce à ce processus, les gens ont la possibilité – et aussi les compétences et les ressources nécessaires pour cela – d'être des utilisateurs et des parties prenantes éclairés, engagés et autonomes des services de santé bucco-dentaire.

Principe 5 : des interventions de santé bucco-dentaire adaptées tout au long de la vie

28. Les individus souffrent de maladies et d'affections bucco-dentaires, et sont exposés, tout au long de leur existence, aux facteurs de risque et aux déterminants sociaux et commerciaux qui y sont liés. Les effets peuvent varier et s'accumuler au fil du temps et devenir complexes plus tard au cours de l'existence, notamment en ce qui concerne d'autres maladies non transmissibles. Il faut intégrer des stratégies de santé bucco-dentaire adaptées à l'âge, incluant des soins bucco-dentaires essentiels, dans les programmes de santé prévus à chaque étape de la vie, y compris les programmes prénatals et les programmes de santé du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent, des adultes actifs et des personnes âgées. Il peut s'agir d'interventions adaptées à l'âge, fondées sur des données probantes et axées sur la promotion d'une alimentation plus saine, le sevrage tabagique, la réduction de la consommation d'alcool et l'autoprise en charge.

Principe 6 : optimiser les technologies numériques pour la santé bucco-dentaire

29. L'intelligence artificielle, les appareils mobiles et autres technologies numériques peuvent être utilisés de manière stratégique pour la santé bucco-dentaire à différents niveaux, notamment pour améliorer les connaissances de base en santé bucco-dentaire, dispenser des formations en ligne et pratiquer la télésanté entre prestataires, ainsi que pour faciliter la détection précoce et la surveillance des maladies et affections et assurer l'orientation des patients au niveau des soins primaires. Parallèlement, il est essentiel d'instaurer une gouvernance de la santé numérique ou de la renforcer, et de définir, sur la base des meilleures pratiques et de données scientifiques, des normes et des critères pour mettre les technologies numériques au service de la santé bucco-dentaire.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1 : gouvernance de la santé bucco-dentaire – accroître l'engagement politique et les ressources en faveur de la santé bucco-dentaire, renforcer le leadership et créer des partenariats avantageux pour tous à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé

30. L'objectif stratégique 1 consiste à prendre en compte et à intégrer la santé bucco-dentaire dans toutes les politiques et tous les programmes de santé publique pertinents, dans le cadre de l'action menée au niveau national pour lutter contre les maladies non transmissibles et instaurer la couverture sanitaire universelle. Un engagement politique et des ressources plus importants en faveur de la santé bucco-dentaire sont indispensables aux niveaux national et infranational, tout comme la réforme des systèmes de santé et d'éducation. Dans l'idéal, cela comprendrait une part minimale garantie des dépenses de santé publique qui serait dirigée exclusivement vers les programmes nationaux de santé bucco-dentaire.

31. La création d'un organe national chargé de la santé bucco-dentaire, composé de professionnels de la santé publique, ou son renforcement, est au cœur de ce processus. Il convient de mettre sur pied un organe spécial qualifié, fonctionnel, responsable et bien doté en ressources, ou de le renforcer, au sein des structures chargées de la lutte contre les maladies non transmissibles et d'autres services de santé publique et d'éducation.

32. Des partenariats durables à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, de même que la collaboration avec les communautés, la société civile et le secteur privé, sont essentiels pour mobiliser des ressources, cibler les déterminants sociaux et commerciaux de la santé bucco-dentaire et mettre en œuvre des réformes. Par exemple, le ministère de la santé et le ministère de l'environnement doivent impérativement collaborer afin d'agir sur la durabilité environnementale dans le cadre des soins bucco-dentaires, s'agissant notamment de la mise en œuvre de la Convention de Minamata sur le mercure et des enjeux liés à la gestion des produits chimiques et des déchets (y compris le mercure).

Objectif stratégique 2 : promotion de la santé bucco-dentaire et prévention des maladies bucco-dentaires – permettre à tous de jouir de la meilleure santé bucco-dentaire possible, agir sur les déterminants sociaux et commerciaux ainsi que les facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires

33. L'objectif stratégique 2 fait appel à des interventions fondées sur des données probantes, d'un bon rapport coût/efficacité et durables pour promouvoir la santé bucco-dentaire et prévenir les maladies et affections bucco-dentaires. En aval, l'éducation à la santé bucco-dentaire contribue à l'acquisition de compétences personnelles, sociales et politiques qui permettent à chacun de réaliser pleinement son potentiel d'autoprise en charge en matière de santé bucco-dentaire. En amont, la promotion de la santé bucco-dentaire consiste notamment à mettre en place des politiques publiques et à encourager l'action communautaire pour que les individus maîtrisent mieux leur santé bucco-dentaire et pour promouvoir l'équité en la matière.

34. Les mesures de prévention visent les principaux facteurs de risque et les déterminants sociaux et commerciaux des maladies et affections bucco-dentaires. Ces initiatives devraient être entièrement harmonisées et se renforcer mutuellement avec d'autres stratégies de prévention des maladies non transmissibles et avec la réglementation s'appliquant au tabagisme, à l'usage nocif de l'alcool et à la limitation de l'apport de sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total et, dans l'idéal, à moins de 5 %. Les mesures de prévention devraient également inclure des méthodes communautaires sûres et d'un bon rapport coût/efficacité afin de prévenir les caries dentaires, par exemple la fluoruration de l'eau le cas échéant, l'application de fluorures par voie topique ou l'emploi de dentifrices fluorés de qualité.

Objectif stratégique 3 : personnel de santé – élaborer des modèles de main-d'œuvre innovants et revoir et élargir l'enseignement fondé sur les compétences pour répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire

35. L'objectif stratégique 3 consiste à garantir un nombre, une disponibilité et une répartition adéquats de professionnels de santé qualifiés pour fournir un ensemble essentiel de services de santé bucco-dentaire répondant aux besoins de la population. Pour ce faire, il faut que la planification et la hiérarchisation des services de santé bucco-dentaire soient expressément incluses dans toutes les stratégies et tous les plans d'investissement chiffrés concernant le personnel de santé.

36. Il est probable que les modèles de main-d'œuvre efficaces feront appel à un ensemble de dentistes, de prestataires de soins bucco-dentaires de niveau intermédiaire (tels que les assistants dentaires, les infirmiers dentaires, les prothésistes dentaires, les thérapeutes dentaires et les hygiénistes dentaires), d'agents de santé communautaires et d'autres professionnels de santé concernés qui ne participent généralement pas aux soins bucco-dentaires, tels que les infirmiers et les médecins de soins de santé primaires. La mise en œuvre de ces modèles peut nécessiter une réévaluation et une mise à jour des

politiques législatives et réglementaires nationales en matière d'autorisation d'exercer et d'accréditation du personnel de santé. Les éducateurs en santé joueront un rôle clé dans la définition de normes de compétence et de professionnalisme pour la santé bucco-dentaire en guidant et en évaluant l'éducation, la formation et la pratique d'un personnel de santé innovant.

37. Les programmes d'études et de formation doivent préparer adéquatement les agents de santé à gérer et à répondre aux aspects de santé publique de la santé bucco-dentaire et à agir sur l'impact environnemental des services de santé bucco-dentaire sur la santé planétaire. La formation des professionnels de la santé bucco-dentaire doit aller au-delà du développement d'un ensemble de compétences cliniques et inclure une formation solide en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des compétences clés, telles que la prise de décisions fondée sur des données probantes, l'apprentissage réflexif sur la qualité des soins bucco-dentaires, la communication interprofessionnelle et la prestation de soins de santé centrés sur la personne. La formation intra et interprofessionnelle et la pratique collaborative seront également importantes pour permettre l'intégration complète des services de santé bucco-dentaire dans les systèmes de santé et au niveau des soins primaires.

Objectif stratégique 4 : soins bucco-dentaires – intégrer les soins bucco-dentaires essentiels et assurer la protection financière et la mise à disposition des fournitures essentielles au niveau des soins de santé primaires

38. L'objectif stratégique 4 consiste à faire en sorte que l'ensemble de la population puisse accéder à des soins bucco-dentaires essentiels à la fois sûrs, efficaces et économiquement abordables dans le cadre des prestations de la couverture sanitaire universelle. Les agents de santé qui dispensent des soins bucco-dentaires doivent être des membres actifs de l'équipe de soins de santé primaires et travailler en collaboration, y compris avec les autres niveaux de soins, pour lutter contre les maladies et affections bucco-dentaires et d'autres maladies non transmissibles, en cherchant principalement à combattre les facteurs de risque communs et à promouvoir les consultations médicales générales.

39. La protection financière moyennant l'élargissement des politiques et des programmes d'assurance privés et publics – couvrant les services de santé bucco-dentaire – est l'une des pierres angulaires de la couverture sanitaire universelle. Il est également important de garantir un approvisionnement fiable en produits médicaux essentiels, médicaments génériques et autres fournitures destinées aux soins dentaires, ainsi que leur bonne distribution, pour la prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires au niveau des soins de santé primaires et dans les services spécialisés.

40. Il convient d'examiner le rôle potentiel que peuvent jouer les technologies de santé numériques dans la prestation de soins bucco-dentaires essentiels accessibles et efficaces. On pourrait notamment élaborer une politique, une législation et des infrastructures permettant de renforcer l'utilisation des technologies de santé numériques, telles que les téléphones mobiles, les caméras intrabuccales et d'autres technologies, afin de favoriser l'accès et la consultation à distance pour la détection précoce et l'orientation des patients vers des services de prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires.

Objectif stratégique 5 : systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire – améliorer les systèmes de veille et d'information sanitaires afin de fournir en temps voulu des renseignements sur la santé bucco-dentaire utiles aux décideurs pour élaborer des politiques sur la base d'éléments probants

41. L'objectif stratégique 5 consiste à élaborer des systèmes d'information sanitaire intégrés plus efficaces, plus efficaces et plus inclusifs qui couvrent la santé bucco-dentaire à des fins de planification, de gestion et d'élaboration de politiques. Au niveau national et infranational, le renforcement des systèmes d'information devrait comprendre la collecte systématique de données sur l'état de santé bucco-dentaire, les déterminants sociaux et commerciaux, les facteurs de risque, le personnel, l'état de préparation des services de santé bucco-dentaire et les ressources dépensées.

42. Ces systèmes améliorés peuvent s'appuyer sur les systèmes d'information sanitaire, les enquêtes démographiques et sanitaires et des technologies numériques prometteuses, et ils doivent garantir la protection des données des patients. Ils doivent également être mis en place pour surveiller les caractéristiques et tendances des inégalités en matière de santé bucco-dentaire et suivre la mise en œuvre et mesurer l'impact des politiques et programmes de santé bucco-dentaire existants.

43. Les nouvelles méthodes épidémiologiques en matière de santé bucco-dentaire, notamment la vidéo haute résolution, l'imagerie multispectrale et les technologies mobiles, sont à même d'améliorer la qualité des données sur la santé bucco-dentaire en population tout en réduisant les coûts et la complexité. Le nouveau guide de l'OMS consacré à la mise en œuvre des technologies mobiles pour la santé bucco-dentaire, par exemple, fournit des conseils sur l'utilisation des technologies mobiles pour la surveillance de la prestation des services de santé en population.

Objectif stratégique 6 : programme de recherche en santé bucco-dentaire – créer et actualiser continuellement une recherche adaptée au contexte et aux besoins et ciblant les aspects de la santé bucco-dentaire qui relèvent de la santé publique

44. L'objectif stratégique 6 consiste à créer et à mettre en œuvre de nouveaux programmes de recherche en santé bucco-dentaire axés sur les programmes de santé publique et les interventions en population. Il s'agit notamment de la recherche sur les systèmes de santé en apprentissage constant, les modèles de dotation en personnel, les technologies numériques et les aspects des maladies et affections bucco-dentaires qui relèvent de la santé publique.

45. Parmi les autres priorités de la recherche, on notera les interventions en amont ; les interventions de soins de santé primaires ; les matériaux sans mercure pour la restauration des dents ; les obstacles à l'accès aux soins buccodentaires ; les inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire ; la promotion de la santé bucco-dentaire dans des milieux clés – par exemple les écoles ; les pratiques durables sur le plan environnemental ; et les analyses économiques permettant de repérer les interventions présentant un bon rapport coût/efficacité.

46. L'application des résultats de la recherche dans la pratique est tout aussi importante et devrait inclure la formulation de lignes directrices pour la pratique clinique adaptées à chaque région et fondées sur des données probantes. Les chercheurs ont un rôle important à jouer dans le soutien au développement et à l'évaluation des politiques de santé bucco-dentaire en population, ainsi que dans l'évaluation et l'application des données probantes générées par les nouvelles interventions de santé publique.

RÔLE DE L'OMS, DES ÉTATS MEMBRES ET DES PARTENAIRES

OMS

47. L'OMS jouera un rôle de chef de file et de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale pour la santé bucco-dentaire, notamment en ce qui concerne les travaux d'autres organismes compétents des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales. Elle fixera l'orientation générale et les priorités mondiales en matière de sensibilisation, de partenariats et de réseautage dans le domaine de la santé bucco-dentaire, définira de grandes options stratégiques sur la base de données probantes et fournira un appui technique et stratégique aux États Membres.

48. L'OMS poursuivra ses travaux avec ses partenaires mondiaux en santé publique, notamment ses centres collaborateurs, pour créer des réseaux de renforcement des capacités en matière de soins bucco-dentaires, de recherche et de formation, mobilisera la contribution des organisations non gouvernementales

et de la société civile ; et facilitera la mise en œuvre concertée de la stratégie, en particulier en ce qui concerne les besoins des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS collaborera également avec les États Membres pour faire en sorte que la stratégie soit adoptée et que l'on en rende compte au niveau national, notamment dans les politiques sanitaires et les plans stratégiques nationaux.

49. D'ici à 2023, l'OMS déclinera cette stratégie en un plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire, comprenant un cadre de suivi des progrès, assorti d'objectifs clairs et mesurables à atteindre d'ici à 2030. D'ici à 2024, l'OMS recommandera des interventions de santé bucco-dentaire d'un bon rapport coût/efficacité et fondées sur des données probantes dans le cadre de l'appendice 3 actualisé au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et du recueil OMS des interventions sanitaires entrant dans la couverture sanitaire universelle.

50. L'OMS continuera de mettre à jour les orientations techniques pour assurer des services dentaires sûrs et ininterrompus, y compris pendant et après la pandémie de COVID-19 et d'autres urgences sanitaires. En collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), elle élaborera des directives techniques pour des soins bucco-dentaires respectueux de l'environnement, notamment grâce au recours à des produits sans mercure et à des procédures moins invasives. Elle envisagera également de classer le noma dans la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.

51. L'OMS aidera à appliquer durablement et plus largement les innovations qui ont un impact sur la santé bucco-dentaire conformément au cadre de l'OMS pour le développement de l'innovation, notamment les innovations sociales, numériques et financières et celles qui concernent la prestation de services, les produits de santé et les modèles d'activité.

52. L'OMS créera une plateforme de données sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de son recueil de données pour les statistiques sanitaires. Elle renforcera les systèmes intégrés d'information sur la santé bucco-dentaire et les activités de surveillance en élaborant de nouvelles technologies et méthodes standardisées de recueil de données, ainsi que de nouveaux indicateurs de la santé bucco-dentaire pour les enquêtes sur la santé de la population. Elle encouragera et appuiera la recherche dans les domaines prioritaires afin d'améliorer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire.

États Membres

53. C'est aux États Membres qu'il revient principalement de relever le défi que représente la lutte contre les maladies et affections bucco-dentaires au sein de leur population. Il appartient aux pouvoirs publics de mobiliser tous les secteurs de la société pour mener une action efficace dans le but de lutter contre les maladies et affections bucco-dentaires, de promouvoir la santé bucco-dentaire et de réduire les inégalités dans ce domaine. Ils devraient garantir des budgets suffisants pour la santé bucco-dentaire sur la base du coût des interventions et des argumentaires d'investissement pour instaurer la couverture universelle en santé bucco-dentaire.

54. Les États Membres devraient veiller à ce que la santé bucco-dentaire fasse partie intégrante des politiques de santé au niveau national et infranational et à ce que l'organisme national responsable de la santé bucco-dentaire dispose de capacités et de ressources suffisantes pour diriger les activités avec dynamisme, assurer la coordination et rendre compte de l'action menée en matière de santé bucco-dentaire.

55. Les États Membres peuvent renforcer les capacités du système de soins bucco-dentaires en intégrant la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires au niveau des ensembles de prestations composant la couverture sanitaire universelle ; en garantissant l'accessibilité économique des médicaments et produits essentiels en santé bucco-dentaire, du matériel ou autres fournitures essentiels pour la prévention et la prise en charge des maladies et affections bucco-dentaires ; et en privilégiant des soins bucco-dentaires respectueux de l'environnement et moins invasifs.

56. Les États Membres devraient également évaluer et repenser la dotation en personnel de santé pour répondre aux besoins de la population en matière de santé bucco-dentaire en réorientant les objectifs des programmes d'éducation vers les services de santé bucco-dentaire à fournir. Il convient, pour ce faire, de favoriser la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative entre les agents de santé des niveaux intermédiaire et communautaire. Ils devraient revoir de manière critique et mettre à jour en permanence le contenu des formations proposées aux agents de santé tant au niveau des programmes que des cursus, en privilégiant une approche de santé publique qui permette aux agents de santé d'acquérir des compétences essentielles, comme des méthodes de résolution de problèmes et l'aptitude à diriger.

57. Les États Membres peuvent agir sur les déterminants de la santé bucco-dentaire et les facteurs de risque des maladies et affections bucco-dentaires en prônant l'instauration d'une réglementation fondée sur des données probantes qui influe sur les déterminants sous-jacents susceptibles d'accroître ou de diminuer les risques et en collaborant avec des entités commerciales afin de les encourager à reformuler leurs produits de sorte à abaisser la teneur en sucres, réduire la taille des portions ou inciter les consommateurs à opter pour les produits ayant une moindre teneur en sucres. Les États Membres peuvent en outre cibler les déterminants en renforçant les conditions favorables à la santé dans les lieux les plus importants ; en mettant en œuvre des méthodes communautaires afin de prévenir les caries dentaires ; en défendant une législation tendant à rendre le dentifrice fluoré de qualité plus accessible économiquement ; et en plaidant pour que celui-ci soit considéré comme un produit de santé essentiel dans la liste nationale des médicaments essentiels.

58. Les États Membres devraient améliorer la surveillance, la collecte de données et le suivi en matière de santé bucco-dentaire pour rassembler des éléments utiles à la prise de décisions et à l'action de sensibilisation. Il s'agit notamment d'élaborer et de standardiser des méthodes et technologies actualisées pour la collecte de données épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire, d'intégrer les dossiers électroniques relatifs aux soins dentaires et médicaux et de renforcer la surveillance intégrée des maladies et affections bucco-dentaires. Il s'agit également de l'analyse des données sur les systèmes et les politiques de santé bucco-dentaire, la recherche opérationnelle ainsi que l'évaluation des interventions et des programmes.

Partenaires internationaux

59. L'UNICEF, le PNUE, l'Union internationale des télécommunications et d'autres institutions des Nations Unies, ainsi que des banques de développement et d'autres partenaires internationaux peuvent sensiblement contribuer à la réalisation des buts et des objectifs de la stratégie aux niveaux mondial, régional et national. Il s'agit notamment de prendre des initiatives en matière de plaidoyer, de mobilisation de ressources, d'échange d'informations, de diffusion de bilans d'expérience, de renforcement des capacités, de recherche et d'élaboration de cibles et d'indicateurs en vue d'une rationalisation de la collaboration mondiale.

60. Une coordination est nécessaire entre les partenaires internationaux, notamment les institutions du système des Nations Unies, les organes intergouvernementaux, les acteurs non étatiques, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les organisations de jeunes et d'étudiants, les groupes de patients, le milieu universitaire et les instituts de recherche. Œuvrer avec efficacité dans le cadre d'une coalition internationale pour la santé bucco-dentaire aidera les pays à appliquer la stratégie.

Société civile

61. La société civile est une partie prenante essentielle dans la définition des priorités en matière de services de soins bucco-dentaires et de santé publique. Elle peut encourager les pouvoirs publics à prendre des initiatives nationales et infranationales ambitieuses en matière de santé bucco-dentaire et contribuer

à leur réalisation. Elle peut former des partenariats et des alliances multipartites pour mettre à profit et partager le savoir, évaluer les progrès accomplis, fournir des services et permettre aux personnes atteintes de maladies et d'affections bucco-dentaires de se faire mieux entendre. La participation active à un partenariat fructueux avec des organisations de la société civile et communautaires, ainsi que la conception et la production conjointes d'approches innovantes en matière de soins bucco-dentaires permettent de concevoir des modèles de soins plus adaptés et plus durables.

62. La société civile peut venir en aide aux consommateurs et diriger la mobilisation et le travail de sensibilisation au niveau local pour faire en sorte que l'action publique accorde plus d'importance à la promotion de la santé bucco-dentaire et à la lutte contre les maladies et affections bucco-dentaires. La société civile et les consommateurs peuvent plaider auprès des pouvoirs publics pour qu'ils demandent à l'industrie alimentaire et aux fabricants de boissons de proposer des produits sains ; épauler les pouvoirs publics dans la mise en œuvre des programmes de lutte antitabac ; et former des réseaux et des groupes d'action pour promouvoir la disponibilité d'aliments et de boissons à faible teneur en sucres libres et de dentifrice fluoré de qualité, y compris par l'octroi de subventions ou l'abaissement des taxes.

63. Les associations dentaires nationales et les autres organisations de professionnels de la santé bucco-dentaire se doivent de soutenir la santé bucco-dentaire de leurs communautés. Elles peuvent collaborer avec les gouvernements nationaux et infranationaux et les aider à mettre en œuvre la stratégie dans le cadre de la prestation de soins bucco-dentaires essentiels, en aidant à planifier et à appliquer des mesures de prévention à l'échelle de toute la population, y compris en participant à la collecte de données sur la santé bucco-dentaire, ainsi qu'à la surveillance des maladies et affections bucco-dentaires.

Secteur privé

64. Le secteur privé peut adhérer et contribuer plus largement aux interventions nationales et infranationales en matière de santé bucco-dentaire en appliquant, dans le monde du travail, des mesures favorables à la santé bucco-dentaire, notamment en instaurant une bonne culture d'entreprise, des programmes de bien-être au travail et des régimes d'assurance-maladie.

65. Le secteur privé devrait prendre des mesures concrètes pour faire diminuer la commercialisation, la publicité et la vente de produits qui causent des maladies et des affections bucco-dentaires, comme les produits du tabac ainsi que les aliments et boissons à forte teneur en sucres libres. L'amélioration de la transparence et de la responsabilité du secteur privé est un élément clé de ces actions.

66. Le secteur privé devrait s'efforcer d'améliorer l'accès à du matériel, des dispositifs et des produits d'hygiène bucco-dentaire sûrs, efficaces et de bonne qualité et leur accessibilité économique. Il devrait accélérer la recherche sur les équipements et les matériaux sûrs, respectueux de l'environnement et économiquement accessibles pour les soins bucco-dentaires.

ANNEXE 11

RECOMMANDATIONS TENDANT À RENFORCER LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES, NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DES SERVICES ET INFRASTRUCTURES SANITAIRES POUR SOIGNER LES PERSONNES VIVANT AVEC DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PRÉVENIR ET MAÎTRISER LEURS FACTEURS DE RISQUE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE¹

[A75/10 Add.2, annexe 4 – 27 avril 2022]

1. Les paragraphes 31, 46 et 48 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles appellent à assurer la continuité des services essentiels pour les maladies non transmissibles, notamment la disponibilité des technologies vitales et des médicaments essentiels, dans les situations d'urgence humanitaire. En outre, au paragraphe 40 de la résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à « renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire, notamment avant, pendant et après les catastrophes naturelles, en accordant une attention particulière aux pays les plus vulnérables aux effets des changements climatiques et des phénomènes météorologiques extrêmes ».
2. Pour fournir des orientations initiales aux États Membres, le Secrétariat a présenté l'annexe 9 du document EB148/7 (2021), qui décrit le processus suivi par le Secrétariat afin de soutenir les États Membres dans leur engagement à renforcer les politiques visant à traiter les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et à prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire.
3. S'appuyant sur ces orientations initiales, la présente annexe propose des recommandations aux États Membres, aux partenaires internationaux et à l'OMS pour assurer la fourniture de services essentiels aux personnes vivant avec des maladies non transmissibles dans les situations d'urgence humanitaire en investissant dans la préparation et les interventions à plus long terme contre ces maladies, et en les renforçant, pendant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et au-delà, afin de « reconstruire en mieux » dans le cadre d'une approche multisectorielle englobant tous les risques.

DIFFICULTÉS ET POSSIBILITÉS

PANDÉMIE DE COVID-19 ET ÉPIDÉMIE DE MALADIES NON TRANSMISSIBLES : DES INTERACTIONS PERSISTANTES AUX CONSÉQUENCES MEURTRIÈRES

4. En décembre 2020, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 75/130, « notant avec préoccupation que les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, ainsi que les troubles mentaux, les autres problèmes de santé mentale et les troubles neurologiques, sont les principales causes

¹ Voir la décision WHA75(11).

de décès prématuré et de handicap dans le monde, y compris dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, et que les personnes vivant avec des maladies non transmissibles courent un risque plus élevé de souffrir d'une forme grave de la COVID-19 et sont parmi les plus touchées par la pandémie, et constatant que les efforts de prévention et de contrôle qu'il faut accomplir sont entravés, entre autres, par l'absence d'accès universel à des services de santé, médicaments, moyens de diagnostics et technologies sanitaires essentiels de qualité qui soient sûrs, efficaces et abordables, ainsi que par la pénurie mondiale de travailleurs de la santé qualifiés ».

5. L'absence de systèmes fonctionnels d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil ainsi que différents processus de dépistage et de déclaration des décès dus à la COVID-19 rendent difficile la comptabilisation en temps voulu de données exactes et complètes sur les causes de décès et les comorbidités, y compris pour les cas de COVID-19 chez les personnes atteintes ou à risque de maladies non transmissibles.

6. Le virus et la pandémie touchent les personnes atteintes ou à risque de maladies non transmissibles de différentes manières, notamment :

- a) la vulnérabilité à l'infection par le virus de la COVID-19 est plus grande et les taux de gravité et de létalité plus élevés chez les personnes atteintes de maladies non transmissibles ;
- b) les retards dans le diagnostic des maladies non transmissibles se traduisent par des stades plus avancés des maladies ;
- c) le traitement des maladies non transmissibles est retardé, incomplet ou interrompu ; et
- d) les facteurs de risque comportementaux de maladies non transmissibles, tels que l'inactivité physique, l'augmentation de la consommation nocive d'alcool, du tabagisme et de la mauvaise alimentation, sont en augmentation.

7. La COVID-19 a touché de manière disproportionnée les personnes atteintes ou à risque de maladies non transmissibles, y compris les groupes économiquement défavorisés tels que les travailleurs migrants, les personnes âgées, ainsi que les populations déplacées de force et réfugiées dans des contextes humanitaires. Par conséquent, la pandémie a amplifié et attiré davantage l'attention sur les inégalités persistantes à la fois dans les résultats et les déterminants en matière de santé, y compris les facteurs de risque de maladies non transmissibles, les déterminants sociaux et l'accès aux services de santé, au sein des pays et d'un pays à l'autre. Travailler sur le long terme et reconnaître à quel point la COVID-19 et les maladies non transmissibles sont des affections étroitement imbriquées est sans doute la première étape vers l'élaboration des approches nuancées nécessaires pour protéger de manière plus complète les populations vulnérables de nos sociétés.^{1,2}

8. Les perturbations des services de santé essentiels contre les maladies non transmissibles dues à la COVID-19 ont été généralisées en raison de la pénurie de médicaments, de personnel, de produits de diagnostic et de services de transport public, entre autres difficultés. L'enquête rapide menée par le Département Maladies non transmissibles de l'OMS en mai 2020 pour évaluer les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les ressources et les services consacrés aux maladies non transmissibles,³

¹ Horton, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.

² Nassereddine, G, Habli, S, Slama, S, Sen, K, Rizk, A, Sibai, AM. COVID-19 and noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and health care delivery. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006189. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006189.

³ *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.

à laquelle 163 États Membres (84 %) ont répondu, a fait état de perturbations totales ou partielles généralisées de divers services consacrés à ces maladies dans tous les pays. Quelque 59 % des pays ont indiqué que l'accès aux services ambulatoires essentiels consacrés aux maladies non transmissibles était limité dans une certaine mesure, tandis que 35 % ont déclaré que les services hospitaliers relatifs à ce type de maladies n'étaient ouverts qu'aux urgences. Environ la moitié des pays ont signalé des perturbations totales ou partielles des services de prise en charge de l'hypertension (53 %) ou des services de prise en charge du diabète et des complications liées au diabète (49 %). En termes de perturbation des activités, 77 % des pays ont signalé une certaine perturbation des activités du ministère de la santé prévues pour lutter contre les maladies non transmissibles en 2020, telles que les programmes de dépistage, les campagnes de sensibilisation, les enquêtes auprès de la population (STEPS)¹ ou les cours de formation et la mise en œuvre de modules techniques de l'OMS² tels que WHO/PEN³ et WHO/HEARTS.⁴

9. La pandémie de COVID-19 a également conduit à une augmentation des besoins de réadaptation chez les personnes touchées par le virus, une nouvelle augmentation des besoins étant attendue dans un deuxième temps à mesure que la pandémie s'installe, en raison de la perturbation des services de santé et de réadaptation de routine, ainsi que des répercussions et des séquelles potentielles à long terme chez les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et d'autres personnes infectées par le virus.

10. Les deux séries d'enquêtes à l'échelle de l'OMS menées ensuite pour évaluer la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 (enquêtes périodiques) ont révélé des perturbations moins graves, mais persistantes des services, y compris pour les maladies non transmissibles.⁵ En complément de ces enquêtes, le Département Maladies non transmissibles de l'OMS a invité les pays à remplir un module lié à la COVID-19 dans le cadre de l'évaluation périodique des capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, entre mai et septembre 2021. Cette évaluation a confirmé que les perturbations persistaient, 70 % des États Membres faisant état d'une certaine perturbation des services liés aux maladies non transmissibles plus d'un an après le début de la pandémie. Au moins la moitié des pays ont signalé des perturbations dans les services de prise en charge du diabète et de l'hypertension, les services de dépistage et de traitement du cancer ainsi que les services liés à l'asthme. Les services de dépistage du cancer étaient les plus susceptibles d'être gravement perturbés, en effet plus de 10 % des États Membres signalent encore un niveau élevé de perturbation.⁶

11. Le manque de compréhension de l'interaction entre le virus et les maladies non transmissibles aux premiers stades de la pandémie de COVID-19, et l'attention insuffisante qui lui a été accordée, a ralenti l'introduction des maladies non transmissibles dans les plans stratégiques de préparation et de riposte des pays. Un examen de 87 plans et 121 documents sous l'angle des maladies non transmissibles,

¹ STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Noncommunicable diseases: About us. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Genève, Organisation mondiale de la Santé ([https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care), consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁴ HEARTS Technical Package. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/heart-technical-package>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic January-March 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

⁶ Assessment of noncommunicable diseases service disruption during the COVID-19 pandemic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/ncd-rapid-assessment-covid-19-2021.pdf>, consulté le 28 février 2022).

qui a été effectué par l'OMS en octobre 2020, a révélé que seuls 33 pays incluaient ces maladies dans les services de santé essentiels à maintenir pendant la pandémie, que seuls 16 pays incluaient la prise en charge des maladies non transmissibles et que trois pays seulement disposaient d'une ligne budgétaire spécifique pour ces affections. Profondément préoccupée par cet angle mort, l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 74/306 (2020), a demandé à tous les États Membres « d'intensifier encore la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, sachant que les personnes vivant avec ces maladies courent un risque plus élevé de souffrir d'une forme grave de la COVID-19 et sont parmi celles qui sont le plus touchées par la pandémie ». De même, dans sa résolution 75/130 (2020), intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : des systèmes de santé plus résilients grâce à des soins abordables pour tous », adoptée en décembre 2020, l'Assemblée générale a noté avec préoccupation les graves répercussions de la COVID-19 sur les personnes vivant avec des maladies non transmissibles, soulignant qu'il est indispensable de surveiller les effets indirects de la pandémie de COVID-19 sur la prestation intégrée de services et de maintenir les éléments essentiels de la prestation de soins de santé et des chaînes d'approvisionnement mondiales, notamment pour les maladies non transmissibles, et a appelé les gouvernements à réaffirmer leurs engagements pris dans la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, afin d'accélérer la mise en œuvre des ripostes nationales aux maladies non transmissibles dans le cadre du Programme 2030.

12. Pour aider les pays à atténuer la perturbation des services de santé essentiels, l'OMS a publié en mars 2020 et mis à jour par la suite des orientations pratiques sur le maintien des services essentiels pendant la pandémie, décrivant les principes de base et les recommandations pratiques qui sous-tendent la prise de décisions pour assurer la continuité de certains services de santé essentiels, en soulignant les mesures clés que les pays devraient envisager, y compris pour les maladies non transmissibles. D'autres orientations ont été publiées en janvier 2021 pour aider les pays à analyser et à utiliser les données de routine pour surveiller les effets de la COVID-19 sur les services de santé essentiels.¹

13. Le Département Maladies non transmissibles de l'OMS a contribué à ce travail normatif en élaborant des notes scientifiques résumant les derniers éléments de preuve concernant la vulnérabilité à l'infection par le virus de la COVID-19 et/ou l'impact négatif sur les issues de la maladie du fait de la présence de maladies non transmissibles spécifiques, ainsi que des études de modélisation avec différents scénarios en matière de politiques pour représenter les changements de modèle de prestation de services possibles, les paramètres économiques associés à ceux-ci et les impacts sanitaires à moyen et à long terme, y compris pour ce qui est de la réalisation de la cible 3.4 des ODD. Le travail a été complété par de nombreuses études de cas indiquant comment les pays ont atténué les perturbations des services liés aux maladies non transmissibles, y compris grâce à des solutions de santé numériques innovantes (telles que l'utilisation des technologies de santé mobiles pour soutenir les personnes vivant avec des maladies non transmissibles ou l'utilisation de la télémédecine pour assurer la continuité des soins).²

14. Alors qu'une nouvelle phase de la pandémie commence, avec le déploiement de vaccins contre la COVID-19 pour tenter de la maîtriser, l'examen de la situation des maladies non transmissibles pendant la pandémie a montré que la préparation et la riposte à ces maladies devaient faire partie de toute riposte et préparation à la pandémie aux niveaux national, régional et mondial. Le rétablissement et la reconstruction en mieux doivent aller de pair avec des mesures pour lutter contre les maladies non transmissibles. La prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement de l'hypertension, du diabète, du cancer et d'autres maladies non transmissibles ne peuvent pas être reportés parce que l'épidémie de maladies non transmissibles se poursuit. Pour parvenir à lutter contre ces maladies

¹ *Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and subnational decision-makers.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² *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.

et la COVID-19 simultanément et à une échelle suffisante, une riposte plus forte que toute autre menée auparavant est indispensable pour protéger les vies et les moyens de subsistance. En outre, les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 offrent des possibilités de renforcer la préparation et l'action en cas d'urgence en dehors des pandémies.

15. Au 8 décembre 2021, l'OMS avait connaissance de 73 situations d'urgence actives classées suivant le Cadre d'action d'urgence, dans lesquelles elle intervenait, compte non tenu de la pandémie de COVID-19.

DE LA COVID-19 À UNE APPROCHE DE PRÉPARATION ET DE RIPOSTE AUX URGENCES DE TOUTS TYPES POUR LUTTER CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

16. Le nombre de personnes actuellement confrontées à des situations d'urgence humanitaire dans le monde est sans précédent. Selon les estimations du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, en 2021, 235 millions de personnes auront besoin d'aide humanitaire et de protection. Pour répondre à ces situations d'urgence, les Nations Unies et les organisations partenaires visent à aider les 160 millions de personnes les plus démunies dans 56 pays et auront besoin d'un total de 35 milliards de dollars des États-Unis (USD) pour ce faire.¹ En raison du changement climatique, de la croissance démographique, de l'urbanisation non planifiée, de l'insécurité alimentaire et des déplacements massifs de populations, les situations d'urgence sont devenues de plus en plus complexes, prolongées et étroitement liées les unes aux autres.

17. Bien que la pandémie de COVID-19 ait déplacé l'attention vers la préparation et la riposte aux urgences pandémiques, la nature et la fréquence des urgences exigent que la communauté mondiale de la santé adopte une approche plus large, dans laquelle tous les types de dangers sont évalués, anticipés, et la riposte est mieux adaptée. La session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé qui a été organisée à la fin de l'année dernière pour envisager d'élaborer une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies a offert une occasion unique de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec des maladies non transmissibles dans les situations d'urgence humanitaire et a contribué à la mission définie en vertu de la résolution WHA74.7 (2021), qui est de renforcer la préparation et la riposte des pays, des partenaires internationaux et de l'OMS aux urgences sanitaires, grâce à une approche multisectorielle intégrant l'ensemble des risques.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE ET POSSIBILITÉS

18. En raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population, entre autres facteurs, la charge des maladies non transmissibles parmi les populations touchées par des catastrophes naturelles et d'origine humaine augmente et rendra nécessaire une meilleure intégration du volet consacré à ces maladies dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence. La décennie de conflits prolongés au Moyen-Orient, l'évolution du profil sanitaire et les besoins recensés des populations déplacées de force d'Afghanistan, d'Éthiopie, du Myanmar, de la République bolivarienne du Venezuela et du Soudan du Sud ainsi que la crise humanitaire en cours en Ukraine démontrent avec force qu'il est nécessaire de renforcer le volet des maladies non transmissibles dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence. L'expérience acquise par l'OMS et les partenaires humanitaires en matière d'assistance technique dans les pays en situation d'urgence devrait être analysée plus avant et mise à profit.

¹ Global Humanitarian Overview 2021 (version abrégée en français : Aperçu humanitaire mondial 2021). Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, 2021.

19. Les évolutions suivantes représentent l'occasion pour la communauté mondiale de la santé de mettre en place des interventions de meilleure qualité pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles dans le cadre de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence.

a) La pandémie actuelle a suscité un regain d'intérêt pour les considérations spécifiques liées à la planification et au maintien des services de santé essentiels, y compris dans les contextes humanitaires.^{1,2,3} Si les services de santé essentiels ne peuvent pas être dispensés ou rendus accessibles en toute sécurité et si les services d'avant la crise devant être maintenus, adaptés ou suspendus ne sont pas hiérarchisés et/ou largement mis à disposition et subventionnés dans le cadre des ensembles de prestations sanitaires nationales, la gestion des épidémies de COVID-19 dans les États fragiles et les populations touchées par des situations de crise représente un défi pour les pays et les acteurs humanitaires, car les besoins concurrents dans les populations sont énormes et les ressources limitées.

b) Pour compléter les orientations provisoires de l'OMS sur les services de santé essentiels pendant une flambée épidémique, l'équipe spéciale chargée de la COVID-19 au sein du Groupe sectoriel mondial pour la santé a élaboré une note d'orientation sur la façon de hiérarchiser et de planifier les services de santé essentiels pendant la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires.⁴ Actuellement, l'équipe spéciale et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'efforcent de définir un ensemble minimal de services fondés sur des données probantes (ensemble de services de santé hautement prioritaires dans les contextes humanitaires) qui sont importants et réalisables sur le plan opérationnel dans les contextes humanitaires, et que les groupes sectoriels pour la santé et leurs partenaires puissent promouvoir, utiliser et progressivement garantir. Tirant parti des ensembles de prestations de référence existants dans les situations de fragilité et de conflit, cet ensemble de services de santé hautement prioritaires s'appuiera sur les interventions et les mesures recommandées élaborées dans le cadre du recueil des interventions sanitaires entrant dans la couverture sanitaire universelle.

c) L'élaboration et le déploiement du kit de l'OMS pour les maladies non transmissibles depuis 2017 dans plus de 20 pays et centres humanitaires du monde entier, y compris pendant la pandémie de COVID-19,⁵ ont contribué à répondre à une partie des besoins non satisfaits en médicaments et fournitures essentiels contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence. Avec plus de 7500 kits achetés depuis 2017, pour une valeur annuelle de 3,6 millions USD, ce kit a comblé une grave lacune, devenant l'un des nécessaires d'urgence standards de l'OMS les plus achetés. La révision du kit en 2021 s'est appuyée sur des examens récents de l'expérience acquise dans son utilisation, qui ont également permis de souligner les mesures à prendre pour améliorer sa planification et sa distribution, ainsi que le soutien à fournir pour renforcer les capacités des agents humanitaires ou dispensant les soins primaires.

¹ Blanchet K, Alwan A, Antoine C, Cros MJ, Feroz, F, Guracha TA, *et al.* Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *MJ Glob Health.* 2020;5(10):e003675. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003675.

² Singh L, Singh NS, Maldonado BN, Tweed S, Blanchet K, Graham WJ. What does 'leave no one behind' mean for humanitarian crises-affected populations in the COVID-19 pandemic? *BMJ Glob Health.* 2020; 5(4): e002540. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002540.

³ Garry S, Abdelmagid N, Baxter L, Roberts N, de Waroux OLP, Ismail S, *et al.* Considerations for planning COVID-19 treatment services in humanitarian responses. *Confl Health.* 2020;14(1):80. doi:10.1186/s13031-020-00325-6.

⁴ Essential Health Services: A guidance note. How to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

⁵ WHO Provides NCD Kits to Timor-Leste to Prevent Risk of Comorbidity Amidst COVID-19 Pandemic. Communiqué de presse. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/who-provides-ncd-kits-to-timor-leste-to-prevent-risk-to-comorbidity-amidst-covid-19-pandemic>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

d) L'attention portée aux maladies non transmissibles dans les milieux humanitaires ainsi que la coordination entre les organismes des Nations Unies, les intervenants humanitaires et les donateurs progressent et s'améliorent. Le groupe de travail interorganisations informel sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et l'International Alliance for Diabetes Action¹ fournissent non seulement des plateformes pour l'échange d'informations et de pratiques, mais contribuent de plus en plus à la création conjointe de solutions pour améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles dans la pratique.

e) Les populations touchées par les crises, telles que les personnes déplacées de force et les réfugiés, peuvent apporter des réflexions critiques sur la manière dont les situations d'urgence ont un impact sur leur vie et aider à façonner la conception des politiques et des programmes de prestation des services destinés à répondre à leurs besoins. L'enquête Apart Together sur l'impact de la COVID-19 sur les réfugiés et les migrants tel qu'il a été perçu par ceux-ci ou la série de consultations organisées par les sections régionales de l'Alliance sur les MNT, notamment celle intitulée « Voices of People Living with NCDs in Humanitarian Crises » (Voix des personnes atteintes de MNT dans les crises humanitaires),² représentent des exemples positifs d'inclusion, complétant les efforts de l'OMS et des partenaires de la société civile pour plaider en faveur d'une participation significative des personnes atteintes de maladies non transmissibles.

f) Les résultats de la recherche sur les maladies non transmissibles et la COVID-19 et, plus généralement, sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires, gagnent en portée et en qualité, fournissant une base de données probantes plus solide pour éclairer la conception des politiques et des programmes. Compte tenu des études épidémiologiques descriptives faisant état de la charge des maladies non transmissibles chez les populations touchées par la COVID-19 ou d'autres crises, l'accent a pu davantage être mis sur l'accès aux services de lutte contre les maladies non transmissibles et aux modèles de soins pour ces maladies adaptés aux contextes humanitaires.³ Plusieurs initiatives et plateformes ont récemment été lancées, complétant les efforts déployés par l'OMS pour élaborer le programme de recherche.⁴

RECOMMANDATIONS

20. Mesures qu'il est recommandé **aux États Membres** de prendre :

a) **concernant la COVID-19 :**

- intégrer et renforcer les politiques, les programmes et les services visant à traiter les personnes atteintes de maladies non transmissibles et à prévenir et à maîtriser leurs facteurs de risque dans les plans nationaux de riposte et de relèvement, conformément aux plans globaux des Nations Unies ;

¹ Voir le site Web de l'International Alliance for Diabetes Action (<https://www.iadadiabetes.org/>).

² Amplifying voices and perspectives of people living with NCDs in the Eastern Mediterranean Region. Alliance sur les MNT, 2020 (<https://ncdalliance.org/news-events/news/amplifying-voices-and-perspectives-of-people-living-with-ncds-in-the-eastern-mediterranean-region>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Jaung MS, Willis R, Sharma P, Aebischer Perone S, Frederiksen S, Truppa C, *et al.* Models of care for patients with hypertension and diabetes in humanitarian crises: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2021;36(4):509-532. doi: 10.1093/heapol/czab007.

⁴ NCDs in Humanitarian Settings. A knowledge hub presenting the key resources around NCDs in humanitarian settings accessibly in one place. London School of Hygiene and Tropical Medicine (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/humanitarian-ncd>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

- recueillir et utiliser des données pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les personnes atteintes de maladies non transmissibles et surveiller l'impact de la pandémie sur la perturbation des services de lutte contre ces maladies, la morbidité et la mortalité ;
 - dès que possible, maintenir, rétablir et assurer à plus grande échelle la prévention, le diagnostic et la prise en charge précoces pour les personnes atteintes ou à risque élevé de maladies non transmissibles, et veiller à ce que celles-ci soient protégées contre l'exposition à la COVID-19 et prises en compte dans le cadre de la protection sanitaire et sociale ;
 - mobiliser et utiliser le financement destiné à la lutte contre la COVID-19 et d'autres fonds d'urgence pour soutenir la prestation et la continuité des services essentiels, en garantissant l'accès à des médicaments et à des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les maladies non transmissibles, y compris pour la prévention et la maîtrise de ces maladies et de leurs facteurs de risque modifiables ;
 - assurer la participation réelle de la société civile, des professionnels de la santé et des personnes atteintes de maladies non transmissibles à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des plans nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19 ;
 - donner la priorité aux personnes atteintes de maladies non transmissibles dans le déploiement national des vaccins et de la vaccination contre la COVID-19 ; et
 - sensibiliser aux liens entre la COVID-19 et les maladies non transmissibles, à la façon dont les personnes atteintes de maladies non transmissibles peuvent se protéger, ainsi que leurs familles et leurs communautés, contre la COVID-19, et à la façon dont elles peuvent accéder aux soins et bénéficier sans risque de la continuité des soins pour leur maladie ;
- b) **au-delà de la COVID-19 (pour tous les risques) :**
- œuvrer à la mise en place de systèmes de santé solides et résilients, incluant la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires, en tant que fondement essentiel d'une préparation et d'une riposte efficaces aux urgences de santé publique :
 - inclure des politiques, des programmes et des services de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque modifiables dans les efforts nationaux et infranationaux visant à renforcer les systèmes de santé afin de mieux se préparer aux situations d'urgence sanitaire, d'y répondre et de se relever de telles situations, moyennant une approche multisectorielle intégrant l'ensemble des risques ;
 - faire participer de manière significative les personnes atteintes de maladies non transmissibles, les communautés touchées et les personnes en situation de vulnérabilité, y compris les populations déplacées de force et les réfugiés, afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé, de renforcer leur préparation individuelle aux situations d'urgence et d'élaborer des politiques, des programmes et des services de lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - prendre des mesures pour veiller à ce qu'un ensemble minimal de services de qualité concernant les maladies non transmissibles soit mis à la disposition des populations touchées, dans le cadre d'un ensemble de mesures sanitaires essentielles et prioritaires en matière de maladies non transmissibles à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé au niveau national ;

- accélérer la mise en œuvre des feuilles de route nationales sur les maladies non transmissibles, en veillant à ce que les ensembles nationaux de prestations comprennent un bouquet de services pour la prévention et la maîtrise de ces maladies et de leurs facteurs de risque, avec des mécanismes de prépaiement suffisants pour réduire le plus possible les difficultés financières des personnes qui en sont atteintes ;
- élaborer des stratégies et des outils pour renforcer les capacités et le personnel essentiels de santé publique pour la prestation de services relatifs aux maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires, y compris au moyen de solutions de santé numérique ;
- garantir l'accès à des médicaments et à des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les maladies non transmissibles dans les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence et dans le cadre des achats, des prépositionnements et des déploiements d'urgence, en s'appuyant sur le kit standard de l'OMS pour les maladies non transmissibles et d'autres articles essentiels, et en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ; et
- recueillir des informations sur les expériences des pays et promouvoir la recherche sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires.

21. Mesures qu'il est recommandé **aux partenaires internationaux, aux partenaires humanitaires, à la société civile et au secteur privé** de prendre :

- plaider en faveur de l'introduction de programmes et de services de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque modifiables dans une approche multisectorielle de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires intégrant l'ensemble des risques, y compris dans les plans stratégiques de préparation et de riposte à la COVID-19 mis en place par les pays ;
- renforcer les partenariats, la coordination et la coopération mondiales entre les organismes des Nations Unies, les organisations humanitaires, la société civile, les personnes atteintes de maladies non transmissibles et le secteur privé afin d'aider tous les pays, à leur demande, à mettre en œuvre leurs plans d'action multisectoriels nationaux, à renforcer la riposte de leurs systèmes de santé aux situations d'urgence sanitaire, y compris à maintenir la prestation sûre de services relatifs aux maladies non transmissibles pendant ces dernières ;
- soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et la continuité d'un ensemble de mesures sanitaires essentielles et prioritaires en matière de maladies non transmissibles à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé aux niveaux national et infranational ;
- aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de santé publique et de personnel pour assurer des soins intégrés dans les contextes humanitaires, avec des capacités renforcées pour lutter contre les maladies non transmissibles et d'autres maladies/affections ;
- aider les pays à renforcer les investissements dans la recherche, la production de données probantes, l'amélioration des lignes directrices, l'évaluation et le suivi afin de soutenir la mise en œuvre contextuelle et d'assurer la qualité et la redevabilité ;
- aider les pays à acheter et à déployer des médicaments et des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les maladies non transmissibles, y compris des kits standards de l'OMS contre ces maladies ou d'autres articles essentiels, en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ;

- promouvoir et soutenir la recherche sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires ; et
- soutenir les personnes atteintes de maladies non transmissibles et plaider pour qu'elles soient réellement consultées et participent à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques, programmes et services relatifs aux maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires.

22. Mesures qu'il est recommandé à l'OMS de prendre :

- Dans le cadre des efforts en cours visant à renforcer la préparation et la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire et à renforcer son leadership et sa coordination du Groupe sectoriel pour la santé du Comité permanent interorganisations ainsi que sa complémentarité avec d'autres acteurs humanitaires :
 - examiner les ripostes actuelles de l'OMS en matière de maladies non transmissibles dans les pays dans les situations d'urgence et suggérer une approche stratégique pour améliorer l'assistance technique fournie par l'OMS aux pays dans les domaines de la préparation, de la riposte et du relèvement, en faisant des crises un point de départ pour mieux reconstruire les systèmes de santé grâce au développement de services durables de lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - renforcer la collaboration et la communication au sein de l'OMS, y compris avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres partenaires humanitaires tels que le Groupe de travail interorganisations informel sur les maladies non transmissibles dans les contextes humanitaires, afin d'améliorer le leadership et les fonctions normatives de l'OMS et de mieux aider les pays dans les situations d'urgence ;
 - en collaboration avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres partenaires humanitaires et universitaires, élaborer un ensemble de mesures de santé essentielles et prioritaires en matière de maladies non transmissibles à garantir dans toute situation d'urgence sanitaire, aux différents niveaux de soins, compte tenu du contexte humanitaire et de la situation du système de santé au niveau national, en s'appuyant sur le recueil des interventions sanitaires de l'OMS entrant dans la couverture sanitaire universelle ;
 - aider les pays à acheter et à déployer des médicaments et des fournitures essentiels, sûrs, abordables, de qualité et efficaces contre les maladies non transmissibles, y compris des kits standards de l'OMS contre ces maladies et d'autres articles essentiels, en tenant dûment compte des médicaments thermosensibles tels que l'insuline ;
 - aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de santé publique et de personnel pour assurer des soins intégrés dans les contextes humanitaires, avec des capacités renforcées pour lutter contre les maladies non transmissibles et d'autres maladies/affections ;
 - renforcer le rôle normatif et la capacité technique de l'OMS à élaborer et à diffuser des produits normatifs, des orientations techniques, des outils, des données et des données scientifiques afin d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux de riposte aux urgences sanitaires, avec les dispositions nécessaires pour traiter les personnes atteintes de maladies non transmissibles et pour prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire ;

-
- continuer à défendre auprès des donateurs l'importance d'établir des passerelles afin que la priorité soit donnée aux maladies non transmissibles dans les situations d'urgence humanitaire dans les secteurs de la santé, du développement et de la consolidation de la paix ;
 - renforcer les compétences et les capacités mondiales, régionales et nationales en matière de préparation et de riposte aux urgences sanitaires en améliorant la participation réelle des personnes atteintes de maladies non transmissibles à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des plans nationaux de préparation et de riposte ; et
 - mobiliser les groupes consultatifs techniques de l'OMS sur les maladies non transmissibles et d'autres partenaires universitaires en vue de façonner le programme de recherche et de recueillir des informations sur les expériences dans les pays afin d'éclairer les politiques visant à renforcer la préparation et la riposte en matière de maladies non transmissibles dans les situations d'urgence.
-

ANNEXE 12

PLAN D'ACTION MONDIAL INTERSECTORIEL SUR L'ÉPILEPSIE ET LES AUTRES TROUBLES NEUROLOGIQUES 2022-2031¹

[A75/10 Add.4, annexe 7 – 27 mai 2022]

[Les paragraphes 1 à 3 indiquaient le contexte dans lequel se situe le Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031, y compris le mandat et le processus ayant régi son élaboration.]

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION MONDIALE

4. Les troubles du système nerveux sont la principale cause de perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et la deuxième cause de décès dans le monde, avec 9 millions de décès par an. En 2016, l'accident vasculaire cérébral (42,2 %), la migraine (16,3 %), la démence (10,4 %), la méningite (7,9 %) et l'épilepsie (4,9 %) étaient les cinq maladies ayant le plus contribué à la perte de DALY imputable à des troubles neurologiques.² Dans le monde, en 2016, 52,9 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans présentaient des troubles du développement ; 95 % d'entre eux vivaient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.³

5. La lourde charge de morbidité associée aux troubles neurologiques est aggravée par de profondes inégalités en matière de santé. Ainsi, près de 80 % des 50 millions de personnes atteintes d'épilepsie vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où les lacunes de la couverture thérapeutique dépassent 75 % dans la plupart des pays à faible revenu et 50 % dans la majorité des pays à revenu intermédiaire.⁴ Les handicaps associés aux affections neurologiques touchent particulièrement les femmes, les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté et dans des zones rurales ou reculées, ainsi que d'autres populations vulnérables. Les femmes sont également souvent touchées de manière disproportionnée par les troubles neurologiques, tels que la démence, la migraine et la sclérose en plaques. Les enfants issus de ménages défavorisés, de populations autochtones, de minorités ethniques, ainsi que les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les apatrides, les réfugiés et les migrants sont eux aussi beaucoup plus exposés au risque de handicap associé aux affections neurologiques.

6. Les troubles neurologiques engendrent une augmentation des dépenses pour les pouvoirs publics, les communautés, les familles et les individus, ainsi que des pertes de productivité pour les économies. En 2010, selon les estimations, les troubles neurologiques ont coûté 798 milliards d'euros rien qu'en

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(5):459–480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Voir également Global health estimates 2020: Disease burden by cause, age, sex by country and by region, 2000–2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

³ Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;6(10):E100–E1121. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7.

⁴ *Epilepsy: a public health imperative.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

Europe.¹ En 2019, à l'échelle mondiale, on estimait le coût sociétal total de la démence à 1300 milliards de dollars des États-Unis (USD), soit l'équivalent de 1,5 % du PIB mondial.²

7. De nombreuses affections neurologiques sont évitables, y compris 25 % des cas d'épilepsie à l'échelle mondiale.³ On sait que de nombreux déterminants, y compris les facteurs environnementaux de risque et de protection, ont une incidence sur le développement du cerveau au début de la vie et sur la santé du cerveau tout au long de la vie. Parmi les facteurs de protection qui ont une incidence sur le développement du cerveau au début de la vie, on trouve l'éducation, les liens sociaux et le soutien social, une alimentation saine, le sommeil et l'activité physique.

8. Partout dans le monde, les personnes atteintes de troubles neurologiques et de handicaps qui y sont liés sont encore victimes de discrimination et de violation des droits humains. C'est la raison pour laquelle le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 tient compte des droits humains entérinés dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains.

9. Il est particulièrement important de soutenir les éléments constitutifs du système de santé adéquats pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles neurologiques. Il est capital de mettre en œuvre des politiques générales et une législation adaptées, dont l'objectif devrait être de promouvoir la prestation de soins de qualité, de fournir une protection financière et sociale (y compris une couverture contre les dépenses de santé à la charge des patients) et d'assurer le respect et la réalisation des droits des personnes atteintes de troubles neurologiques. Les interventions globales qui visent à lutter contre les troubles neurologiques doivent reposer sur une démarche solide qui tienne compte des déterminants sociaux et économiques de la santé.

10. Les systèmes de santé n'ont pas encore apporté de réponse adéquate au fardeau que représentent les troubles neurologiques. Alors que près de 70 % des personnes atteintes de troubles neurologiques vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire,⁴ les besoins de ces personnes sont insuffisamment pris en compte, 28 % seulement des pays à faible revenu déclarant avoir adopté une politique axée sur ces troubles.⁵ Le nombre d'agents de santé spécialisés en neurologie est actuellement insuffisant pour combler les lacunes en matière de traitement à l'échelle mondiale. Les effectifs médians dans ce domaine (définis comme le nombre total de neurologues pour adultes, de neurochirurgiens et de neurologues pédiatriques) dans les pays à faible revenu sont de 0,1 pour 100 000 habitants, contre 7,1 pour 100 000 dans les pays à revenu élevé.⁵

11. L'actuelle pandémie de COVID-19 souligne l'intérêt que présente la neurologie pour la santé publique mondiale et son importance dans le cadre des débats plus larges sur la santé mondiale. La perturbation des services, l'inaccessibilité des médicaments, l'interruption des programmes de vaccination et l'augmentation des problèmes de santé mentale alourdissent le fardeau pesant sur les personnes atteintes de troubles neurologiques. Plus directement, les manifestations neurologiques de l'infection par le virus de la COVID-19 sont présentes à la fois dans la phase aiguë de la maladie et dans l'affection post-COVID-19. Certaines affections neurologiques sous-jacentes représentent un facteur de

¹ J Olesen I, A Gustavsson, M Svensson, H-U Wittchen, B Jönsson, CDBE2010 study group, *et al.* The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2012; 19(1):155–162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.

² *Global status report on the public health response to dementia.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ *Epilepsy: a public health imperative.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

⁴ Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, *et al.* The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurol.* 2020 Mar;19(3):255-265. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30411-9.

⁵ *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders, second edition.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

risque d'hospitalisation et de décès lié à la COVID-19, en particulier chez les personnes âgées.¹ Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 offre une occasion sans précédent de s'attaquer aux conséquences des troubles neurologiques par une réponse globale pendant toute la durée de la pandémie et au-delà.

PORTÉE

12. Le terme « troubles neurologiques » est employé pour désigner les atteintes du système nerveux central et périphérique qui englobent l'épilepsie ; les céphalées, dont la migraine ; les maladies neurodégénératives (y compris la démence et la maladie de Parkinson) ; les maladies cérébrovasculaires (y compris l'accident vasculaire cérébral ou AVC) ; les troubles neuro-infectieux ou neuro-immunologiques (y compris la méningite, l'infection à VIH, la neurocysticercose, le neuropaludisme et la sclérose en plaques) ; les troubles neuromusculaires (y compris la neuropathie périphérique, les dystrophies musculaires et la myasthénie grave) ; les troubles neurodéveloppementaux (y compris les troubles du spectre autistique et les troubles neurologiques congénitaux) ; les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière (« moelle spinale », selon la nouvelle nomenclature) et les cancers du système nerveux. Même si certains troubles neurologiques sont rares, ils restent responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées.

13. Conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS, le fonctionnement et le handicap doivent être considérés comme le résultat d'interactions entre un état neurologique et des facteurs liés au contexte tout au long de la vie. Une approche holistique est donc requise pour tenir compte des influences médicales, individuelles, sociales et environnementales.

14. Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques, il faut d'abord mieux faire connaître et comprendre ces troubles et s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, qui ont une incidence sur le bien-être et créent des barrières pour ces personnes lorsqu'il s'agit de se faire soigner. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 n'est pas structuré en fonction des maladies, mais repose plutôt sur un cadre intégré et axé sur la personne pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins destinés aux personnes atteintes de troubles neurologiques. La prévention des troubles neurologiques repose sur la promotion d'une santé du cerveau optimale tout au long de la vie. Une santé du cerveau satisfaisante est un état dans lequel chaque personne peut apprendre, atteindre son plein potentiel et optimiser ses réactions cognitives, psychologiques, neurophysiologiques et comportementales pour s'adapter aux changements de l'environnement.

15. D'autres disciplines ou domaines de la santé publique présentent un lien étroit avec les troubles neurologiques, sur lesquels ils ont une incidence. Il s'agit notamment de la santé mentale, des violences, des traumatismes, des maladies non transmissibles (MNT), des maladies infectieuses et de la santé environnementale. D'autres stratégies ou plans d'action de l'OMS ou résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé s'intéressent à de nombreuses affections neurologiques. En outre, il existe des liens stratégiques entre les troubles neurologiques, d'une part, et les systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle (CSU), d'autre part, y compris l'éventail complet des services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. Partant du constat qu'il existe des liens bien établis entre la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, la santé reproductive, le vieillissement, la santé du cerveau et les troubles neurologiques, le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 s'inscrit en droite ligne du Programme 2030 et des objectifs de développement durable (ODD) et porte sur toutes les étapes de la vie.

¹ *Neurology and COVID-19*, Document d'information scientifique de l'OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Neurology-2021.1>, consulté le 6 avril 2022).

16. Les liens faits entre le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 et d'autres engagements mondiaux¹ témoignent de la capacité de l'OMS de centrer son action sur la santé des personnes et de travailler de manière cohérente et intégrée.

17. Le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 énonce une vision, un but, des principes directeurs et des objectifs stratégiques, assortis de domaines d'action et de cibles. Il propose aux États Membres, au Secrétariat de l'OMS et aux partenaires internationaux et nationaux une série de mesures à prendre. Bien que les cibles soient définies à l'échelle mondiale, chaque État Membre peut s'en inspirer pour fixer ses propres cibles nationales, en tenant compte de la situation du pays et des difficultés qu'il doit surmonter.²

VISION

18. La vision du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 est celle d'un monde dans lequel :

- l'importance de la santé du cerveau est reconnue, promue et protégée tout au long de la vie ;
- les troubles neurologiques sont prévenus, diagnostiqués et traités, la mortalité et la morbidité prématurées sont évitées ; et
- les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants jouissent du meilleur état de santé possible, sur la base d'une égalité des droits, des chances, du respect et de l'autonomie.

BUT

19. Le but du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 est de réduire la stigmatisation, les conséquences et la charge associées aux troubles neurologiques, y compris la mortalité, la morbidité et le handicap, et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leurs aidants et de leur famille.

20. Pour atteindre le but et concrétiser la vision susmentionnés, il convient de renforcer, autant que possible, la prévention, le traitement et la prise en charge de l'épilepsie et des autres troubles neurologiques, en utilisant les points d'entrée et les synergies pour parvenir aux meilleurs résultats pour tous.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

21. Les objectifs stratégiques du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 sont les suivants :

- améliorer la hiérarchisation des politiques et renforcer la gouvernance ;

¹ La liste des résolutions et des engagements mondiaux ayant trait aux troubles neurologiques est disponible en anglais à l'adresse <https://www.who.int/news/item/12-01-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031> (consulté le 6 avril 2022).

² Une synthèse des cibles et indicateurs mondiaux est disponible en anglais à l'adresse <https://www.who.int/news/item/12-01-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031> (consulté le 28 février 2022).

- fournir sans retard un diagnostic, un traitement et des soins efficaces et adaptés ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention ;
- favoriser la recherche et l'innovation et renforcer les systèmes d'information ; et
- renforcer la démarche de santé publique à l'égard de l'épilepsie.

PRINCIPES DIRECTEURS

22. Les six principes directeurs du plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 sont les suivants :

a) Soins de santé primaires centrés sur la personne et couverture sanitaire universelle

Toutes les personnes atteintes de troubles neurologiques et leur famille doivent participer et bénéficier d'un accès équitable, sans discrimination ou sans être exposées à un risque de difficultés financières, à un large éventail de services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs et de services sociaux, ainsi qu'à des médicaments et d'autres produits de santé essentiels, efficaces, sûrs, économiquement abordables et de qualité.

b) Approche intégrée des soins tout au long de la vie

L'intégration des soins pour les troubles neurologiques est indispensable pour que la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge donnent de meilleurs résultats. Cela est particulièrement important, car plusieurs troubles neurologiques peuvent survenir en même temps, ou en association avec d'autres problèmes de santé qui sont souvent liés à des facteurs de risque évitables communs. La prise en charge des troubles neurologiques nécessite d'être totalement en phase avec d'autres services et programmes existants, conformément au Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne,¹ et de tenir compte des besoins en soins de santé et en services sociaux à toutes les étapes de la vie.

c) Politiques et pratique fondées sur des données probantes

Les éléments de preuve scientifiques et les meilleures pratiques permettent d'élaborer des politiques et des interventions de santé publique d'un bon rapport coût/efficacité, durables et abordables pour la prévention et la prise en charge des troubles neurologiques. Il s'agit notamment des connaissances existantes, des données probantes tirées du monde réel et fondées sur la pratique, des préférences des personnes atteintes de troubles neurologiques et de l'expérience acquise dans différents contextes culturels, ainsi que de l'exploitation des nouvelles données factuelles pour concevoir des politiques et une pratique qui permettent de trouver des traitements capables de modifier le cours de la maladie ou de la guérir, des interventions efficaces de prévention et des modèles de soins novateurs.

d) Action intersectorielle

Une action coordonnée et globale contre les troubles neurologiques exige de mettre en place des partenariats et une collaboration entre toutes les parties prenantes. La réalisation d'une telle collaboration nécessite une impulsion décisive au niveau gouvernemental, une délimitation claire des rôles et des responsabilités des différentes parties prenantes, des mécanismes de coordination

¹ Voir le document A69/39 ; voir également Framework on integrated people-centred health services (IPCHS) (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>, consulté le 25 avril 2022).

innovants, dont des partenariats public-privé, la participation de tous les secteurs concernés, tels que la santé, les services sociaux, l'éducation, l'environnement, les finances, l'emploi, la justice et le logement, et des partenariats avec les acteurs de la société civile, du monde universitaire et du secteur privé, ainsi que des associations qui représentent les personnes atteintes de troubles neurologiques.

- e) Autonomisation et participation des personnes souffrant de troubles neurologiques et de leurs aidants

Il faut promouvoir et protéger les besoins sociaux, économiques et éducatifs et les libertés des personnes et des familles touchées par des troubles neurologiques, ainsi que leur donner un degré de priorité élevé. Il faut, par des mécanismes de participation et de consultation, donner un réel pouvoir d'action aux personnes atteintes de troubles neurologiques, à leurs aidants, aux organisations qui les représentent et aux populations locales dans la planification des soins et la prestation de services, ainsi que dans l'élaboration de politiques et de lois, l'exécution de programmes, les activités de plaidoyer, la recherche, le suivi et l'évaluation.

- f) Genre, équité et droits humains

L'intégration des questions de genre à l'échelle des systèmes dans tous les efforts déployés pour mener une action de santé publique contre les troubles neurologiques est essentielle à l'édification de sociétés équitables, saines et n'excluant personne. Pour respecter les droits des personnes atteintes de troubles neurologiques et réduire la stigmatisation et la discrimination dont elles font l'objet, il est primordial que ces personnes et leurs aidants jouissent d'un accès universel à des interventions et qu'une attention prioritaire soit accordée aux groupes de population les plus vulnérables, dont les migrants, les enfants, les femmes, les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté et celles faisant face à des situations d'urgence. La mise en œuvre du plan d'action mondial intersectoriel 2022-2031 doit s'attaquer explicitement aux disparités propres à chaque contexte national et s'attacher à réduire les inégalités.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : AMÉLIORER LA HIÉRARCHISATION DES POLITIQUES ET RENFORCER LA GOUVERNANCE

23. Une démarche de santé publique élargie, reposant sur les principes de la couverture sanitaire universelle et sur les droits humains, est nécessaire pour améliorer les soins et la qualité de la vie des personnes atteintes de troubles neurologiques. Pour ce faire, renforcer la gouvernance dans le domaine des troubles neurologiques suppose que des cadres stratégiques soient établis et étayés par des mécanismes efficaces de surveillance, de réglementation et de responsabilisation.

24. Il convient de remédier au manque de connaissances et de sensibilisation à tous les niveaux de la société, notamment parmi les représentants des pouvoirs publics, les personnes atteintes de troubles neurologiques et les autres parties prenantes, afin de modifier les principaux obstacles structurels et comportementaux à l'obtention de résultats positifs en matière de santé du cerveau, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de promouvoir les droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques et d'améliorer les soins dont elles bénéficient et leur qualité de vie.

25. Par une sensibilisation efficace, on peut peser sur l'engagement politique et mobiliser des ressources pour contribuer à rendre prioritaires les politiques sur les troubles neurologiques, notamment en faisant le lien avec la réalisation d'engagements internationaux plus larges tels que ceux définis dans le Programme 2030 pour le développement durable et les objectifs de développement durable qu'il définit, ainsi que dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

26. Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques dans leurs multiples aspects, il importe d'intégrer et de prendre en considération les troubles neurologiques dans les politiques

nationales, la législation et les lignes directrices pertinentes, fondées sur des données probantes et portant sur le secteur de la santé et d'autres secteurs tels que l'éducation, la protection sociale et l'emploi.

27. Le financement de la santé est une fonction essentielle des systèmes de santé qui peut permettre de progresser dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des politiques visant à assurer des dispositifs efficaces de gouvernance des systèmes de santé et de prestation de services, y compris par la collecte de recettes, la mise en commun des fonds et l'achat de services (tels que l'allocation de ressources aux prestataires de services de santé) pour permettre l'accès en temps voulu à des services, une aide et des traitements abordables, résilients et de qualité pour les troubles neurologiques.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 1

Cible mondiale 1.1

D'ici à 2031, 75 % des pays auront adapté ou mis à jour les politiques, stratégies, plans ou cadres nationaux existants pour y inclure les troubles neurologiques.

Cible mondiale 1.2

D'ici à 2031, 100 % des pays auront au moins une campagne ou un programme opérationnel de sensibilisation aux troubles neurologiques.

1.1 Sensibilisation

28. La sensibilisation représente la première étape pour ce qui est de mieux faire connaître et comprendre au grand public les questions relatives à la santé du cerveau et aux troubles neurologiques. Il est nécessaire d'améliorer la prestation des soins de neurologie, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de prévenir la violation des droits humains et de promouvoir ces derniers. La sensibilisation consiste également à faire prendre conscience à l'opinion publique et aux responsables politiques de la charge et des conséquences des troubles neurologiques et à diffuser les données sur les interventions fondées sur des données probantes, y compris pour promouvoir la santé du cerveau et prévenir et traiter les troubles neurologiques.

29. Pour être efficaces, les actions de plaidoyer, dont les campagnes de sensibilisation du public, doivent être adaptées au contexte socioculturel de chaque pays. En outre, il est impératif de placer les personnes atteintes de troubles neurologiques au centre de tous les efforts de sensibilisation si l'on veut obtenir les résultats sanitaires et sociaux souhaités. Les campagnes de sensibilisation du public devraient inclure des informations sur la promotion et la prévention des troubles neurologiques et devraient être conçues pour les personnes vivant avec des troubles neurologiques.

30. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Associer toutes les parties concernées, comme les experts en sensibilisation, les professionnels de la santé et les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants, à l'élaboration de programmes de sensibilisation pour améliorer la compréhension des troubles neurologiques, promouvoir la santé du cerveau et prévenir et prendre en charge les troubles neurologiques tout au long de la vie, y compris pour identifier les obstacles au recours aux soins.

b) Établir des mécanismes de collaboration, d'application et de transfert du savoir à l'échelle nationale et régionale pour faire prendre conscience de la charge de morbidité que représentent les troubles neurologiques et de l'existence et de l'accessibilité de services de promotion de la

santé, de prévention, de prise en charge et de soins appropriés et reposant sur des bases factuelles pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

c) Diriger et coordonner des stratégies de sensibilisation intersectorielles visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont les personnes atteintes de troubles neurologiques font l'objet, y compris les groupes vulnérables, et à promouvoir leurs droits humains tout au long de leur vie. Les intégrer dans des stratégies plus larges de promotion de la santé, comme des modalités d'enseignement et de travail aménagées pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

31. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Associer les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille à la prise de décisions dans les processus internes de l'OMS sur les questions qui les concernent grâce à des mécanismes opérants et structurés.

b) Apporter un soutien technique et des outils de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation afin d'aider les responsables de l'élaboration des politiques aux niveaux national, régional et mondial à prendre acte de la nécessité de rendre les troubles neurologiques prioritaires et de les intégrer dans les politiques et les plans.

c) Fournir appui et conseils aux États Membres pour associer concrètement les personnes atteintes de troubles neurologiques dans toutes les tranches d'âge en proposant un espace de dialogue, en produisant et en exploitant des informations fondées sur des données factuelles et les meilleures pratiques, et en tenant compte de l'expérience vécue dans les processus décisionnels.

32. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) En partenariat avec d'autres parties prenantes, plaider pour accroître la visibilité des troubles neurologiques dans les objectifs de développement durable et d'autres engagements mondiaux, et pour donner la priorité aux troubles neurologiques dans les programmes politiques en sensibilisant aux conséquences sociales et économiques des troubles neurologiques et à la nécessité d'organiser une riposte intégrée tout au long de la vie et au sein des systèmes de soins.

b) Soutenir les initiatives de sensibilisation afin de protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques, de corriger les inégalités dans l'accès aux services neurologiques pour les populations vulnérables et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Veiller à ce que les personnes atteintes de troubles neurologiques prennent pleinement part aux activités de la collectivité afin de favoriser leur participation à la vie culturelle, sociale et civique et accroître leur autonomie.

c) Offrir un espace de dialogue entre les associations et les organisations de personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, les agents de santé et les travailleurs sociaux, les pouvoirs publics et d'autres acteurs concernés aux niveaux international, régional et national, en veillant à ce que des jeunes et des personnes âgées participent et à ce qu'il y ait une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Collaborer avec différents secteurs tels que les transports, l'éducation, la justice, la finance et l'emploi à des activités de plaidoyer visant à accroître l'indépendance et l'autonomie des personnes atteintes de troubles neurologiques.

1.2 Politique, plans et législation

33. L'élaboration de politiques, de textes de loi et de plans globaux et intersectoriels sur la base d'éléments de preuve scientifiques et conformes aux normes internationales en matière de droits humains

renforce la gouvernance dans le domaine des troubles neurologiques et permet de mieux satisfaire les besoins complexes des personnes atteintes de ces troubles, suivant le contexte de chaque pays.

34. La collaboration entre les personnes atteintes de troubles neurologiques, les experts techniques qui rassemblent les données factuelles, les responsables de l'élaboration des politiques et les directeurs de programme qui formulent, adaptent et appliquent les politiques, les plans, les lignes directrices et la législation, ainsi que les professionnels de la santé qui fournissent des soins et des services aux personnes atteintes de troubles neurologiques est indispensable pour faciliter et mettre en œuvre des politiques et des plans qui reposent sur des données probantes dans tous les secteurs.

35. Étant donné les liens qui unissent les troubles neurologiques et d'autres domaines de la santé publique, il existe de nombreuses possibilités d'intégrer ces troubles dans les politiques et les plans élaborés dans ces domaines, par exemple les maladies non transmissibles et transmissibles, la santé mentale, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, le vieillissement et le handicap.

36. Les textes de loi qui influent sur la vie des personnes atteintes de troubles neurologiques (par exemple d'épilepsie) sont souvent dépassés et ne permettent pas de protéger et de promouvoir leurs droits humains. Il est capital de mettre à jour toutes les lois qui concernent les personnes atteintes de troubles neurologiques, par exemple celles liées à l'éducation, à l'emploi et aux droits des femmes, et de veiller à ce qu'elles soient plus inclusives.

37. **Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre**

a) À l'échelon national et/ou infranational, élaborer et mettre en œuvre des politiques, des plans et une législation qui contribuent à la lutte contre les troubles neurologiques, en tant qu'instruments indépendants ou en les intégrant à d'autres plans intersectoriels dans les domaines des maladies non transmissibles, de la santé mentale, du handicap et d'autres domaines pertinents, tout au long de la chaîne de soins et concernant tous les âges, ou examiner, actualiser et renforcer les politiques, les plans et la législation qui existent en la matière. Formuler et mettre en œuvre des politiques et des lois nationales en consultation avec les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et d'autres parties prenantes afin de promouvoir et de protéger leurs droits et de prévenir la stigmatisation et la discrimination.

b) Établir des mécanismes de suivi et de responsabilisation pour l'allocation des ressources, y compris au moyen de points focaux, d'unités ou de divisions fonctionnelles responsables des troubles neurologiques au sein du ministère de la santé (ou de son équivalent).

c) Revoir les politiques et les lois sur le handicap et sur d'autres domaines pertinents afin qu'elles incluent davantage les personnes atteintes de troubles neurologiques, y compris en modifiant les critères d'accès aux prestations d'invalidité ; en fournissant des fonds pour soutenir les personnes handicapées qui exercent un emploi ; en mettant en place un système de quotas favorisant l'embauche active ; en rendant les environnements de travail plus accessibles grâce à la réglementation sur l'emploi et au droit du travail qui régissent les secteurs public et privé ; et en renforçant les mécanismes qui traitent les réclamations et les plaintes liées aux violations des droits humains et à la discrimination à l'égard des personnes atteintes de troubles neurologiques au moyen de processus de recours impartiaux.

38. **Mesures à prendre par le Secrétariat** : fournir un appui, des outils et des orientations techniques aux États Membres et aux responsables de l'élaboration des politiques pour qu'ils :

a) mettent en commun les connaissances et les meilleures pratiques reposant sur des bases factuelles afin d'éclairer l'élaboration, le renforcement, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, lois et plans nationaux et/ou infranationaux qui sont conformes aux normes

internationales en matière de droits humains en vue d'une action intersectorielle intégrée contre les troubles neurologiques ;

b) renforcent les mécanismes de responsabilisation et les stratégies destinées à régler les plaintes et réclamations afin de remédier aux violations des droits humains et à la discrimination qui visent les personnes atteintes de troubles neurologiques, par exemple dans les domaines de l'emploi, de l'accès à l'éducation, de la conduite automobile, de la procréation et des droits des femmes ;

c) adoptent une législation qui garantisse un accès universel aux prestations financières, sociales et d'invalidité pour les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants ;

d) apportent une assistance dans la définition de mécanismes qui encouragent et appuient de manière proactive la participation active des personnes atteintes de troubles neurologiques dans tous les aspects de l'élaboration des politiques, de la planification et du financement des services ; et

e) fournissent en permanence aux États Membres un suivi, des orientations et un soutien technique afin qu'ils mettent en œuvre le plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031, avec l'aide des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS à tous les niveaux.

39. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Faire participer activement les parties prenantes de tous les secteurs pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de plans et de textes de loi reposant sur des bases factuelles en portant une attention particulière aux droits humains des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, et à la prévention de la stigmatisation et de la discrimination.

b) Contribuer à la création d'associations et d'organisations regroupant des personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs familles et leurs aidants ou renforcer celles qui existent déjà, et favoriser leur collaboration avec d'autres organisations, en tant que partenaires, à la mise en œuvre de politiques de prévention et de traitement des troubles neurologiques.

c) Faciliter le partage de connaissances et le dialogue entre les associations représentant les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille et leurs organisations, ainsi que les agents de santé, les travailleurs sociaux et l'État pour faire en sorte que les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, tels que l'autonomisation, la participation et l'inclusion, soient intégrés dans la législation afin de promouvoir la santé des personnes atteintes de handicaps associés à des troubles neurologiques.

1.3 Financement

40. Les troubles neurologiques engendrent une augmentation des dépenses pour les pouvoirs publics, les communautés, les familles et les individus, ainsi qu'une perte de productivité pour les économies, des coûts qui pourraient en grande partie être évités grâce à la prévention, une détection précoce et un traitement rapide. Les personnes atteintes de troubles neurologiques et leur famille font face à d'importantes difficultés financières en raison des coûts des soins de santé et des services sociaux ainsi que de la diminution ou de la perte de revenus. Cette situation est aggravée par l'absence d'assurance maladie universelle dans tous les pays, où les investissements et les ressources consacrés aux affections neurologiques sont faibles.

41. Il est nécessaire que les politiques et programmes soient assortis d'un financement adéquat afin de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins et de réduire l'incidence financière des dépenses à leur charge en

matière de santé et de protection sociale. Ces investissements seront compensés par une réduction du coût de l'invalidité neurologique et réduiront en fin de compte les coûts à long terme pour les pouvoirs publics.

42. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Garantir un financement pérenne des politiques, plans et programmes de prévention et de prise en charge des troubles neurologiques, reposant sur une action intégrée tout au long de la vie, au moyen de crédits budgétaires nationaux réservés, d'une utilisation efficace et rationnelle des ressources, de mécanismes novateurs et volontaires de financement et d'autres moyens, comme le financement multilatéral, bilatéral et commun, et les partenariats public-privé.
- b) Produire et/ou utiliser les données les plus récentes sur la charge épidémiologique et économique des troubles neurologiques, ainsi que sur la logique économique des investissements et les coûts prévus de l'application des interventions à plus grande échelle, afin de prendre des décisions éclairées sur les budgets pour que ceux-ci soient proportionnels à l'ampleur du fardeau supporté par le pays, et d'allouer le peu de ressources disponibles de façon optimale.
- c) Élaborer des mécanismes de protection financière et sociale, notamment des régimes d'assurance maladie et des prestations de sécurité sociale nationaux, pour prendre en charge les coûts directs et indirects qu'occasionne l'accès aux soins (frais de transport, par exemple) et pour garantir des soins abordables et accessibles aux personnes atteintes d'affections neurologiques, à leurs aidants et à leur famille.

43. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Promouvoir la collaboration et le partage de connaissances aux échelons international, régional et national pour consolider le savoir sur les incidences socioéconomiques des investissements dans le domaine des troubles neurologiques.
- b) Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres pour qu'ils renforcent leur capacité de procéder à la planification intersectorielle des ressources, à la budgétisation et au suivi des dépenses en matière de troubles neurologiques.
- c) Fournir des orientations pour des approches structurées visant à générer des investissements nationaux en faveur des troubles neurologiques et de la promotion, des soins et de la protection de la santé du cerveau, selon d'autres méthodes d'analyse des argumentaires d'investissement existantes pour soutenir les choix des gouvernements.

44. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Apporter un soutien aux États Membres pour mobiliser des ressources financières pérennes et recenser les lacunes fonctionnelles dans l'allocation des ressources afin d'appuyer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques, programmes et services nationaux et/ou infranationaux axés sur les troubles neurologiques.
- b) Soutenir la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants aux processus décisionnels liés aux mécanismes de financement internationaux.
- c) Contribuer à l'élaboration de modèles de financement novateurs, comme un fonds d'aide internationale, afin de subventionner et de financer les produits de diagnostic et les traitements, et de compenser les coûts associés à l'orientation des patients (comme les frais de déplacement et les services et interventions de spécialistes).

- d) Contribuer à la responsabilisation et à l'utilisation efficace des ressources dans les systèmes de soins de santé afin d'allouer le peu de ressources disponibles de manière optimale et d'améliorer la qualité et l'efficacité en limitant le plus possible le gaspillage des ressources.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : FOURNIR SANS RETARD UN DIAGNOSTIC, UN TRAITEMENT ET DES SOINS EFFICACES ET ADAPTÉS

45. Les troubles neurologiques sont une cause importante de mortalité, de morbidité et de handicap. Ils exigent de déployer des efforts intersectoriels concertés afin de répondre aux besoins des personnes qui risquent d'en souffrir ou qui en sont atteintes, en leur fournissant un accès équitable à des soins de santé efficaces et à des interventions et services sociaux, éducatifs et professionnels au niveau local.

46. L'intégration de la prise en charge des troubles neurologiques dans les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ainsi que la fourniture de médicaments et de produits de diagnostic essentiels et la formation et l'accompagnement des agents de santé, des aidants et familles des personnes atteintes de ces troubles sont autant de mesures conformes aux principes de la couverture sanitaire universelle ainsi qu'au Programme 2030 et aux objectifs de développement durable.

47. Pour améliorer la qualité de la vie et le bien-être des personnes atteintes de troubles neurologiques, mais aussi pour éviter les complications, réduire les hospitalisations et les interventions onéreuses et prévenir les décès prématurés et le handicap, il faut un système de santé solide qui adopte une démarche centrée sur la personne et une stratégie de coordination des soins, et qui soit axé sur un diagnostic, un traitement et une prise en charge efficaces, adaptés, et fournis en temps opportun, sur de longues périodes.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 2

Cible mondiale 2.1

D'ici à 2031, 75 % des pays auront intégré les troubles neurologiques dans les prestations de la couverture sanitaire universelle.

Cible mondiale 2.2

D'ici à 2031, 80 % des pays fourniront, dans le cadre des soins primaires, les médicaments essentiels et les technologies de base nécessaires à la prise en charge des troubles neurologiques.

2.1 Parcours de soins

48. Pour mettre en place des soins interdisciplinaires pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, il faut des lignes directrices fondées sur des protocoles et des pratiques qui reposent elles-mêmes sur des données probantes, une organisation par étapes de soins et une approche fondée sur le parcours de vie.

49. Les services et parcours de soins, notamment l'accès à des soins d'urgence de qualité, doivent permettre de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leurs aidants et de leur famille, qu'ils vivent dans des zones urbaines ou rurales, et être ouverts aux groupes de populations vulnérables, y compris les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, les enfants, les personnes âgées, les personnes exposées à la violence domestique et fondée sur le genre, les détenus, les réfugiés, les populations déplacées et les migrants, les populations autochtones et d'autres groupes, en fonction du contexte national.

50. Un parcours de soins doit englober toutes les étapes du parcours de vie, depuis la grossesse et la petite enfance jusqu'au grand âge. Il englobe les soins de suite prodigués aux enfants et aux adolescents atteints de troubles neurologiques, notamment pour aider ces derniers à opérer la transition vers l'âge adulte.

51. Les affections neurologiques ont des répercussions sur les capacités fonctionnelles des personnes et réduisent souvent leur mobilité, leurs capacités de communication, leurs fonctions cognitives et leurs capacités d'autoprise en charge, nécessitant alors une réadaptation. Cependant, les besoins en réadaptation des personnes atteintes de troubles neurologiques restent largement insatisfaits : seuls 16 % des pays déclarent disposer de services de réadaptation neurologique spécialisés et pas plus de 17 % indiquent disposer d'unités de réadaptation générale offrant de tels services.¹

52. En raison des niveaux élevés de dépendance et de morbidité des personnes atteintes de troubles neurologiques, et compte tenu de la complexité de leurs besoins, il est essentiel de disposer de toute une gamme de soins de santé et de services sociaux coordonnés, y compris de soins palliatifs pour soulager la douleur ; d'un soutien psychosocial et spirituel et d'une aide à la planification des soins ; et d'interventions visant à améliorer la qualité de vie.

53. Dans la mesure du possible, les parcours de soins doivent inclure l'accès à des installations neurochirurgicales où réaliser des actes chirurgicaux requis dans le traitement des affections neurologiques telles que les tumeurs, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques aigus.

54. La continuité des soins peut être optimisée à l'aide de solutions de santé numériques qui favorisent un plus grand partage d'informations entre les prestataires de soins, les personnes atteintes de troubles neurologiques et les aidants et permettent des consultations à distance (télésanté).

55. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Élaborer, pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, des parcours de soins et d'aide sociale coordonnés reposant sur des bases factuelles, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, afin de leur donner accès à des soins de qualité quand et où elles en ont besoin, tout au long de la vie. Cela suppose une intégration à plusieurs niveaux des systèmes de santé et d'aide sociale, par exemple en recourant à des équipes de soins interdisciplinaires, des annuaires des services et un système de dossiers médicaux, et des mécanismes d'orientation-recours. Il faut en particulier :

- rendre plus équitable l'accès à des soins de qualité pour les affections neurologiques aiguës (cas urgents) et chroniques ;
- renforcer les soins aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire, y compris les installations médicales et chirurgicales ;
- développer des services neurologiques communautaires avec la participation d'autres prestataires de soins, comme les guérisseurs traditionnels, et promouvoir l'autoprise en charge ; et
- promouvoir la continuité des soins entre les prestataires et les niveaux du système de santé, y compris par l'orientation-recours et le suivi, en veillant à ce que les services de soins de santé primaires soient relayés par des services spécialisés dans les hôpitaux et les services de santé communautaires, dotés eux-mêmes de mécanismes efficaces d'orientation et de réorientation.

¹ *ATLAS Country Resources for Neurological Disorders, second edition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

- b) Élaborer des stratégies pour rationaliser l'allocation des ressources et rendre plus efficace la collaboration entre les acteurs des secteurs public, privé et non gouvernemental, notamment par :
- la mise en œuvre de modèles de soins adaptés au contexte, novateurs et intégrés, du diagnostic à la fin de vie, dans les secteurs sanitaire et social ;
 - la promotion, la mise en œuvre et l'utilisation à plus grande échelle de solutions et technologies de santé numérique dans les systèmes de soins et d'aide sociale ; et
 - la constitution d'équipes et de réseaux de soins de santé et d'aide sociale interdisciplinaires et le renforcement des capacités des professionnels de la santé et de l'aide sociale.
- c) Faire le point sur les services connexes existants, comme ceux pour la santé mentale, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la vaccination, et d'autres programmes pertinents de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, afin de trouver des possibilités d'intégration de la prévention, du diagnostic précoce et de la prise en charge des troubles neurologiques et des comorbidités non neurologiques.
- d) Promouvoir un accès équitable aux services de réadaptation en cas de handicap associé à une affection neurologique en renforçant les systèmes de santé à tous les niveaux, des structures hospitalières spécialisées à la réadaptation communautaire.
- e) Mettre au point de nouveaux services, conseils et protocoles et/ou renforcer ceux existants pour appuyer, en amont, la mise en œuvre de mécanismes d'orientation-recours et de coordination des soins palliatifs et pour garantir aux personnes atteintes de troubles neurologiques un accès équitable aux soins palliatifs.
- f) S'attacher activement à recenser et à fournir des soins et un soutien adaptés aux groupes de population particulièrement exposés au risque de troubles neurologiques ou ayant un accès limité à ces services, tels que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, les personnes âgées et d'autres groupes spécifiques, en fonction du contexte national ; et promouvoir l'intégration et la continuité des soins assurés par les prestataires spécialisés dans la prise en charge des adultes et des enfants, afin de faciliter le passage à l'âge adulte pour les adolescents atteints de troubles neurologiques.
- g) En partenariat avec les intervenants humanitaires, intégrer les besoins de soutien dans les plans de préparation aux situations d'urgence de sorte que les personnes atteintes de troubles neurologiques préexistants ou dus à une situation d'urgence, par exemple à la suite de lésions traumatiques, aient accès à des services d'aide suffisamment sûrs.
- h) Donner aux personnes atteintes de troubles neurologiques et à leurs aidants les moyens de participer à la planification et à la prestation des services et leur permettre de faire des choix avisés et de prendre des décisions éclairées qui répondent à leurs besoins en mettant à leur disposition des informations accessibles et fondées sur des données probantes, notamment sur les parcours de soins depuis la détection et le diagnostic jusqu'au traitement (y compris l'autoprise en charge) et à l'accès aux soins.

56. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Fournir aux États Membres des orientations et un soutien technique afin qu'ils identifient les domaines prioritaires pour d'éventuelles interventions et qu'ils intègrent des interventions présentant un bon rapport coût/efficacité contre les troubles neurologiques, leurs facteurs de

risque et leurs comorbidités dans leur système de santé et les ensembles de prestations de la couverture sanitaire universelle.

b) Apporter un appui technique aux États Membres dans le recueil et la mise en commun des meilleures pratiques de prestation de soins reposant sur des données probantes tout au long de la vie, dont la prestation de services et la coordination des soins interdisciplinaires, en mettant l'accent sur la prévention, le diagnostic, le traitement (y compris la prise en charge des comorbidités), la réadaptation et les soins palliatifs pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

c) Fournir une assistance technique et des orientations stratégiques pour soutenir la préparation aux situations d'urgence et faire en sorte que les personnes atteintes de troubles neurologiques aient accès à des services suffisamment sûrs.

57. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Associer activement toutes les parties intéressées, tous secteurs confondus – y compris les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les membres de leur famille – à l'élaboration et à la prestation de soins intersectoriels et interdisciplinaires coordonnés et de parcours de soins neurologiques intégrés assurant la continuité des soins, dont la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.

b) Faciliter le partage de connaissances et le dialogue pour examiner et améliorer les efforts de renforcement des services de santé à l'échelon local à la suite d'urgences humanitaires, en collaboration avec les institutions multilatérales et régionales compétentes, les organisations représentant les personnes atteintes de troubles neurologiques et d'autres organisations de la société civile.

c) Produire des données factuelles et mettre au point des outils pour soutenir les programmes d'accès aux soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

d) Faciliter les initiatives menées en partenariat avec les parties intéressées pour soutenir les personnes atteintes de troubles neurologiques, leur famille et leurs aidants et les encourager à accéder aux soins et services de neurologie, au moyen d'outils technologiques de formation et d'information qui soient adaptés aux usagers et reposent sur des données factuelles, tels que le programme iSupport,¹ et/ou en mettant en place des services d'assistance et des sites Web nationaux proposant des informations accessibles.

2.2 Médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé

58. Les médicaments, les produits de diagnostic et les autres produits de santé, tels que les technologies d'assistance, les produits biologiques et la thérapie cellulaire et génique, sont essentiels à la prévention, au diagnostic et au traitement pour réduire la mortalité et la morbidité chez les personnes atteintes de troubles neurologiques et améliorer leur qualité de vie.

59. Les médicaments essentiels jouent un rôle central dans la prévention et le traitement des troubles neurologiques. Par exemple, s'il existe des médicaments contre la sclérose en plaques capables de ralentir l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de la vie de nombreuses personnes, leur disponibilité et leur accessibilité économique restent limitées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

60. L'utilisation de dispositifs médicaux, notamment des techniques d'imagerie et de diagnostic *in vitro* (par exemple la neuro-imagerie, les ponctions lombaires et la microscopie) peuvent réduire la

¹ *iSupport for dementia. Training and support manual for carers of people with dementia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

morbidité grâce à une détection précoce et en ralentissant la progression de la maladie. Même lorsque des outils de diagnostic efficaces sont disponibles, ils ne sont pas toujours économiquement abordables ni accessibles, en raison du manque d'infrastructures, de matériel et de personnel qualifié.

61. Les technologies d'assistance permettent aux gens de mener une vie saine, productive, indépendante et digne et réduisent le recours aux services structurés de santé et d'accompagnement des patients, aux soins de longue durée et aux aidants. Malgré les besoins, peu de personnes ont accès à ces produits en raison de leur coût important, de connaissances insuffisantes à leur sujet, d'une offre limitée, du manque de personnel qualifié et de l'insuffisance des politiques et du financement. Pour améliorer l'accès aux produits d'assistance pour ceux qui en ont le plus besoin, ces aides devraient être disponibles à tous les niveaux des services de santé, en particulier à l'échelon des soins primaires, et être intégrées à la couverture sanitaire universelle.

62. La production rapide de nouveaux médicaments et molécules que l'on observe pour certains troubles neurologiques est un modèle à suivre pour d'autres affections neurologiques ou troubles. Les obstacles actuels à l'accès au traitement et à l'accessibilité économique devraient être recensés en vue de les lever et d'ouvrir ainsi la voie à des médicaments plus abordables et disponibles.

63. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Promouvoir l'inclusion, la mise à jour et la disponibilité de médicaments et de produits de santé essentiels, efficaces, sûrs, abordables et de qualité contre les troubles neurologiques dans les listes nationales de médicaments essentiels, conformément à la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, à la Liste OMS des dispositifs médicaux prioritaires pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète, à la Liste OMS des dispositifs médicaux prioritaires pour la prise en charge du cancer et à la Liste OMS des produits d'assistance prioritaires, tout en intégrant l'accès aux médicaments placés sous contrôle et en réduisant au minimum le risque d'usage inadapté ; recenser les principaux obstacles à l'accès dans les différents groupes de population (y compris dans les situations d'urgence) et les stratégies pour s'y attaquer de façon systématique.

b) Promouvoir un usage adéquat, transparent et durable des médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge des troubles neurologiques, par des mesures telles que l'assurance de la qualité, les procédures d'homologation préférentielles, la substitution par des produits génériques et des biosimilaires, l'utilisation des dénominations communes internationales et des mesures d'incitation financière, le cas échéant. Optimiser la formation des professionnels de santé, des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants, y compris en employant des stratégies à bases factuelles pour traiter les comorbidités et intervenir face aux événements indésirables et aux interactions médicamenteuses imputables notamment à la polymédication.

c) En s'appuyant sur la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels, favoriser la disponibilité, l'accès et l'utilisation des produits de diagnostic adéquats tels que les dispositifs de microscopie, d'électrophysiologie et d'analyse génétique ou les technologies de neuro-imagerie comme la tomographie assistée par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Améliorer les infrastructures et former les techniciens et les agents de santé à l'utilisation de ces technologies.

d) Établir des cadres réglementaires transparents et prévoir des ressources et des capacités suffisantes pour garantir que les normes de qualité, d'innocuité et d'éthique sont respectées pour les produits de santé et les produits de diagnostic tels que les biothérapies, les tests génétiques, les tests génétiques préimplantatoires et les produits d'assistance comme les aides auditives, les fauteuils roulants et les prothèses.

e) Améliorer la disponibilité des médicaments et produits de santé essentiels d'importance vitale afin de pouvoir prendre en charge les troubles neurologiques dans les situations d'urgence humanitaire.

64. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Agir plus rapidement et apporter un soutien technique aux États Membres afin de renforcer l'accès équitable aux médicaments, aux produits de diagnostic et aux autres produits de santé, au bénéfice des personnes atteintes de troubles neurologiques, en particulier en établissant des normes et des critères à vocation mondiale et au moyen de réglementations fondées sur des données probantes et adaptées au contexte ; de bonnes pratiques d'achat et de fabrication fondées sur des normes ; et de formations aux aspects techniques, législatifs et réglementaires.

b) Mettre à jour la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels, les Listes OMS de dispositifs médicaux prioritaires, la Liste OMS des produits d'assistance prioritaires et d'autres documents pertinents afin de s'assurer qu'ils sont adaptés aux affections neurologiques et que des moyens existent pour la mise en place et l'utilisation en temps opportun de traitements et de produits de diagnostic efficaces.

65. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Encourager toutes les parties intéressées à mener des activités pour promouvoir les efforts visant à améliorer l'accès à des médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé – tels que les produits de neuro-imagerie – abordables, sûrs, efficaces et de qualité.

b) Contribuer au renforcement mondial, régional, intergouvernemental, national et/ou local des processus de réglementation et d'achat (y compris par des groupements d'achats, des mécanismes de financement de la santé innovants et le renforcement des moyens humains) afin de promouvoir l'accès aux médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé et leur usage approprié.

c) Encourager la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants aux processus de recherche-développement et de mise en œuvre pour les nouveaux médicaments, produits de diagnostic et autres produits de santé.

2.3 Renforcement des capacités, formation et soutien des agents de santé

66. Pour améliorer les résultats sanitaires, il est crucial d'associer plusieurs catégories de personnels : les professionnels requis en matière de neurologie (avec, notamment, des médecins spécialistes en neurologie de l'adulte ou de l'enfant et des neurochirurgiens) ; d'autres prestataires de soins, y compris, mais sans s'y limiter, des psychologues, des psychiatres, des radiologues, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes ; et, au niveau des soins de santé primaires, des agents de santé compétents correctement formés à l'identification et à la prise en charge des troubles neurologiques.

67. La formation théorique et pratique de personnes issues de plusieurs disciplines, incluant notamment des travailleurs sociaux, des spécialistes de la réadaptation formés aux affections neurologiques, des techniciens (spécialisés en électrophysiologie, en imagerie ou en techniques de laboratoire), des pharmaciens, des ingénieurs biomédicaux, des agents de santé communautaires, des aidants (notamment familiaux) et des guérisseurs, le cas échéant, est nécessaire pour pouvoir prodiguer des soins centrés sur la personne à celles et ceux qui sont atteints de troubles neurologiques, réduire la mortalité et la morbidité et améliorer leur qualité de vie.

68. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Réunir et utiliser des données factuelles adaptées au contexte pour :
- établir des programmes et des politiques dotés de ressources suffisantes pour répondre aux besoins futurs prévus en personnels de santé compte tenu des changements démographiques, du vieillissement de la population et de la prévalence de maladies telles que la démence, les accidents vasculaires cérébraux et la maladie de Parkinson ; et
 - instaurer une rémunération et des incitations adéquates pour les agents de santé et les travailleurs sociaux formés aux troubles neurologiques afin de les inciter à travailler dans les régions mal desservies et à s'y installer durablement.
- b) Renforcer la capacité du personnel de santé et d'aide sociale à identifier et à prendre en charge rapidement les troubles neurologiques, y compris les comorbidités fréquentes et pouvant être traitées, telles que les maladies infectieuses, les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques périnatales, l'hypothyroïdie, la cataracte et les maladies non transmissibles. Ces initiatives devraient mettre l'accent sur le renforcement des ressources humaines existantes, spécialistes comme généralistes et auxiliaires médicaux compris, selon ce qu'exigent leurs fonctions. Elles devraient notamment consister :
- à mettre en œuvre des programmes de formation sous différentes formes (par exemple la formation en ligne du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP)) destinés aux agents de santé généraux et spécialisés et aux travailleurs sociaux pour leur permettre de prodiguer des soins neurologiques fondés sur des bases factuelles, culturellement adaptés et centrés sur les droits humains, y compris en combattant la stigmatisation et la discrimination, pour tous et tout au long de la vie ;
 - à développer les perspectives de carrière du personnel de neurologie, en renforçant la formation postuniversitaire et en travaillant en partenariat avec les sociétés médicales pour améliorer l'attractivité du secteur de la santé du cerveau ;
 - à élargir les programmes d'enseignement existants et à offrir une formation continue à la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurologiques ;
 - à étendre les fonctions du personnel de neurologie à l'encadrement et à l'accompagnement des agents de santé généralistes qui assurent des interventions de neurologie ;
 - à tirer parti du potentiel des agents de santé communautaires et à renforcer la collaboration avec les autres prestataires de soins informels, tels que les guérisseurs traditionnels, par une formation, un accompagnement et une supervision efficaces ; et
 - à veiller à ce que les personnes atteintes de troubles neurologiques participent à la planification, à la mise au point et à la conduite des formations, selon qu'il conviendra.
- c) Apporter un soutien aux agents de santé et aux travailleurs sociaux pour la mise en place et la généralisation des services utilisant les technologies de l'information et de la communication, tels que la télémédecine, l'Internet et la téléphonie mobile, en vue d'étendre les soins neurologiques aux zones reculées et faiblement dotées en ressources et d'appuyer les services à domicile.

69. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Apporter aux États Membres des outils adaptés pour intégrer les besoins en soins neurologiques dans la planification systématique pour les agents de santé, en se fondant sur le suivi et la collecte des meilleures données disponibles et en suivant une approche fondée sur le marché du travail dans le secteur de la santé. Lors de la planification, il sera essentiel de recenser les lacunes dans les services, de déterminer la formation et les compétences de base dont les agents de santé et les travailleurs sociaux ont besoin sur le terrain ainsi que les besoins en formation en soins neurologiques avancés.
- b) Fournir un appui aux États Membres dans le renforcement des capacités du personnel de santé et d'aide sociale, y compris les prestataires de soins informels, en s'attachant à promouvoir, à renforcer et à élaborer des orientations et des outils et en appliquant des modèles de formation centrés sur les compétences pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.

70. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Faciliter les échanges d'informations sur les meilleures pratiques et la diffusion des résultats en rapport avec le perfectionnement et la formation des agents de santé en vue de soutenir les efforts nationaux en faveur de la prévention et de la prise en charge des troubles neurologiques.
- b) Appuyer la mise en œuvre de programmes de renforcement des capacités, notamment par la formation théorique et pratique, pour les agents de santé généraux et spécialisés, afin de leur permettre d'identifier les troubles neurologiques et de réaliser des interventions reposant sur des données probantes de sorte à promouvoir le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.
- c) Aider les autorités nationales à mettre en place des infrastructures de soins de santé et des capacités institutionnelles adéquates pour la formation du personnel de santé en vue de renforcer les systèmes de santé et de développer l'offre de services de qualité.

2.4 Soutien aux aidants

71. Les troubles neurologiques ont de profondes conséquences sur les personnes, leur famille et les communautés. Ces troubles étant de nature chronique, ils nécessitent souvent des soins continus, prodigués en grande partie par des aidants informels.

72. Les aidants peuvent être définis par leur relation avec la personne atteinte d'une affection neurologique comme par les soins qu'ils prodiguent. De nombreux aidants sont des parents, mais des amis proches ou des bénévoles peuvent également assumer de telles responsabilités. Les aidants apportent des soins et un soutien d'ordre pratique aux personnes atteintes de troubles neurologiques et jouent un rôle important dans l'organisation des soins prodigués tout au long de la vie.

73. Les aidants sont confrontés au stress, aux contraintes liées à leurs fonctions, à des charges financières, à l'isolement social, et au deuil en cas de perte d'êtres chers. Leur rôle et les difficultés qu'ils rencontrent peuvent varier en fonction de leur âge et selon qu'ils s'occupent d'enfants, d'adolescents ou de personnes âgées.

74. Prendre soin d'une personne atteinte de troubles neurologiques peut avoir une incidence sur la santé, le bien-être et les relations sociales de l'aidant. Le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence présente les principales mesures de soutien aux aidants qui sont également pertinentes pour les autres affections neurologiques.

75. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Mettre au point des mécanismes pour associer les personnes atteintes de troubles neurologiques et leurs aidants à la planification des soins, à l'élaboration des politiques et à l'examen juridique et supprimer les obstacles afin de favoriser leur participation, tout en tenant compte des souhaits et des préférences des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs familles.
- b) Fournir des informations accessibles et fondées sur des données probantes sur les ressources disponibles dans la communauté, telles que les programmes de formation, les soins de relève, les services de santé mentale et d'autres ressources adaptées aux besoins des aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques.
- c) Dans le cadre des soins neurologiques communautaires, offrir des programmes de formation, en collaboration avec des parties prenantes compétentes, au personnel de santé et aux travailleurs sociaux afin de repérer et de réduire les problèmes de stress chez les aidants.
- d) Élaborer ou renforcer les mécanismes visant à protéger les aidants, y compris par la mise en place de prestations sociales et financières (par exemple pension, congé ou aménagement des horaires de travail) et de politiques et législations destinées à réduire la stigmatisation et la discrimination et à apporter aux aidants un soutien allant au-delà de leur rôle de prise en charge.

76. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Épauler les États Membres dans l'élaboration et l'évaluation d'informations fondées sur des preuves, de données, de programmes de formation et de services de relève pour les aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques, selon une approche intersectorielle qui soit conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
- b) Faciliter l'accès à des ressources abordables et reposant sur des données factuelles qui permettent aux aidants de personnes atteintes de troubles neurologiques d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences concernant ces troubles, de réduire leur stress émotionnel et d'améliorer leur capacité à faire face aux situations difficiles, ainsi que leur efficacité personnelle et leur santé, notamment en utilisant des ressources telles que le Programme mhGAP de l'OMS, le programme iSupport, le programme mDementia,¹ le programme de formation qualifiante pour les personnes chargées des soins aux enfants atteints de troubles ou de retards du développement, et d'autres mesures en faveur de l'éducation, du développement des compétences et du soutien social.

77. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Mieux faire connaître les conséquences liées au fait de s'occuper de personnes atteintes de troubles neurologiques, notamment la nécessité de protéger les aidants de la discrimination, de les aider à poursuivre les soins tout au long de l'évolution de la maladie et de les encourager à défendre leur propre cause.
- b) Soutenir la mise en œuvre de programmes de formation des aidants et des familles qui soient centrés sur la personne et adaptés au contexte et à la culture pour favoriser leur bien-être et pour améliorer leurs connaissances et compétences tout au long de l'évolution des troubles neurologiques, en partant des ressources existantes comme le programme iSupport et le Programme mhGAP de l'OMS.

¹ *Be Healthy Be Mobile. A handbook on how to implement mDementia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

78. La promotion de la santé du cerveau et la prévention des troubles neurologiques supposent d’agir sur les facteurs de risque modifiables tout en renforçant les facteurs de protection, particulièrement aux étapes critiques du développement cérébral.

79. La promotion du développement optimal du cerveau tout au long de la vie commence dès la période préconceptionnelle et la grossesse, se poursuit à l’enfance et l’adolescence, et entretient des rapports avec le vieillissement en bonne santé. Elle suppose d’encourager un comportement favorable à la santé, une nutrition adéquate, la lutte contre les maladies infectieuses, la prévention des traumatismes crâniens et rachidiens et la réduction de l’exposition à la violence et aux polluants présents dans l’environnement.

80. La couverture sanitaire universelle représente une dimension clé pour promouvoir la santé et le bien-être du cerveau. Il est important à cet égard de s’attaquer aux déterminants sociaux et économiques par une action intersectorielle coordonnée qui tienne compte des enjeux liés au genre. Une collaboration avec les populations locales, y compris les peuples autochtones, devrait être nouée pour étudier des moyens culturellement appropriés et respectueux des coutumes et des valeurs locales de prévenir les troubles neurologiques.

81. Une approche « Une seule santé »¹ devrait être appliquée aux troubles neurologiques en vue de concevoir et de mettre en œuvre des programmes, des politiques, des lois et des travaux de recherche fondés sur des échanges entre de multiples secteurs et associant la santé publique, la santé animale et végétale et l’environnement, ce qui contribuera à la prévention de ces troubles et, par conséquent, à de meilleurs résultats sanitaires.

Cibles mondiales pour l’objectif stratégique 3

Cible mondiale 3.1

D’ici à 2031, 80 % des pays auront au moins un programme intersectoriel opérationnel de promotion de la santé du cerveau et de prévention des troubles neurologiques tout au long de la vie.

Cible mondiale 3.2

Les cibles mondiales se rapportant à la prévention des troubles neurologiques, telles que définies dans les textes suivants, sont atteintes :

- Plan d’action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Vaincre la méningite à l’horizon 2030 : une feuille de route mondiale ; et
- Chaque nouveau-né : Plan d’action pour mettre fin aux décès évitables.

3.1 Promotion des comportements sains tout au long de la vie

82. Promouvoir la santé du cerveau tout au long de la vie suppose de mettre l’accent sur les comportements sains. Il existe des liens réciproques forts entre plusieurs troubles neurologiques, tels que la démence et les accidents vasculaires cérébraux, et des maladies non transmissibles comme l’hypertension, le diabète, l’obésité et d’autres troubles connexes, ainsi qu’avec des facteurs de risque comportementaux tels que l’inactivité physique, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme et l’usage nocif de l’alcool.

¹ « Une seule santé ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

83. La compréhension des facteurs de risque qui contribuent au fardeau des maladies neurologiques peut éclairer les mesures préventives et améliorer les stratégies élaborées pour modifier le cours de la maladie.

84. Le tabagisme est un facteur de risque comportemental associé à des troubles neurologiques tels que l'accident vasculaire cérébral, la démence et la sclérose en plaques. On estime que le tabagisme passif était responsable de 4 % du fardeau des accidents vasculaires cérébraux en 2010.¹

85. L'usage nocif de l'alcool, par exemple sa consommation massive, peut avoir un effet direct sur le système nerveux et entraîner des troubles neurologiques tels que la dégénérescence cérébelleuse, les neuropathies, les myopathies, le delirium tremens et une carence en thiamine pouvant conduire à une encéphalopathie de Wernicke ou à un syndrome de Korsakoff. Il contribue également aux accidents de la route, à la violence, aux chutes et aux lésions du cerveau et de la moelle épinière qu'ils peuvent occasionner.

86. Une bonne hygiène du sommeil est nécessaire pour la santé et le bien-être général des enfants et des adultes. Un sommeil irrégulier peut être un facteur de risque pour certains troubles neurologiques et les personnes atteintes de troubles neurologiques voient souvent leur sommeil perturbé.²

87. La modification des facteurs de risque comportementaux peut renforcer la capacité à faire des choix meilleurs pour la santé et à suivre des modèles de comportement sains qui favorisent une bonne santé du cerveau et réduisent le fardeau des troubles neurologiques. Par exemple, chez les personnes atteintes de troubles neurologiques chroniques tels que la maladie de Parkinson, l'exercice et une activité physique régulière sont associés à des bénéfices sociaux et mentaux et sur la santé du cerveau ainsi qu'à une meilleure qualité de vie, à un meilleur fonctionnement et à une réduction du fardeau supporté par les aidants.

88. **Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre**

a) Soutenir les interventions qui ont démontré leur capacité à réduire le risque de troubles neurologiques tout au long de la vie, en mettant en œuvre des stratégies en faveur de comportements sains, notamment en s'attachant à promouvoir le sevrage tabagique, l'arrêt de toute consommation excessive d'alcool, la vaccination et une plus grande activité physique, conformément au Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, aux Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité et aux Lignes directrices de l'OMS sur la réduction des risques de déclin cognitif et de démence. Ces mesures devraient être engagées en collaboration avec les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les autres parties intéressées.

b) Élaborer et mettre en œuvre des stratégies assorties de ressources suffisantes, à l'échelle de la population, pour promouvoir une nutrition et une alimentation saines, telles qu'on les retrouve dans le plan d'application exhaustif de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et en suivre l'application.

c) Promouvoir un urbanisme qui améliore l'accès au sport, à l'éducation, aux transports et à l'activité physique de loisir afin de promouvoir l'activité et de permettre aux gens de se détourner d'un mode de vie sédentaire.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Organisation mondiale de la Santé, 2016.

² Worldwide Project on Sleep and Health. Project Overview. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

89. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Fournir un appui technique et renforcer les capacités et moyens d'action mondiaux, régionaux et nationaux pour :
- sensibiliser l'opinion aux liens qui existent entre les troubles neurologiques et d'autres maladies non transmissibles ; et
 - mettre en œuvre des stratégies pour la réduction et la maîtrise des facteurs de risque modifiables des troubles neurologiques, en élaborant des lignes directrices fondées sur des données probantes proposant des interventions de soins de santé coordonnées et d'un bon rapport coût/efficacité et en mettant en œuvre les lignes directrices pertinentes de l'OMS dans les processus nationaux de planification sanitaire et les programmes de développement.
- b) Étoffer, partager et diffuser les données factuelles en vue d'étayer les interventions visant à réduire les facteurs de risque de troubles neurologiques potentiellement modifiables en privilégiant les lieux de travail sains, la promotion de la santé dans les écoles et les autres établissements d'enseignement, les initiatives villes-santé, la prise en compte de la dimension sanitaire dans le développement urbain et la protection sociale et environnementale.

90. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir et généraliser, au niveau de la population, des stratégies pour la santé du cerveau qui couvrent les différentes classes d'âge, tiennent compte des enjeux de genre et se fondent sur l'équité, aux niveaux national, régional et international, afin d'encourager les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et leur famille à adopter des comportements favorables à la santé.
- b) Faciliter l'échange de connaissances et de meilleures pratiques fondées sur des bases factuelles afin de soutenir les mesures qui ont démontré leur capacité à réduire le risque de troubles neurologiques tout au long de la vie, conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, à la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et à d'autres stratégies pertinentes.

3.2 Lutte contre les maladies infectieuses

91. Les conséquences neurologiques de maladies infectieuses telles que la méningite, l'encéphalite, la neurocysticercose, le paludisme, l'infection à VIH, la toxoplasmose, la poliomyélite, les maladies à entérovirus, la syphilis et la rage contribuent à la morbidité et à la mortalité mondiales, en particulier dans les populations marginalisées les plus vulnérables, et peuvent entraîner des conséquences tout au long de la vie (par exemple des déficiences visuelles et auditives, des retards de développement ou encore un handicap moteur ou cognitif), lesquelles peuvent nécessiter des soins de suite spécialisés, dont la réadaptation. Pourtant, bon nombre de ces conséquences neurologiques peuvent être évitées grâce aux programmes de vaccination et à la lutte contre les maladies infectieuses.

92. L'émergence d'infections zoonotiques neurotropes a plusieurs causes, notamment l'intensification de l'agriculture non durable ainsi que l'utilisation accrue des espèces sauvages et leur exploitation.¹

¹ Programme des Nations Unies pour l'environnement et International Livestock Research Institute. *Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission*. Nairobi, Kenya, 2017.

93. Si des progrès ont été accomplis contre les maladies infectieuses à l'échelle mondiale, les infections épidémiques, notamment celles dues au virus Zika et au SARS-CoV-2, ont mis en lumière l'importance de ces efforts dans la prévention des troubles neurologiques. Ainsi, on estime que la pandémie de COVID-19 devrait avoir une incidence sur la santé du cerveau tout au long de la vie, les stades aigu et post-aigu de la maladie étant accompagnés de manifestations neurologiques très variées.

94. **Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre**

a) Mettre en œuvre des programmes de prise en charge, d'éradication, d'élimination et de maîtrise des maladies infectieuses et des programmes de vaccination reposant sur les orientations de l'OMS, par exemple la Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030, les lignes directrices sur la prise en charge de la neurocysticercose à *Taenia solium* et la Feuille de route mondiale pour vaincre la méningite à l'horizon 2030. Intégrer des méthodes de lutte contre d'autres maladies neuro-infectieuses courantes et accessibles au traitement (comme les encéphalites) ainsi que leurs traitements dans les secteurs de la santé et de l'agriculture, conformément aux orientations de l'OMS sur la prévention des maladies au moyen d'environnements sains.¹

b) Soutenir et promouvoir la disponibilité de produits de diagnostic rapides et abordables pour les infections du système nerveux (par exemple ponction lombaire, microscopie, neuroimagerie).

c) Collaborer avec l'ensemble des parties prenantes et des secteurs intéressés en vue d'atténuer les risques de maladies infectieuses émergentes à l'origine de troubles neurologiques. Une coordination étroite et des mesures intersectorielles au sein du secteur de la santé et au-delà (par exemple lutte antivectorielle, eau et assainissement, santé animale, hygiène de l'environnement et éducation) seront nécessaires pour optimiser les synergies.

d) Créer des plans opérationnels nationaux pour mettre en œuvre des interventions contre les maladies neurologiques conformément à l'approche « Une seule santé » en élaborant un plan coordonné qui précise les responsabilités des parties prenantes pour les mesures appliquées à l'être humain, au monde animal, à l'alimentation et aux écosystèmes, et en traitant les animaux pour prévenir la transmission des agents pathogènes neuro-infectieux, par exemple par des vaccinations de masse des chiens afin de prévenir la rage.

e) Promouvoir les campagnes de vaccination et partager les connaissances sur l'utilité des vaccinations comme méthode de réduction des handicaps neurologiques.

95. **Mesures à prendre par le Secrétariat**

a) Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres afin de sensibiliser à l'importance de la lutte contre les maladies infectieuses à l'échelle mondiale, régionale et nationale et de réduire le risque d'infections zoonotiques et de résistance aux antimicrobiens et aux insecticides, notamment en mettant en place des politiques relatives au commerce et à l'élevage du bétail ou des autres animaux.

b) Mettre en évidence les conséquences neurologiques de la pandémie de COVID-19 et donner des orientations sur la façon de les prendre en charge afin de renforcer la riposte des pays et d'améliorer la prestation de services à tous les niveaux du système de santé.

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

96. **Mesure qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre**

- a) Promouvoir la collaboration multipartite du secteur de la santé et au-delà, en adoptant une approche « Une seule santé », conformément au Programme 2030 et aux objectifs de développement durable.

3.3 **Prévention des traumatismes crâniens/rachidiens et des handicaps associés**

97. Les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière requièrent des soins médicaux complexes et onéreux. En 2016, l'incidence mondiale des traumatismes cérébraux était de 27 millions et celle des lésions de la moelle épinière, proche d'un million.¹ Les traumatismes dus aux accidents de la circulation et les chutes sont à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas de traumatismes cérébraux. D'autres causes telles que la maltraitance des enfants, la violence conjugale et les blessures liées à la pratique sportive sont également évitables.

98. Chaque année, 37 millions de chutes sont suffisamment graves pour nécessiter une consultation médicale. Elles touchent essentiellement les adultes âgés de 60 ans et plus, en particulier si des comorbidités altérant l'ambulation existent, telles que la démence, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.²

99. Les principaux facteurs de risque d'accidents de la circulation incluent la vitesse ; la consommation d'alcool ou de drogues ; le non-port du casque ; le défaut d'utilisation de la ceinture de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants ; une visibilité insuffisante des piétons ; la distraction ou la fatigue du conducteur ; et une application inadéquate de la législation routière.

100. De nombreux traumatismes liés à la pratique du sport peuvent également provoquer des traumatismes cérébraux et des lésions de la moelle épinière. Un traumatisme crânien léger répétitif est associé à une encéphalopathie traumatique chronique et augmente le risque de démence. La sensibilisation, les lois et les politiques visant à éduquer les professionnels du sport, les parents et les athlètes, et l'application de politiques imposant le port du casque ou de dispositifs de protection sont nécessaires pour prévenir certains traumatismes cérébraux et certaines lésions de la moelle épinière.

101. Malgré le nombre élevé de lésions de la tête et de la moelle épinière dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il subsiste un manque de services, de capacités et de spécialistes formés en neurochirurgie et en neuroréadaptation, qui sont essentiels pour prévenir l'invalidité à long terme et fournir des soins de suivi aux survivants de traumatismes cérébraux et de lésions de la moelle épinière.

102. **Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre**

- a) Mettre en œuvre les recommandations figurant dans le Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation et proposées par la Commission pour la sécurité routière mondiale.³ Ces recommandations portent sur la gestion de la sécurité routière, la sécurité des routes et la mobilité, la sécurité des véhicules et des usagers de la route, une meilleure réactivité aux urgences consécutives aux accidents et une réadaptation de plus longue durée pour les victimes.

¹ Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(1):56-87. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30415-0.

² Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

³ Make Roads Safe: A New Priority for Sustainable Development. Commission for Global Road Safety; 2006.

- b) Consolider les systèmes d'information pour collecter des données sur les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière afin d'approfondir les connaissances sur l'ampleur du problème et ses conséquences.
- c) Promouvoir des sports de contact plus sûrs et élaborer et mettre en œuvre des politiques et une éducation obligatoire pour les athlètes, les parents et les entraîneurs afin de les informer sur les risques et les complications neurologiques, comme l'épilepsie, liés aux traumatismes cérébraux et aux lésions de la moelle épinière.
- d) Élaborer et mettre en œuvre des politiques, des normes et des interventions efficaces pour rendre plus sûrs les espaces domestiques et collectifs pour les personnes âgées, notamment pour ce qui est du manque d'éclairage, des sols glissants, des tapis mal fixés et de l'absence de barrières de sécurité sur les lits, comme préconisé dans la Stratégie et le Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé.

103. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Rassembler et diffuser les données factuelles et les meilleures pratiques pour prévenir ou réduire les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière, notamment concernant la prévention des accidents de la circulation et des chutes par la mise en œuvre du Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière.
- b) Fournir des conseils, des pratiques reposant sur des faits scientifiques et un appui technique pour la réadaptation précoce et le soutien aux personnes souffrant des conséquences cognitives ou physiques à long terme de traumatismes cérébraux et de lésions de la moelle épinière, afin de réduire le plus possible les impacts physiques et psychologiques et de protéger ces personnes contre la discrimination et la stigmatisation.

104. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir la collaboration entre plusieurs parties prenantes pour sensibiliser à l'importance de la sécurisation des réseaux routiers et des mesures de protection, pour le bien de l'ensemble des usagers de la route, notamment les plus vulnérables (piétons, cyclistes et motocyclistes) afin de prévenir les traumatismes cérébraux et les lésions de la moelle épinière.
- b) Promouvoir le partage des connaissances et faciliter le renforcement, aux niveaux mondial, régional, intergouvernemental et national, des politiques sur la conduite sans risque et les traumatismes liés à la pratique sportive, et promouvoir les initiatives nationales visant à généraliser le port du casque conformément au manuel de l'OMS intitulé « Casques : manuel de sécurité routière à l'intention des décideurs et des praticiens ».

3.4 Réduction des risques environnementaux

105. L'exposition aux risques environnementaux et professionnels peut avoir une influence directe sur la santé du cerveau. Par exemple, en 2019, environ 5 % de la charge mondiale des accidents vasculaires cérébraux, calculée en perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), étaient attribuables à la pollution de l'air ambiant.¹ Partout dans le monde, les communautés vulnérables sont plus exposées aux toxines environnementales en raison des conditions dans lesquelles elles vivent et travaillent.

¹ Voir GBD Compare.Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

106. Les encéphalopathies induites par les toxines, notamment l'exposition à des métaux lourds tels que le plomb,¹ le mercure et les polluants atmosphériques (monoxyde de carbone, etc.), peuvent causer de graves préjudices pour la santé et le système nerveux, dans tous les groupes d'âge.²

107. Une corrélation a été établie entre la maladie de Parkinson et l'exposition professionnelle et non professionnelle aux pesticides.³ Par ailleurs, les polluants environnementaux, tels que la lumière vive, une qualité d'air inadéquate et le bruit, peuvent déclencher des migraines.⁴

108. Les changements climatiques font partie des nombreux changements touchant l'environnement de manière concomitante à l'échelle mondiale qui influent à la fois sur la santé humaine et sur les affections neurologiques, souvent du fait d'interactions. Par exemple, la transmission vectorielle de virus neurotropes, tels que le virus Zika, le virus de l'encéphalite japonaise et le virus du Nil occidental, dépend aussi bien du climat, des mouvements de la population, du déboisement, des modes d'utilisation des terres, des pertes de diversité biologique, de la topologie des surfaces d'eaux douces que de la densité des populations humaines.⁵

109. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Promouvoir les collaborations entre les ministères intéressés (environnement, santé, eau et assainissement), afin d'associer promotion de la santé du cerveau et prévention des troubles neurologiques à des stratégies axées sur la promotion de conditions de travail et environnementales et d'un mode de vie favorables à la santé, conformément aux orientations de l'OMS sur la prévention des maladies grâce à un environnement sain.⁴ En particulier :

- accélérer l'élimination des peintures au plomb au niveau mondial par des mesures réglementaires et juridiques ;
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes de promotion et de protection de la santé dans tous les secteurs pour limiter l'exposition aux pesticides et à d'autres substances chimiques prioritaires, comme le trichloréthylène, auxquels des effets neurotoxiques ont été associés ; et
- s'attaquer aux aspects sanitaires de l'exposition au mercure et aux composés du mercure grâce à la collaboration entre les autorités sanitaires, les autorités en matière d'environnement et d'autres intervenants.

b) En partenariat avec des organisations non gouvernementales, le secteur privé et d'autres parties prenantes intersectorielles, intégrer les déterminants environnementaux spécifiques à la santé du cerveau et aux troubles neurologiques dans des stratégies d'atténuation plus larges visant

¹ *Élimination des peintures au plomb à l'échelle mondiale : pourquoi et comment les pays devraient agir : note technique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.

² Sécurité chimique. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/health-topics/chemical-safety#tab=tab_1, consulté le 1^{er} décembre 2021).

³ Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol*. 2016;15(12):1257–1272. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30230-7 ; Ascherio A, Chen H, Weisskopf MG, O'Reilly E, McCullough ML, Calle EE, et al. Pesticide exposure and risk for Parkinson's disease. *Ann Neurol*. 2006;60(2):197–203. doi: 10.1002/ana.20904.

⁴ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

⁵ Changement climatique et santé. Principaux faits. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

à réduire l'impact des changements climatiques, notamment des interventions et des politiques qui favorisent l'accès à un air pur (air des habitations et air ambiant), telles que la réduction des combustibles fossiles et la promotion de l'utilisation de fourneaux plus propres, ainsi qu'à l'eau potable et aux services d'hygiène et d'assainissement.

110. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Aider les États Membres à évaluer et à mettre en œuvre des options fondées sur des données probantes qui soient adaptées à leurs besoins et à leurs capacités, afin d'évaluer l'impact des politiques publiques, de la production de données factuelles et des orientations relatives aux risques environnementaux comme la pollution atmosphérique, les métaux lourds, les pesticides et les solvants industriels, sur la santé du cerveau et la prévention des troubles neurologiques.

111. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Promouvoir, aux niveaux national, régional et international, les orientations de l'OMS sur la prévention des maladies grâce à un environnement sain et souligner l'incidence majeure des changements climatiques sur la santé du cerveau, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à ses objectifs de développement durable.

b) Collaborer avec les parties prenantes afin de soutenir l'élaboration de normes internationales pour les polluants environnementaux (par exemple émissions, fumée secondaire et niveaux de toxines environnementales) afin d'orienter la législation.

c) Soutenir la recherche pour comprendre la contribution des facteurs de risque environnementaux à la morbidité et à la mortalité des troubles neurologiques, en particulier dans les milieux faiblement dotés en ressources.

3.5 Promotion d'un développement optimal du cerveau chez les enfants et les adolescents

112. Les premiers stades de la vie, notamment le stade fœtal et la naissance, présentent une occasion particulièrement importante de promouvoir la santé du cerveau et de prévenir les troubles neurologiques qui peuvent avoir des conséquences à vie, le cerveau d'un enfant se développant et s'adaptant rapidement en réponse à l'environnement immédiat, à la nutrition et à la stimulation.

113. L'optimisation du développement cérébral durant les années d'apprentissage suppose de créer les conditions propices à des soins attentifs¹ et à un soutien à la famille et à l'éducation des enfants au moyen de politiques, de programmes et de services publics. Les communautés et les personnes chargées des soins sont alors en mesure de veiller à la bonne santé des enfants et à une nutrition adéquate tout en les protégeant des dangers.

114. Il a également été démontré que l'accès à l'enseignement formel et inclusif pour les enfants ayant un handicap améliore les résultats en matière de santé du cerveau. Tous les enfants et les adolescents doivent pouvoir vivre, étudier et créer des liens sociaux dans des environnements favorables, sains et sûrs, à l'abri de la stigmatisation, de la discrimination ou du harcèlement. L'exposition à des conditions difficiles en début de vie, telles que la maltraitance, le défaut de soins, l'expérience de la guerre ou des conflits, une nutrition maternelle inadaptée (par exemple une carence en acide folique ou en fer), la mauvaise santé d'un aidant, l'usage de substances psychoactives, les infections congénitales (par exemple le syndrome TORCH – toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus et herpès) ou les complications à la naissance, peut avoir des effets délétères sur le cerveau en développement et des conséquences à long terme sur la santé du cerveau.

¹ Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

115. Certains polluants présents dans l'environnement ont un effet connu sur le neurodéveloppement. C'est notamment le cas de la pollution atmosphérique, des métaux lourds présents dans le sol et l'eau, du plomb dans la peinture à usage domestique, du mercure dans les aliments d'origine marine, des expositions professionnelles et des pesticides.¹ Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la toxicité du plomb, une exposition, même à des niveaux faibles, pouvant entraîner une baisse de la faculté de concentration, des troubles du comportement et un moindre niveau d'instruction atteint.

116. L'activité physique peut être bénéfique pour la santé des enfants et adolescents atteints d'affections neurologiques. Il est donc recommandé de limiter les comportements sédentaires, tels que les divertissements sur écran (télévision et ordinateur) et les communications numériques, par exemple par téléphone mobile. De plus, une bonne hygiène du sommeil chez les enfants et les adolescents maximise les avantages pour la santé et le développement du cerveau.

117. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

a) Élaborer, financer et mettre en œuvre des stratégies pour promouvoir un bon développement du cerveau et prévenir les troubles neurologiques chez l'enfant et l'adolescent, en s'attachant particulièrement à l'intervention précoce et à la réadaptation.

b) Optimiser les soins de santé périnataux et infantiles, y compris le travail et l'accouchement sans risques pour prévenir les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques, les soins intensifs néonataux, le recours à des professionnels de l'accouchement, le contact peau à peau (méthode « mère kangourou »), l'allaitement maternel, les soins de santé mentale de la mère, une nutrition adéquate, la vaccination et les interventions relatives au développement de l'enfant pour la prestation de soins adaptés et l'apprentissage précoce conformément au Cadre de l'OMS pour des soins attentifs. Encourager et renforcer l'évaluation neurodéveloppementale chez les enfants et les adolescents afin de permettre un diagnostic et une intervention précoces.

c) En partenariat avec les autorités de réglementation nationales compétentes et les parties prenantes intéressées, élaborer, renforcer et suivre des politiques et des plans d'action nationaux sur l'allaitement, l'alimentation et la nutrition, conformément à la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, au plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et à l'ensemble des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.²

d) Accélérer la pleine mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire l'exposition fœtale, le tabagisme passif de l'enfant et le tabagisme chez l'adolescent.

e) Élaborer et mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des politiques et programmes nationaux intersectoriels et complets visant à réduire l'usage nocif de l'alcool pendant la grossesse, afin de prévenir les complications telles que les troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

f) Promouvoir l'accès des adolescents aux interventions recommandées dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, y compris dans les situations de crise humanitaire et les environnements fragiles. Soutenir les interventions visant à promouvoir la santé et le développement du cerveau des adolescents et mettre en place, selon qu'il conviendra, des

¹ Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán CF, Bos R, Neira MP. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

² *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

espaces accueillants pour les adolescents, afin d'apporter une première réponse aux besoins de protection, de bien-être psychosocial et d'éducation non formelle des adolescents.

g) Élaborer des politiques assorties de moyens suffisants pour proposer une éducation physique de meilleure qualité dans les établissements d'enseignement, notamment en offrant des occasions de pratiquer une activité physique avant, pendant et après la journée scolaire. Les parcs, zones arborées et espaces verts des centres urbains peuvent améliorer localement la qualité de l'air et offrir aux enfants un refuge adapté au jeu. Mettre en œuvre les lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité, notamment les recommandations sur le temps de loisirs devant un écran.

h) Renforcer les mécanismes de surveillance des indicateurs de base pour la santé et le développement du cerveau des enfants et des adolescents, notamment les facteurs de risque et de protection.

118. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Fournir un appui technique, des outils et des orientations aux États Membres et renforcer les capacités nationales pour promouvoir un développement optimal du cerveau chez l'enfant et l'adolescent moyennant :

- un plus grand pouvoir mobilisateur, au sein des ministères de la santé et d'autres secteurs, pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de stratégies nationales et/ou infranationales fondées sur des données factuelles et pour la planification intersectorielle des ressources connexes visant à optimiser le développement du cerveau chez l'enfant et l'adolescent ; et
- la compilation et le partage des connaissances et des meilleures pratiques relatives aux politiques existantes qui portent sur le développement au cours de la petite enfance et de l'adolescence, y compris des codes de pratique et des mécanismes permettant d'évaluer la protection des droits humains.

119. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et programmes en faveur des enfants et des adolescents qui visent à remédier à la maltraitance, au défaut de soins, à la nutrition inadéquate de la mère, aux problèmes de santé des aidants, à l'usage de substances psychoactives (telles que l'alcool et le tabac), aux infections congénitales, aux complications à la naissance et à la présence de polluants dans l'environnement, aux niveaux mondial, régional, national et/ou infranational.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : FAVORISER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION ET RENFORCER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

120. Des données issues d'une recherche de qualité doivent être générées pour étayer les politiques, la planification et l'élaboration de programmes axés sur les troubles neurologiques. Elles éclaireront sur les services de santé, les modèles de soins et les traitements efficaces, et favoriseront l'innovation et un accès équitable aux produits comme les technologies médicales utilisées pour la prévention des troubles neurologiques, la réduction des risques, le diagnostic précoce, le traitement, la guérison éventuelle et les soins.

121. La complexité de la recherche sur le cerveau et de la recherche en neurologie nécessite une meilleure coordination de l'environnement de recherche, supposant une participation multipartite, des

partenariats public-privé et l'allocation de ressources suffisantes. Dans ce contexte, il est essentiel de cultiver un environnement qui favorise les collaborations en matière de recherche, y compris le partage des données, afin de réduire les doubles emplois, de cerner les lacunes en matière de connaissances, d'accélérer l'innovation et de renforcer les capacités dans les milieux à faible revenu.

122. Il convient de donner la priorité à la recherche sur la mise en œuvre, notamment à l'évaluation des systèmes de santé, afin d'exploiter et d'étendre les stratégies de prévention et de traitement des troubles neurologiques. Une telle démarche facilitera le suivi des interventions et permettra la reproduction et l'adaptation des interventions qui donnent de bons résultats.

123. Une meilleure représentation des pays à revenu faible ou intermédiaire dans l'environnement de la recherche en neurosciences devrait également tenir compte des besoins nationaux et locaux afin que les stratégies de diagnostic et de prise en charge des troubles neurologiques soient adaptées au contexte.

124. Afin de mieux soutenir et guider la recherche-développement de solutions novatrices aux troubles neurologiques, les programmes de recherche doivent prévoir une participation véritable des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leur famille et de leurs aidants.

125. La planification efficace d'interventions ciblées et leur mise en place doivent s'appuyer sur des données solides, normalisées et facilement accessibles. Pourtant, les données sur les troubles neurologiques font fortement défaut, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans les pays à revenu élevé.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 4

Cible mondiale 4.1

D'ici à 2031, 80 % des pays collecteront régulièrement des données sur un ensemble d'indicateurs de base concernant les troubles neurologiques et en rendront compte tous les trois ans a minima, au travers de leurs systèmes nationaux de données et d'information sanitaires.

Cible mondiale 4.2

La production de la recherche mondiale sur les troubles neurologiques sera doublée d'ici à 2031.

4.1 Investissement dans la recherche

126. Pour réduire l'incidence des troubles neurologiques et améliorer la vie des personnes qui en sont atteintes, des investissements soutenus dans la recherche biomédicale, clinique et translationnelle et dans la recherche sur la mise en œuvre sont essentiels afin d'orienter les mesures de prévention, le diagnostic, le traitement et les soins, et de créer des possibilités de guérir davantage de troubles neurologiques.

127. Toutes les activités de recherche et d'innovation liées aux troubles neurologiques doivent être fondées sur l'équité, la diversité et l'inclusion, avec une plus large participation des personnes atteintes de troubles neurologiques.

128. Les investissements dans la recherche neurologique devraient s'accompagner d'une collaboration accrue entre les États Membres et les parties concernées, et tendre particulièrement au renforcement de la coopération mondiale et régionale. La mise en avant d'un programme de recherche mondial en neurologie augmentera la probabilité de faire des progrès réels dans la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins pour les personnes atteintes de troubles neurologiques, tout en réduisant les doubles emplois et la redondance des axes de recherche et des coûts.

129. Afin de stimuler la recherche-développement en neurologie, il faut une action concertée visant à créer des infrastructures de recherche, renforcer les ressources humaines en recherche-développement

et intensifier la collaboration entre la communauté des chercheurs, les professionnels de la santé, les personnes atteintes de troubles neurologiques et le secteur privé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

130. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Accroître les investissements dans la recherche et améliorer la gouvernance de cette activité en tant qu'élément constitutif de l'action nationale visant à réduire le fardeau des troubles neurologiques. Faciliter la mise au point de nouveaux produits de diagnostic, traitements, technologies et innovations pour les personnes atteintes de troubles neurologiques ou à risque. Ces innovations recouvrent notamment l'utilisation des mégadonnées, l'intelligence artificielle, les produits de diagnostic, la médecine de précision, les outils de suivi et d'évaluation des maladies, les technologies d'assistance, les produits pharmaceutiques et les nouveaux modèles de soins.
- b) Soutenir la collaboration nationale, régionale et internationale en matière de recherche sur les troubles neurologiques afin de produire de nouvelles connaissances sur la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de ces troubles, et traduire en actions les données existantes dans ce domaine médical. Encourager le partage des données de recherche et le libre accès à ces informations.
- c) Renforcer les connaissances et les capacités des décideurs sur le besoin d'innovation dans le domaine de la santé du cerveau et souligner l'importance de financer en priorité la recherche sur les troubles neurologiques dans les instituts nationaux de recherche.
- d) Renforcer les capacités institutionnelles nationales en matière de recherche et d'innovation, par exemple pour la mise au point de nouveaux médicaments pour le traitement des troubles neurologiques, notamment pour les enfants, en améliorant les infrastructures, les équipements et les fournitures de recherche.
- e) Impliquer et soutenir les personnes atteintes de troubles neurologiques, leurs aidants et les organisations qui les représentent afin qu'ils participent activement au processus de recherche, de la planification à la mise en œuvre.

131. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Soutenir les appels à une augmentation des investissements dans la recherche sur les troubles neurologiques, en établissant les priorités en matière de recherche et en définissant les thèmes à traiter dans les domaines de la recherche biomédicale, clinique et translationnelle et de la recherche sur la mise en œuvre aux niveaux mondial, régional et national.
- b) Mobiliser les centres collaborateurs de l'OMS, les établissements universitaires, les organisations et les alliances qui s'intéressent à la recherche, en vue de renforcer les moyens de recherche sur les troubles neurologiques.
- c) Soutenir les mécanismes de coordination internationale pour faciliter l'harmonisation des efforts de recherche mondiaux en neurologie et favoriser une communication et un échange d'information réguliers entre les intervenants afin de bâtir une communauté de chercheurs connectée à l'échelle mondiale.
- d) Offrir des conseils et un appui technique aux États Membres pour la mise au point de nouveaux produits de diagnostic et traitements et de technologies innovantes en lien avec les troubles neurologiques, et de mécanismes visant à en garantir un accès et une distribution équitables, en particulier dans les milieux faiblement dotés en ressources.

132. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Promouvoir la recherche sur les troubles neurologiques et obtenir le soutien financier nécessaire, participer à des activités de définition des priorités et contribuer à la diffusion des résultats des travaux de recherche dans une langue simple auprès des décideurs, du public et des personnes atteintes de troubles neurologiques ainsi que de leur famille et de leurs aidants.
- b) Inviter la communauté de la recherche, les professionnels de la santé, les décideurs et le secteur privé à promouvoir l'innovation et le développement de nouveaux outils et traitements pour les troubles neurologiques, tout en garantissant un accès équitable et abordable à ces produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- c) Soutenir l'action menée au niveau national pour renforcer les capacités en matière de recherche-développement, d'innovation et de partage des connaissances, notamment par le renforcement des capacités institutionnelles, les collaborations entre chercheurs et la création de bourses de recherche et d'études sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des troubles neurologiques.
- d) Soutenir la recherche sur la mise en œuvre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de générer des connaissances sur les obstacles à l'intégration du traitement des troubles neurologiques dans les soins cliniques généralisés et sur les stratégies efficaces pour surmonter ces obstacles.

4.2 Systèmes de données et d'information

133. La disponibilité des données sur les soins de santé et la protection sociale relatives aux troubles neurologiques peut aider à cerner les lacunes en matière de prestation de services, améliorer l'accessibilité et la coordination des soins pour les personnes atteintes de troubles neurologiques et promouvoir une meilleure compréhension et une meilleure détection des changements et des tendances à l'échelle de la population.

134. Les systèmes d'information sur les troubles neurologiques sont souvent rudimentaires ou absents, en particulier dans les pays à faible revenu, ce qui rend difficile l'acquisition de données sur la disponibilité et l'utilisation des services neurologiques et sur les besoins des personnes atteintes de troubles neurologiques et de leurs aidants.

135. L'intégration systématique de données de routine, en population, dans les systèmes d'information sanitaire, et le suivi régulier des troubles neurologiques au regard d'un ensemble d'indicateurs de base sont deux préalables essentiels à la définition de mesures fondées sur des éléments scientifiques pour améliorer les services et mesurer les progrès de l'application des programmes nationaux se rapportant aux troubles neurologiques et à la santé du cerveau.

136. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Intégrer le suivi des troubles neurologiques dans les systèmes d'information sanitaire courants et à tous les niveaux de soins, afin de recueillir, compiler et communiquer systématiquement des données de base ventilées par sexe, par âge et selon d'autres indicateurs d'équité pour améliorer la prestation des services neurologiques et les stratégies de promotion et de prévention, et pour mieux connaître les déterminants sociaux des troubles neurologiques.

b) Encourager l'utilisation de registres de patients, les programmes de surveillance, l'analyse et la publication de données sur la disponibilité, l'évaluation de l'utilisation et la couverture des services et des traitements efficaces relatifs aux troubles neurologiques.

c) Appuyer la collecte de données et les renvois à d'autres mécanismes de suivi et de justification de l'action menée afin d'éviter les doubles emplois au niveau des pays.

137. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Apporter un appui technique aux États Membres afin qu'ils :
- élaborent des systèmes nationaux de collecte des données ou les améliorent, dans le but de renforcer la collecte de données sur les troubles neurologiques ;
 - renforcent les capacités et les ressources nationales pour la collecte et l'analyse systématiques des données relatives aux troubles neurologiques, et pour une exploitation facilitée de ces informations ;
 - élaborent un ensemble d'indicateurs de base et de cibles conformes au présent plan d'action, à d'autres plans d'action mondiaux et aux cadres de suivi de l'OMS pour suivre les résultats dans le domaine des troubles neurologiques.

138. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Aider les États Membres à mettre en place des systèmes de surveillance et d'information et des registres dans lesquels sont consignés les indicateurs de base et l'évaluation des résultats des traitements des troubles neurologiques pour les patients.

b) Encourager et faciliter la participation des personnes atteintes de troubles neurologiques, de leur famille et leurs aidants à la collecte, à l'analyse et à l'exploitation des données sur les troubles neurologiques.

c) Soutenir la création d'espaces d'échange et de dialogue entre les pays sur les meilleures pratiques en matière de collecte, de gestion et d'utilisation des données.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : RENFORCER L'APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉGARD DE L'ÉPILEPSIE

139. L'épilepsie touche des personnes de tous âges, indépendamment de leur sexe, race et niveau de revenu. Les populations pauvres et celles qui vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire supportent une charge de morbidité plus importante, ce qui constitue une menace pour la santé publique et le développement économique et social.

140. Dans de nombreuses régions du monde, les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille souffrent de stigmatisation et de discrimination en raison de l'ignorance, des idées fausses et des attitudes négatives entourant la maladie. L'éducation, l'emploi, le mariage et la procréation sont autant de domaines souvent sources de multiples difficultés pour elles.

141. Le risque de décès prématuré chez ces personnes est trois fois supérieur à celui observé dans la population générale. Parmi les causes les plus importantes, citons la mort subite inattendue en épilepsie, l'état de mal épileptique, les brûlures, la noyade et le suicide. La surmortalité est plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et est associée à un manque d'accès aux établissements de santé, à d'importantes lacunes en matière de traitement et à l'incapacité d'agir sur les causes potentiellement évitables de l'épilepsie.

142. L'épilepsie coexiste souvent avec d'autres problèmes de santé qui peuvent l'aggraver, y compris d'autres troubles neurologiques, ce qui nécessite une approche synergique pour traiter les affections concomitantes.

Cibles mondiales pour l'objectif stratégique 5

Cible mondiale 5.1

D'ici à 2031, les pays auront augmenté la couverture des services liés à l'épilepsie de 50 % par rapport à la couverture en 2021.

Cible mondiale 5.2

D'ici à 2031, 80 % des pays auront élaboré ou mis à jour leur législation en vue de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes atteintes d'épilepsie.

5.1 Accès aux services de prise en charge de l'épilepsie

143. L'épilepsie se traite très bien et plus de 70 % des personnes qui en sont atteintes pourraient vivre sans convulsions si elles avaient accès à un traitement antiépileptique adapté, notamment à ceux qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité et qui figurent dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels. Malgré cela, les lacunes de la couverture thérapeutique sont estimées à 75 % dans les pays à revenu faible et sont nettement plus élevées dans les zones rurales que dans les zones urbaines.¹

144. Les importantes lacunes de la couverture thérapeutique peuvent être dues à la fois à une capacité amoindrie des systèmes de santé, à une répartition inéquitable des ressources et au faible niveau de priorité accordé aux soins antiépileptiques. Parmi les facteurs qui aggravent ces lacunes, citons le manque de personnel, l'accès limité aux médicaments antiépileptiques, le manque de connaissances et de confiance en soi des personnels en soins de santé primaires en matière de prise en charge des cas d'épilepsie, les perceptions erronées et la stigmatisation.

145. Par leur approche centrée sur la personne, les soins de santé primaires permettent de répondre aux besoins de santé des personnes atteintes d'épilepsie. S'il existe une volonté politique et en combinant différentes stratégies innovantes, la prévention, le diagnostic et le traitement de l'épilepsie peuvent être intégrés dans les services de santé primaires à moindre coût, même dans les milieux à faibles ressources.

146. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Élaborer des modèles de soins pour l'épilepsie qui font la promotion de soins primaires de haute qualité centrés sur la personne en tant que pierre angulaire des services de santé intégrés tout au long de la vie, et renforcer dans ce sens ceux qui existent. Des systèmes d'orientation solides et fonctionnels avec des services spécialisés ainsi que des soins pour l'épilepsie rebelle devraient être mis à disposition. Les spécialistes soutiennent l'intégration des services antiépileptiques dans les

¹ *Epilepsy: a public health imperative*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

soins de santé primaires, par exemple la confirmation du diagnostic de l'épilepsie, la prise en charge de l'épilepsie rebelle et l'évaluation du recours justifié à une chirurgie résectrice.

b) Améliorer la formation et le soutien en matière de diagnostic de l'épilepsie et de gestion des personnels de soins de santé primaires, notamment des agents de santé en établissement, de proximité et communautaires, du personnel scolaire et des soignants des services d'urgence, ainsi que la formation spécialisée aux niveaux secondaire et tertiaire.

c) Élaborer des stratégies de mobilisation significative des communautés afin d'augmenter la demande de services en lien avec l'épilepsie.

d) Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la disponibilité des médicaments antiépileptiques et leur accessibilité, notamment financière, en tenant compte également des besoins spécifiques des enfants, des adolescents et des femmes en âge de procréer.

Les options stratégiques ci-après peuvent être envisagées :

- inclure les médicaments antiépileptiques essentiels dans les listes et formulaires nationaux de médicaments essentiels ;
 - renforcer les chaînes d'approvisionnement et les systèmes de sélection ;
 - accroître l'approvisionnement et la distribution ; et
 - améliorer l'accès aux médicaments soumis à un contrôle, comme le phénobarbital.
- e) Améliorer les soins afin de prévenir les causes courantes de l'épilepsie telles que les lésions périnatales, notamment les lésions cérébrales hypoxo-ischémiques, les infections du système nerveux central, les accidents vasculaires cérébraux et les traumatismes cérébraux en favorisant des grossesses et des naissances sans risque, en prévenant les traumatismes crâniens et en maîtrisant les maladies neuroinfectieuses telles que la neurocysticercose, la méningite, l'encéphalite et le paludisme, conformément à d'autres initiatives mondiales.
- f) Fournir aux personnes atteintes d'épilepsie des informations sur leur trouble pour les aider à comprendre l'importance et les avantages de l'observance du traitement et les sensibiliser aux déclencheurs de crises, à la surveillance et aux stratégies fondamentales d'autogestion et d'autoprise en charge (par exemple par un sommeil adéquat et des repas réguliers).
- g) Renforcer le suivi et l'évaluation des services antiépileptiques au moyen de systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien, génèrent des données fiables et aident les acteurs locaux, nationaux et mondiaux à exploiter les informations ainsi fournies pour prendre de meilleures décisions et enrichir leurs connaissances. Les données devraient être recueillies auprès de sources multiples, dont les registres et les systèmes de déclaration de maladies, les enquêtes et les ensembles de données administratives et cliniques.

147. Mesures à prendre par le Secrétariat

a) Élaborer et diffuser des orientations techniques pour combler les principales lacunes et renforcer les mesures prises face à l'épilepsie aux niveaux mondial et national en tenant compte des principales considérations en matière de politiques, de mise en œuvre et de recherche.

- b) Donner des orientations sur le renforcement de la mise en œuvre du volet « épilepsie » du Programme d'action de l'OMS Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), y compris des recommandations actualisées, afin que des soins de qualité soient dispensés et des interventions fondées sur des données probantes soient appliquées dans le cadre des soins de santé primaires et en faisant appel aux technologies numériques.
- c) Offrir un soutien aux États Membres pour la collecte et le partage des meilleures pratiques en matière de prestation de services fondés sur des données probantes et de coordination des soins dans la prise en charge de l'épilepsie.

148. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Mettre en place des équipes communautaires pour soutenir les personnes atteintes d'épilepsie, leur famille et leurs aidants au sein de la communauté et renforcer les mécanismes de dialogue avec les praticiens de médecine complémentaire et alternative tels que les guérisseurs.
- b) Plaider en faveur de la disponibilité de médicaments antiépileptiques à des prix abordables à tous les niveaux du système de soins de santé, en particulier dans les centres de soins primaires.
- c) Aider les personnes atteintes d'épilepsie, leur famille et leurs aidants à accéder aux services, par exemple en mettant en place des outils d'information et de formation faciles à utiliser et fondés sur des données factuelles concernant l'épilepsie et les services antiépileptiques, et/ou en créant des sites Web présentant des informations et des conseils au niveau local.
- d) Mener des travaux de recherche sur la mise en œuvre, notamment la diffusion des enseignements à retenir, afin d'accélérer l'application à plus grande échelle des stratégies efficaces pour renforcer les services antiépileptiques.

5.2 Mobilisation et soutien des personnes atteintes d'épilepsie

149. Les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille, quel que soit le niveau de ressources du milieu dans lequel elles vivent, sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination en raison des conceptions erronées et des attitudes négatives qui entourent la maladie, y compris les croyances selon lesquelles une personne atteinte serait possédée par de mauvais esprits ou la maladie serait contagieuse.

150. La stigmatisation se traduit par des violations des droits humains et l'exclusion sociale. Dans certains endroits, il peut être interdit aux enfants atteints d'épilepsie d'aller à l'école, et pour les adultes atteints, il peut être difficile de trouver un emploi adapté ou de se marier.

151. Il faut des stratégies novatrices pour renforcer les efforts internationaux et la prise d'initiatives au niveau national visant à appuyer les politiques et les lois en faveur des personnes atteintes d'épilepsie, améliorer les attitudes du public et réduire la stigmatisation dont ces personnes font l'objet tout en respectant pleinement leurs droits humains.

152. Les personnes atteintes d'épilepsie, leurs aidants et les organisations qui les représentent doivent disposer des moyens d'agir et être associés au plaidoyer, aux politiques, à la planification, à la législation, à la prestation de services, au suivi et à la recherche en rapport avec l'épilepsie.

153. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Encourager l'inclusion des points de vue et des besoins des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille dans les politiques de santé pertinentes et dans tous les aspects de la mise en place et du renforcement des services qui contribuent à leur autonomie. Une grande attention doit être accordée à l'égalité des sexes, à la diversité et à l'équité pour renforcer les moyens d'action des plus vulnérables.
- b) Mettre au point une législation qui mette en avant et protège les droits des personnes atteintes d'épilepsie et interdise toute discrimination à leur égard dans des domaines tels que l'éducation, l'emploi, le mariage et la planification familiale, l'obtention d'un permis de conduire et les loisirs, ou renforcer dans ce sens les textes de loi existants. Mieux responsabiliser en mettant en place des mécanismes faisant appel aux organismes indépendants existants, dans la mesure du possible, pour suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et de la législation relatives à l'épilepsie afin de veiller au respect de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
- c) Faciliter les initiatives communautaires conjointes dans lesquelles les prestataires communautaires jouent un rôle moteur et auxquelles la société civile participe activement, dans le cadre de l'application à plus grande échelle des initiatives maîtrisées par la communauté concernant l'épilepsie.
- d) Améliorer l'accès à toute une gamme de services centrés sur la personne, adaptés aux spécificités culturelles et réactifs, notamment en œuvrant en lien avec des organisations non gouvernementales locales et d'autres parties prenantes pour fournir aux personnes atteintes d'épilepsie les informations leur permettant de faire des choix avisés et de prendre des décisions éclairées concernant leur prise en charge.

154. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Soutenir la participation active des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille à l'élaboration de produits techniques, normes et standards qui les concernent.
- b) Aider les États Membres à développer les capacités de base pour entreprendre des processus participatifs associant les personnes atteintes d'épilepsie et leur famille et utiliser les résultats ainsi obtenus pour prendre des décisions.

155. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

- a) Veiller à ce que les personnes atteintes d'épilepsie prennent pleinement part aux activités de la communauté et accroître leur autonomie afin de favoriser leur participation à la vie culturelle, sociale et civique.
- b) Soutenir les activités de plaidoyer et d'éducation du public portant sur l'épilepsie à l'intention des agents de santé communautaires, des responsables locaux, des personnes atteintes d'épilepsie et de leur famille afin de corriger les idées fausses, de contrer les attitudes négatives envers les personnes atteintes d'épilepsie et d'informer sur les gestes à accomplir pour aider une personne prise d'une crise convulsive.

5.3 L'épilepsie comme point d'entrée pour d'autres troubles neurologiques

156. L'épilepsie peut résulter de causes génétiques ou d'autres causes souvent inconnues, mais peut également être une conséquence d'autres affections neurologiques. Par exemple, l'épilepsie peut être

consécutives à un AVC, à une infection, à une tumeur cérébrale ou à un traumatisme cérébral. L'épilepsie peut également coexister avec d'autres affections neurologiques. Par exemple, la migraine survient chez environ 19 % des personnes atteintes d'épilepsie et une déficience intellectuelle touche environ 26 % des adultes et entre 30 et 40 % des enfants atteints d'épilepsie.¹

157. Une crise convulsive peut également être le symptôme d'autres affections telles qu'une infection, un déséquilibre métabolique, une tumeur cérébrale ou une maladie neurodégénérative. Elle peut également signaler une détérioration ou une évolution d'une affection neurologique sous-jacente.

158. Pour de nombreux troubles neurologiques, dont l'épilepsie, les technologies de diagnostic et de traitement sont similaires, de même que les approches en matière de recherche, de pharmacologie et d'aide psychosociale.

159. Un service de prise en charge de l'épilepsie efficace peut représenter une bonne occasion de renforcer la prise en charge d'autres troubles neurologiques. Ainsi, l'épilepsie peut servir de point d'entrée pour accélérer le renforcement des services et du soutien en lien avec l'ensemble de ces types d'affection. D'autres troubles neurologiques, déterminés au regard des priorités nationales, devraient être considérés parallèlement au traitement et à la prise en charge de l'épilepsie afin d'obtenir les meilleurs résultats pour tous. Cette approche peut être applicable dans certaines parties du monde, tandis que dans d'autres cas, les accidents vasculaires cérébraux, la démence et les troubles neurodégénératifs, ou encore les maux de tête (migraine, etc.) peuvent servir de point d'entrée.

160. Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- a) Orienter les systèmes de santé afin d'étendre la prévention de l'épilepsie, le diagnostic, le traitement et les soins antiépileptiques à la prise en charge des comorbidités en tant qu'élément essentiel à tous les niveaux de soins. Par exemple, des soins antiépileptiques de qualité dispensés par des équipes interdisciplinaires peuvent être appliqués à d'autres troubles neurologiques.
- b) Renforcer la capacité des agents de soins de santé primaires à développer des compétences qui vont au-delà des soins antiépileptiques pour couvrir d'autres troubles neurologiques, y compris le traitement des comorbidités, en s'appuyant sur le programme d'action de l'OMS Comblant les lacunes en santé mentale.²
- c) Tirer parti des produits de diagnostic de l'épilepsie tels que l'électroencéphalogramme (EEG), les technologies de neuro-imagerie (y compris la tomographie par ordinateur et l'IRM) et les services d'aiguillage spécialisés (dont la chirurgie) pour inclure des installations de diagnostic et de prise en charge d'autres troubles neurologiques.
- d) Élargir les systèmes d'approvisionnement développés pour les médicaments antiépileptiques afin d'améliorer l'accès à des médicaments efficaces et de qualité pour d'autres troubles neurologiques.

161. Mesures à prendre par le Secrétariat

- a) Aider les États Membres à intégrer les soins contre d'autres affections neurologiques dans les services dispensés d'ordinaire pour l'épilepsie au niveau des soins primaires en leur fournissant des stratégies, des processus et des outils à appliquer pour renforcer les capacités des personnels de santé.

¹ *Epilepsy: a public health imperative*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

² Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Genève, Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

b) Promouvoir et faciliter l'échange de meilleures pratiques aux échelons international, régional et national pour guider la mise en œuvre de modèles de soins intégrés pour l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques.

162. Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux et nationaux de prendre

a) Activer les réseaux nationaux et faire pression sur les administrateurs, les responsables de l'élaboration des politiques et d'autres intervenants pour qu'ils intègrent la prise en charge des comorbidités (c'est-à-dire les problèmes de santé physique et mentale) dans les services de traitement et de prise en charge de l'épilepsie.

ANNEXE 13

PLAN D'ACTION (2022-2030) POUR METTRE EN ŒUVRE DE MANIÈRE EFFICACE LA STRATÉGIE MONDIALE VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL EN TANT QUE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE^{1,2}

[EB150/7, Add.1 – 11 janvier 2022]

INTRODUCTION

Présentation du contexte

1. La consommation d'alcool est profondément ancrée dans le paysage social de nombreuses sociétés. Plusieurs facteurs majeurs influent sur les niveaux et les habitudes de consommation d'alcool dans les populations, notamment les tendances historiques de la consommation d'alcool, la disponibilité de l'alcool, la culture, le statut économique et les tendances relatives au marketing³ des boissons alcoolisées, ainsi que les mesures de lutte antialcoolique mises en œuvre. Au niveau individuel, les habitudes et les niveaux de consommation d'alcool sont déterminés par de nombreux facteurs, notamment le sexe, l'âge, la vulnérabilité biologique et socioéconomique, ou encore l'environnement politique. Les normes sociales dominantes qui cautionnent la consommation d'alcool, ainsi que l'ambivalence des messages sur ses effets néfastes ou bénéfiques sont de nature à l'encourager, à retarder les comportements appropriés en matière de demande de soins et à affaiblir l'intervention communautaire.

2. L'alcool est une substance psychoactive aux propriétés enivrantes et dépendogènes. Or un faisceau d'éléments factuels montre que l'alcool présente des risques intrinsèques pour la santé, même si l'ampleur et la nature des conséquences varient beaucoup d'un consommateur à l'autre. À l'échelle des populations, tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à des préjudices nets évitables, imputables à de multiples affections comme les traumatismes, les troubles liés à la consommation d'alcool, les maladies du foie, les cancers et les maladies cardiovasculaires, ainsi que des préjudices pour l'entourage des buveurs. Plusieurs aspects de la consommation d'alcool influent sur les conséquences pour la santé : le volume d'alcool consommé dans le temps ; les habitudes de consommation, en particulier la consommation d'alcool jusqu'à l'enivrement ; le contexte de consommation ; et la qualité de la boisson alcoolisée ou sa contamination par des substances toxiques comme le méthanol. La consommation répétée de boissons alcoolisées peut entraîner le développement de troubles liés à la consommation d'alcool, notamment une dépendance à l'alcool qui se caractérise par une altération de la régulation de la consommation d'alcool et se manifeste par une altération du contrôle sur la consommation d'alcool, la primauté de la consommation d'alcool sur d'autres aspects de la vie et des caractéristiques physiologiques spécifiques.⁴

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Publié séparément sous le titre *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030*.

³ Aux fins du présent document, le terme « marketing » désigne toute forme de communication ou de message commercial ayant vocation à accroître la reconnaissance, l'attrait et/ou la consommation de produits ou de services particuliers, ou ayant pour effet de les accroître. Il englobe tout ce qui contribue à faire la publicité d'un produit ou d'un service, ou à les promouvoir.

⁴ Classification internationale des maladies, 11^e révision (CIM-11). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

3. Dans le présent plan d'action, la notion d'« usage nocif de l'alcool » renvoie à la définition qui en est donnée dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, c'est-à-dire une « consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, ainsi que des modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables ».¹ Son concept est beaucoup plus large que le concept clinique de la catégorie diagnostique « mode de consommation nocif », qui représente une partie du spectre des « troubles liés à la consommation d'alcool » dans la Classification internationale des maladies.

4. Les incidences de l'usage nocif de l'alcool sur la santé et le bien-être ne se limitent pas aux conséquences sur la santé. D'un point de vue social et économique, elles entraînent d'importantes pertes dues au coût des procédures juridiques, aux coûts liés à la perte de productivité de la main-d'œuvre et au chômage, ainsi qu'à la douleur et à la souffrance. L'usage nocif de l'alcool peut également nuire à autrui (membres de la famille, amis, collègues, personnes étrangères, etc.). Parmi les manifestations les plus dramatiques des préjudices pour l'entourage des buveurs figurent les traumatismes dus aux accidents de la circulation et les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool, qui peuvent entraîner le développement de troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Il n'existe aucune limite sûre établie en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse, quel qu'en soit le stade. Les préjudices pour autrui peuvent être très concrets, spécifiques et ponctuels (blessures, dommages, etc.) ou l'être moins et résulter de souffrances, d'une mauvaise santé et d'un mal-être, ainsi que des conséquences sociales de la consommation d'alcool (par exemple être harcelé ou insulté, ou se sentir menacé).

5. La sensibilisation des décideurs politiques et du grand public à l'impact globalement négatif de la consommation d'alcool sur la santé et la sécurité de la population, et la reconnaissance du problème, restent insuffisantes. De plus, les messages commerciaux et le marketing mal réglementé des boissons alcoolisées contribuent au faible degré de priorité accordé aux interventions contre l'usage nocif de l'alcool comparativement à d'autres questions de santé publique. La pandémie de COVID-19 a souligné l'importance de mesures et de ripostes appropriées du système de santé pour réduire l'usage nocif de l'alcool pendant les urgences sanitaires.

6. Le fardeau sanitaire, économique et social attribuable à la consommation d'alcool est largement évitable. Compte tenu des propriétés enivrantes, toxiques et dépendogènes de l'alcool, des tentatives de réglementation de la production, de la distribution et de la consommation de boissons alcoolisées ont de tout temps été entreprises. La protection de la santé des populations par la prévention et la réduction de l'usage nocif de l'alcool est une priorité de santé publique et devrait être au cœur des politiques relatives à l'alcool et des mesures de lutte contre l'alcool mises en œuvre à différents niveaux.

Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et mise en œuvre des mesures

La Stratégie mondiale et son mandat

7. La Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, qui a été approuvée par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 (résolution WHA63.13), reste la seule politique-cadre mondiale pour la réduction des décès et des handicaps dus à la consommation d'alcool dans leur globalité, couvrant tout à la fois les maladies mentales, les maladies non transmissibles (MNT), les traumatismes et les maladies infectieuses attribuables à l'alcool. La Stratégie mondiale s'appuie sur plusieurs initiatives stratégiques mondiales et régionales de l'OMS et reflète l'engagement des États Membres de l'OMS à prendre des mesures continues à tous les niveaux. À la suite de l'approbation de la Stratégie mondiale, des plans d'action régionaux alignés sur celle-ci ont été élaborés ou révisés et adoptés dans les Régions OMS des Amériques (2011) et de l'Europe (2012), et une stratégie régionale de réduction de l'usage nocif de l'alcool a été élaborée et adoptée dans la Région africaine de l'OMS (2013).

¹ Document WHA63/2010/REC/1, annexe 3.

8. La Stratégie mondiale a été élaborée afin de promouvoir et soutenir les actions menées aux niveaux local, régional et mondial pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool. Elle présente les principaux éléments de l'action mondiale et recommande un portefeuille d'options stratégiques et de mesures dont l'application pourrait être envisagée, après une adaptation au contexte national. Ces options tiennent compte des circonstances nationales telles que les contextes religieux et culturels ; les priorités nationales de santé publique ; et les ressources et les capacités. La Stratégie mondiale définit également un ensemble de principes ayant vocation à orienter l'élaboration et la mise en œuvre des politiques à tous les niveaux.

9. Depuis l'adoption de la Stratégie mondiale en 2010, l'engagement des États Membres en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool a été renforcé par l'adoption des déclarations politiques issues des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en particulier celle de 2011, et par l'adoption et la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. En 2019, la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a prolongé (dans sa résolution WHA72.11) le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT jusqu'en 2030, en veillant à l'harmoniser avec le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ce Plan désigne l'usage nocif de l'alcool comme l'un des quatre facteurs de risque clés des principales MNT. Il permet aux États Membres et aux autres parties prenantes de déterminer et d'utiliser les synergies possibles afin d'agir sur plusieurs facteurs de risque simultanément ; de renforcer la coordination et la cohérence entre les mesures de réduction de l'usage nocif de l'alcool et les activités de lutte contre les MNT ; et d'établir des cibles volontaires pour réduire l'usage nocif de l'alcool et d'autres facteurs de risque des MNT. En mai 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Cadre global mondial de suivi des maladies non transmissibles, établissant une cible volontaire mondiale de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool de 10 % au moins à l'horizon 2025, selon qu'il convient dans le contexte national, et mesurée par des indicateurs dans trois domaines, notamment la consommation totale d'alcool par habitant au cours d'une année civile en litres d'alcool pur, la prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool, et la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.¹

10. Le mandat international consistant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été encore renforcé par l'adoption du Programme 2030 et de ses objectifs de développement durable (ODD). La réduction de l'usage nocif de l'alcool contribuera aux progrès sur la voie des multiples ODD et des cibles connexes dans le cadre du Programme 2030, notamment de l'ODD 1 relatif à l'élimination de la pauvreté ; de l'ODD 4, consistant à garantir une éducation de qualité ; de l'ODD 5, relatif à l'égalité entre les sexes ; de l'ODD 8, consistant à promouvoir un travail décent et la croissance économique ; de l'ODD 10, relatif à la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre ; et de l'ODD 16, consistant à promouvoir la paix, à assurer l'accès à la justice et à mettre en place des institutions solides. Compte tenu des conséquences négatives de l'usage nocif de l'alcool sur l'évolution et l'issue de nombreuses maladies et affections, notamment les principales maladies non transmissibles et les traumatismes, une réduction effective de l'usage nocif de l'alcool contribuera fortement à la réalisation de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), en particulier de la cible 3.5 (Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool). Cela reflète les répercussions plus larges de l'usage nocif de l'alcool sur la santé dans des domaines autres que les maladies non transmissibles et la santé mentale (cible 3.4 des ODD), notamment les accidents de la route (cible 3.6 des ODD), la santé reproductive (cible 3.7 des ODD), la couverture sanitaire universelle (cible 3.8 des ODD) et les maladies transmissibles (cible 3.3 des ODD).

11. Selon l'un des principes directeurs de la Stratégie mondiale, les politiques et les interventions appliquées dans le secteur public pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool doivent être motivées par des préoccupations de santé publique, viser des objectifs de santé publique clairement définis et

¹ Document WHA66/2013/REC/1, annexe 4, appendice 2.

reposer sur les données les plus fiables dont on dispose. Les preuves du rapport coût/efficacité des options et des interventions relatives à l'alcool ont été actualisées dans une révision de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA70.11. Cette nouvelle version a permis de définir un nouvel ensemble de mesures d'appui recommandées pour réduire l'usage nocif de l'alcool. L'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées fait partie des actions présentant le meilleur rapport coût/efficacité ou des « meilleurs choix », de même que la promulgation et l'application d'interdictions ou de restrictions globales de la publicité en faveur de l'alcool dans plusieurs types de médias, et la promulgation et l'application de restrictions à la disponibilité physique de l'alcool au détail. En donnant la priorité aux mesures stratégiques présentant le meilleur rapport coût/efficacité, le Secrétariat de l'OMS a lancé, avec différents partenaires, l'initiative SAFER, dont l'objectif premier est d'aider les États Membres à réduire l'usage nocif de l'alcool en améliorant la mise en œuvre actuelle de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et d'autres stratégies de l'OMS et des Nations Unies. L'initiative SAFER, placée sous les auspices de l'OMS, a principalement vocation à soutenir la mise en œuvre d'options et d'interventions permettant une utilisation optimale des ressources. Cette initiative vise également à protéger l'élaboration de politiques axées sur la santé publique de l'ingérence des intérêts commerciaux, et à mettre en place des systèmes de suivi robustes garantissant la responsabilisation de tous les acteurs et le suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre des options et des interventions relevant de l'initiative SAFER.

Mise en œuvre de la Stratégie mondiale depuis son adoption¹

12. Depuis qu'elle a été approuvée, la Stratégie mondiale a été mise en œuvre de façon inégale entre les différentes Régions de l'OMS, ainsi qu'au sein des Régions et des pays. Le nombre de pays dotés d'une politique nationale officielle relative à l'usage de l'alcool a augmenté régulièrement et de nombreux pays ont révisé leur politique dans ce domaine. Cependant, les politiques nationales officielles relatives à l'alcool continuent d'être l'apanage des pays à revenu élevé et à être moins fréquentes dans les pays à revenu faible, voire inexistantes dans la plupart des pays de la Région africaine et de la Région des Amériques. La prédominance disproportionnée de mesures efficaces de lutte contre l'alcool dans les pays à revenu élevé soulève des questions quant à l'équité en matière de santé à l'échelle mondiale et indique qu'il convient d'affecter davantage de ressources et d'accorder une plus grande priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures efficaces dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Enjeux liés à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale

13. Des difficultés considérables restent à surmonter dans l'élaboration et l'application de politiques efficaces relatives à l'alcool. Ces difficultés sont liées à la complexité du problème ; à la multiplicité des normes et des contextes culturels ; à la nature intersectorielle des solutions présentant un bon rapport coût/efficacité, notamment des stratégies de tarification, et au manque de volonté politique et de leadership qui y sont associés aux plus hauts niveaux des gouvernements ; ainsi qu'à l'influence de puissants intérêts commerciaux sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Or, ces difficultés s'inscrivent dans un contexte d'engagements économiques internationaux antagoniques. Dans de nombreux pays, la disponibilité limitée de données complètes et fiables générées au niveau national sur la consommation d'alcool et les préjudices qu'elle engendre présente des difficultés supplémentaires pour l'évaluation de l'impact des politiques nationales. La responsabilité des mesures de lutte contre l'usage nocif de l'alcool est répartie entre différentes entités, notamment des services gouvernementaux et différents domaines techniques et professionnels, ce qui complique encore la coordination et la coopération à tous les niveaux des efforts visant à surmonter ces difficultés.

¹ Voir le document EB146/7 Add.1.

14. On a pu constater une concentration et une mondialisation croissantes de la production de boissons alcoolisées au cours des dernières décennies, en particulier dans les secteurs de la bière et des spiritueux. Une part importante des boissons alcoolisées est consommée lors d'événements impliquant une forte consommation d'alcool, ce qui entraîne des risques importants pour la santé. De plus, l'alcoolisation excessive s'accompagne souvent de troubles liés à la consommation d'alcool, ce qui témoigne de l'antagonisme fondamental entre les intérêts des producteurs d'alcool et la santé publique. Dans le même temps, un nombre croissant de données indique qu'à tous les niveaux, la consommation d'alcool présente des risques pour la santé. Certains pays éprouvent des difficultés importantes à protéger l'élaboration de politiques relatives à l'alcool contre les intérêts commerciaux, et la question de la protection de l'élaboration de ces politiques à tous les niveaux contre l'ingérence de l'industrie de l'alcool est régulièrement présentée comme un défi majeur dans les dialogues de politique internationale. Pour faire obstacle à l'ingérence des intérêts commerciaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques relatives à l'alcool, il faut, à l'échelle internationale, une forte implication des dirigeants, qui doivent accorder la priorité aux programmes de santé publique concernant l'alcool face à la puissance des intérêts commerciaux associés à la production et au commerce de boissons alcoolisées. Les intérêts antagoniques au sein même des autorités nationales, notamment ceux liés à la production et au commerce de l'alcool, ainsi qu'aux recettes publiques tirées des taxes et de la vente d'alcool, donnent souvent lieu à des politiques contradictoires et à un ralentissement des efforts de lutte contre l'alcool. La situation, qui varie aux niveaux national et infranational, est fortement influencée par les intérêts commerciaux des producteurs et des distributeurs d'alcool, les croyances religieuses et les normes spirituelles et culturelles. Cependant, la tendance générale à la déréglementation constatée ces dernières décennies a souvent conduit à un affaiblissement des contrôles concernant l'alcool, les intérêts économiques l'emportant sur les préoccupations relatives à la santé publique et au bien-être des populations.

15. L'alcool reste la seule substance psychoactive et dépendogène ayant des conséquences significatives sur la santé de la population mondiale qui n'est pas régie au niveau international par des instruments réglementaires juridiquement contraignants. Ce défaut de règles limite la capacité des instances gouvernementales nationales et infranationales à réglementer la distribution, la vente et le marketing de l'alcool dans le cadre de négociations commerciales internationales, régionales et bilatérales ; ainsi qu'à protéger l'élaboration de politiques sur l'alcool contre l'ingérence des entreprises transnationales et des intérêts commerciaux. Face à cette situation, des voix se sont élevées pour réclamer un texte de loi normatif relatif à l'alcool au niveau intergouvernemental, conçu sur le modèle de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.¹ Les discussions sur la faisabilité et la nécessité d'un tel instrument international juridiquement contraignant ont révélé une absence de consensus entre les États Membres sur cette question.

16. L'alcool produit par le secteur informel ou illégalement représente, selon les estimations, jusqu'à 25 % de la quantité totale d'alcool consommée par habitant au niveau mondial, et plus de la moitié de l'alcool consommé dans certains pays. La production et le commerce informels et illégaux étant de nature différente, ils nécessitent la mise en place de politiques et de programmes différents. La production et la distribution d'alcool par le secteur informel sont souvent ancrées dans les traditions culturelles et socioéconomiques des communautés. La production illicite d'alcool est associée à d'importants risques pour la santé et représente, pour les gouvernements, un défi en matière de réglementation et d'application de la loi. La capacité de faire face à la production, à la distribution et à la consommation illicites ou informelles d'alcool, notamment s'agissant des questions de sécurité sanitaire, est limitée ou inadéquate, en particulier dans les pays où une grande partie de l'alcool consommé provient du secteur informel.

¹ Au Yeung SL, Lam TH. Unite for a Framework Convention for Alcohol Control. *Lancet*. 2019;393(10183):1778-1779. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32214-1.

17. Le marketing numérique ou par satellite est un obstacle qui amoindrit de plus en plus l'efficacité des contrôles ciblant le marketing et la publicité en faveur de l'alcool. Un nombre croissant de producteurs et de distributeurs ont investi dans le marketing numérique et utilisent les plateformes des médias sociaux, entreprises à but lucratif dotées d'une infrastructure conçue pour permettre une « publicité caméléon » participative, reposant sur l'exploitation de données. Plus encore que la télévision par satellite, le marketing en ligne ignore les frontières et peut difficilement être régi au niveau national. Outre les nouveaux débouchés créés par le marketing et la vente d'alcool sur les plateformes en ligne, les systèmes de livraison évoluent vite, rendant plus difficile encore la tâche des gouvernements qui cherchent à contrôler la vente d'alcool. Du point de vue de la santé publique, les récentes évolutions des activités de marketing, de publicité et de promotion liées aux boissons alcoolisées sont très préoccupantes, notamment celles qui font appel au marketing transfrontalier et celles qui ciblent ou touchent les enfants, les adolescents et les jeunes.

18. L'insuffisance des capacités techniques, des ressources humaines et des financements entrave les efforts visant à élaborer, à mettre en œuvre, à appliquer et à suivre des interventions efficaces de lutte antialcoolique à tous les niveaux. Les compétences techniques en matière de mesures de lutte contre l'alcool font souvent défaut aux niveaux national et infranational, et les ressources humaines et financières nécessaires pour fournir une assistance technique essentielle et compiler et diffuser des connaissances techniques et les appliquer d'un point de vue pratique sont nettement insuffisantes à tous les niveaux de l'OMS. Rares sont les organisations de la société civile qui accordent la priorité à la lutte contre l'alcool en tant que risque pour la santé ou qui incitent les gouvernements à intervenir, comparées aux organisations qui soutiennent la lutte antitabac. Faute d'un financement d'origine philanthropique et étant donné les ressources limitées dont disposent l'OMS et d'autres organisations intergouvernementales, les investissements axés sur le renforcement des capacités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire restent modestes.

19. En l'absence de systèmes nationaux suffisamment développés pour le suivi de la consommation d'alcool et de ses effets sur la santé, il est difficile de défendre des politiques efficaces de lutte contre l'alcool et de suivre leur mise en œuvre et leur impact.

Possibilités de réduire l'usage nocif de l'alcool

20. Ces dernières années, la consommation d'alcool chez les jeunes a baissé dans de nombreux pays européens et dans d'autres sociétés à revenu élevé, à l'exception de certains groupes défavorisés. Cette baisse semble se maintenir dans la tranche d'âge suivante à mesure que la cohorte vieillit. Les politiques et programmes de santé publique ont tout à gagner à miser sur cette tendance. On observe également une tendance à l'augmentation de la proportion des personnes qui ont cessé de boire chez les 15 ans et plus. Un des facteurs responsables de cette hausse est la meilleure sensibilisation aux conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage nocif de l'alcool, au lien de causalité, non seulement avec les troubles mentaux, la violence interpersonnelle et les suicides, mais également avec certains types de cancer, d'affections hépatiques ou de maladies cardiovasculaires, et les liens établis avec un risque accru de maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH/sida. De meilleures connaissances en matière de santé et une meilleure prise de conscience au sein de la population permettent de renforcer les activités de prévention. Des liens et des intégrations peuvent notamment s'opérer entre les politiques et les plans d'action relatifs à l'alcool et ceux liés aux principales maladies non transmissibles et transmissibles, notamment les plans nationaux de lutte contre le cancer, ainsi que ceux liés aux drogues psychoactives et aux addictions. Enfin, le dépistage et les interventions brèves dans les services de santé peuvent être intensifiés.

21. Même si leurs influences et conséquences négatives sont avérées, les médias sociaux offrent également de nouvelles pistes pour changer le rapport des individus à l'alcool en sensibilisant davantage aux conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la santé, ainsi que de nouvelles perspectives en matière de communication et de promotion des activités de loisir en tant que solutions de substitution à la consommation d'alcool et à l'intoxication alcoolique. Cela étant, les médias sociaux peuvent être de puissants outils de communication marketing et de promotion des marques de boissons alcoolisées.

22. Il est de plus en plus admis que la consommation d'alcool et ses conséquences sur la santé sont des facteurs d'inégalité en matière de santé. Au sein d'une même société, un niveau et des habitudes de consommation donnés entraînent plus d'effets néfastes sur la santé et de préjudices sociaux pour les personnes et les sociétés les plus pauvres. Une consommation accrue d'alcool peut creuser les inégalités sanitaires et sociales, entre les sexes, entre les classes sociales et entre les communautés. Les politiques et les programmes visant à réduire les inégalités en santé et à promouvoir le développement durable doivent englober des politiques et des programmes relatifs à l'alcool.

23. Le corpus de données montrant l'efficacité et le bon rapport coût/efficacité des mesures de lutte contre l'alcool s'est considérablement étoffé ces dernières années. La dernière analyse économique entreprise sous les auspices de l'OMS fait état de retours sur investissement élevés lorsque les mesures de lutte contre l'alcool correspondent aux meilleurs choix. Chaque dollar des États-Unis (USD) supplémentaire investi dans les interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité par personne et par an rapportera 9,13 USD d'ici à 2030, soit un rendement supérieur à un investissement similaire dans la lutte antitabac (7,43 USD) ou dans la prévention de l'inactivité physique (2,80 USD). Cette idée que les économies globales sont supérieures aux coûts de mise en œuvre de politiques efficaces de lutte contre l'alcool est étayée par des estimations récentes de l'OCDE, montrant que chaque dollar des États-Unis investi dans un ensemble complet de politiques rapporte jusqu'à 16 USD en avantages économiques.¹

24. La pandémie de COVID-19 et les mesures visant à freiner la transmission du virus (les confinements, les consignes appelant à rester chez soi) ont eu d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être des populations, ainsi que sur les habitudes de consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et la mise en œuvre des politiques et des programmes existants. La flambée de COVID-19 a montré à quel point il était important, d'une part, de mettre en place des mesures politiques appropriées en matière d'alcool, des activités axées sur la lutte contre l'alcool et des interventions en cas d'urgence de santé publique, et, d'autre part, d'inclure les mesures de lutte contre l'alcool comme élément clé de la préparation aux urgences sanitaires. Cette prise de conscience aura d'importantes répercussions sur la réduction non seulement de l'usage nocif de l'alcool aux niveaux national, régional et mondial, mais aussi du fardeau sanitaire lié à l'alcool et de la demande de services de santé pendant les pandémies et autres urgences sanitaires.

Portée du plan d'action

25. Dans sa décision EB146(14) (2020), le Conseil exécutif a constaté que la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool restait pertinente et a prié le Directeur général de la réexaminer et de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent soixante-sixième session en 2030 en vue de mesures supplémentaires. Il a également prié le Directeur général d'élaborer un plan d'action pour la période 2022-2030 afin de mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique, en consultation avec les États Membres et les parties intéressées, qui serait soumis à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé pour examen, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquantième session en 2022.

26. Le plan d'action s'appuie sur les orientations fournies par la Stratégie mondiale en matière d'action à l'échelle internationale, son rôle et ses éléments clés, ainsi que sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et des stratégies et plans d'action régionaux en matière de lutte antialcoolique au cours des 10 dernières années. Le plan d'action vise à renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale par une accélération des actions à tous les niveaux, un soutien et un complément aux mesures nationales prises face aux problèmes de santé publique induits par l'usage nocif de l'alcool dans les 10 domaines où la Stratégie mondiale recommande de mener une action nationale (voir le paragraphe 34 ci-après) en fonction du contexte du pays.

¹ OCDE (2021), Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, (<https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, consulté le 9 décembre 2021).

27. Le plan d'action propose des actions et des mesures spécifiques à mettre en œuvre au niveau mondial, conformément aux rôles et aux éléments clés de l'action mondiale, tels qu'ils sont formulés dans la Stratégie mondiale, et aux dernières données disponibles attestant l'efficacité et le bon rapport coût/efficacité des options visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Les actions et mesures proposées sont présentées dans six domaines d'action correspondant aux quatre éléments clés de l'action mondiale inclus dans la Stratégie mondiale : plaidoyer et partenariat pour la santé publique ; appui technique et renforcement des capacités ; acquisition et diffusion du savoir ; et mobilisation des ressources.¹ Un autre domaine d'action, la mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact, a également été inclus dans le plan d'action, à la lumière des données attestant l'efficacité et le bon rapport coût/efficacité des différentes options et des enseignements tirés de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Les actions et mesures proposées dans le domaine d'action 1 (Mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact), lorsqu'elles sont mises en œuvre et appliquées, présentent le plus fort potentiel de réduction de l'usage nocif de l'alcool. Ces mesures sont prioritaires dans le projet de plan d'action, compte tenu de leur rapport coût/efficacité avéré et des progrès insuffisants réalisés à l'échelle mondiale jusqu'à présent en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool. L'importance qui leur est donnée et leur mise en œuvre aux niveaux national et infranational, ainsi que la priorité accordée aux autres options et interventions publiques recommandées par la Stratégie mondiale, relèvent du choix de chaque État Membre, selon les besoins et l'état de mise en œuvre de ces mesures à l'échelle nationale. À l'échelle nationale et infranationale, ces choix dépendront également des contextes sociaux, économiques et culturels, des priorités de santé publique, des politiques du système de santé et des ressources disponibles. Les besoins et contextes nationaux peuvent exiger, à la discrétion d'un État Membre, la mise en œuvre de mesures plus strictes que celles proposées dans le plan d'action.

28. Les actions et mesures proposées dans le plan d'action sont envisagées en soutien et en complément des mesures et des interventions mises en œuvre au niveau national dans les 10 domaines suivants recommandés au paragraphe 16 de la Stratégie mondiale : 1) leadership, sensibilisation et engagement ; 2) action des services de santé ; 3) action communautaire ; 4) politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ; 5) offre d'alcool ; 6) marketing des boissons alcoolisées ; 7) politiques de prix ; 8) réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ; 9) réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; et 10) suivi et surveillance.

29. Comme indiqué dans la Stratégie mondiale, sa bonne mise en œuvre nécessitera une action concertée des États Membres, une gouvernance mondiale efficace et l'engagement de toutes les parties prenantes. Le plan d'action comprend des mesures proposées aux partenaires internationaux et aux acteurs non étatiques tels que les organisations de la société civile, les associations professionnelles, le milieu universitaire et les établissements de recherche. Le plan d'action présente également les mesures proposées pour les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool,² conformément aux prescriptions du paragraphe 45.d) de la Stratégie mondiale et d'autres directives et politiques pertinentes, notamment le Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

30. Le plan d'action est lié à d'autres plans d'action et engagements internationaux pertinents avec lesquels il est harmonisé, notamment le Programme 2030 ; la Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019 ; le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 ; le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; 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 Plan mondial d'action de santé publique contre la démence ; et le Plan d'action mondial pour lutter contre la violence interpersonnelle.

¹ Document WHA63/2010/REC/1, paragraphes 43 à 58.

² Dans ce document, le terme « acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool » désigne les fabricants de boissons alcoolisées, les grossistes, les grands détaillants et les importateurs qui traitent uniquement et exclusivement des boissons alcoolisées ou dont le revenu principal provient du commerce de boissons alcoolisées, ainsi que les associations commerciales ou autres acteurs non étatiques représentant l'une des entités susmentionnées.

31. Le plan d'action a vocation à renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale à tous les niveaux, étant entendu que l'application du plan au niveau national et la hiérarchisation des actions et mesures proposées dépendent des contextes nationaux.

BUT DU PLAN D'ACTION

32. Le plan d'action a pour but de renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en tant que priorité de santé publique et de réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues à la consommation d'alcool – au-delà des tendances générales en matière de morbidité et de mortalité – ainsi que les conséquences sociales qui y sont associées. Le plan d'action vise également à améliorer la santé et le bien-être des populations dans le monde.

33. Aux fins d'une mise en œuvre efficace du plan d'action à l'échelle régionale, des plans spécifiques à chaque Région devront être élaborés et adaptés, en coordination avec le Secrétariat de l'OMS, afin de progresser de manière plus efficace et plus cohérente.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DU PLAN D'ACTION

34. Les objectifs opérationnels envisagés pour le plan d'action 2022-2030 et les domaines d'action proposés s'inscrivent dans la lignée des objectifs de la Stratégie mondiale¹ et des quatre éléments clés de l'action mondiale visant à réduire efficacement l'usage nocif de l'alcool.² Toutefois, ces six objectifs opérationnels ne sont pas identiques à ceux définis dans la Stratégie mondiale. Cette différence est due à la nature pragmatique du plan d'action, aux buts et objectifs définis plus récemment dans le cadre d'autres stratégies et plans d'action mondiaux pertinents, ainsi qu'aux enseignements tirés de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale depuis son approbation :

1. Accroître la couverture démographique, la mise en œuvre et l'application d'options et d'interventions à fort impact visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans le monde entier pour une meilleure santé et un plus grand bien-être, en tenant compte des questions de genre et du parcours de vie tout entier.
2. Renforcer l'action multisectorielle par une gouvernance efficace, un engagement politique, un leadership, un dialogue et une coordination accrues de l'action multisectorielle.
3. Améliorer la capacité des systèmes de santé et de protection sociale en matière de prévention et de traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et des affections qui en découlent, en tant que partie intégrante de la couverture sanitaire universelle et conformément au Programme 2030 et à ses objectifs de santé.
4. Sensibiliser le public aux risques liés à la consommation d'alcool, à ses méfaits et à ses répercussions sur la santé et le bien-être des individus, des familles, des communautés et des nations, ainsi qu'à l'efficacité des différentes options visant à réduire la consommation d'alcool et ses méfaits.
5. Renforcer les systèmes d'information et la recherche contribuant au suivi de la consommation d'alcool, des méfaits de l'alcool, de leurs déterminants et des facteurs susceptibles de les modifier, ainsi que des politiques mises en œuvre à tous les niveaux, en diffusant et en

¹ Document WHA63/2010/REC/1, annexe 3, paragraphes 7 à 11.

² Document WHA63/2010/REC/1, annexe 3, paragraphes 43 à 58.

utilisant les informations à des fins de sensibilisation, pour éclairer l'élaboration et l'évaluation des politiques et des interventions.

6. Augmenter de manière significative les efforts de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de mesures appropriées et continues visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à tous les niveaux.

PRINCIPES OPÉRATIONNELS

35. La Stratégie mondiale définit des principes directeurs pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool à tous les niveaux¹ et, dans le plan d'action, les principes directeurs énumérés dans la Stratégie mondiale sont complétés par les **principes directeurs opérationnels axés sur l'action** présentés ci-après :

Action multisectorielle. L'élaboration, la mise en œuvre et l'application de politiques de lutte contre l'alcool à tous les niveaux requièrent une action multisectorielle concertée, entre le secteur de la santé et d'autres secteurs intéressés, tels que la protection sociale et l'emploi, les douanes, l'agriculture, l'éducation, les transports, le sport, la culture, les finances et l'application de la loi, selon le cas, pour lutter contre l'usage nocif de l'alcool dans leurs activités.

Couverture sanitaire universelle. Tous les individus et toutes les communautés, notamment en milieu rural, bénéficient des services de santé dont ils ont besoin, sans être confrontés à des difficultés financières, afin de réduire le fardeau sanitaire lié à l'usage nocif de l'alcool, y compris la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, englobant la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs tout au long du parcours de vie.

Approche prenant en compte toutes les étapes de la vie. Reconnaître l'importance des mesures de lutte contre l'alcool et des stratégies et interventions de prévention et de traitement, et les interactions entre elles, pour prévenir et réduire les préjudices liés à l'alcool à tous les stades du parcours de vie d'un individu et pour toutes les générations. Cela englobe l'élimination du marketing, de la publicité et de la vente de produits alcoolisés aux mineurs, la protection de l'enfant à naître contre l'exposition prénatale à l'alcool, et la prévention et la prise en charge des méfaits dus à la consommation d'alcool chez les personnes âgées.

Protection contre les intérêts commerciaux. L'élaboration de politiques publiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool devrait être protégée, conformément aux lois nationales, contre les intérêts particuliers, notamment commerciaux, qui peuvent interférer avec les objectifs de santé publique et les compromettre.

Approche reposant sur l'équité. Les politiques de santé publique et les interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool devraient chercher à réduire les inégalités en matière de santé et à protéger les personnes de différents groupes (au-delà des divisions sociales, biologiques, économiques, démographiques ou géographiques) contre les méfaits de l'alcool.

Approche fondée sur les droits humains. La protection contre les méfaits de l'alcool et l'accès à la prévention et au traitement des troubles liés à la consommation d'alcool dans les systèmes de santé contribuent au respect du droit au meilleur état de santé possible. Dans le cadre des stratégies et des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, les mesures préventives et les services

¹ *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010, page 9 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930_fre.pdf, consulté le 5 juin 2021).

sanitaires et sociaux en faveur des personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool devraient cibler et éliminer les pratiques discriminatoires (réelles et perçues) et la stigmatisation.

Autonomisation des personnes et des communautés. L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et d'interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et à protéger les personnes et les communautés des méfaits de l'alcool devraient offrir des possibilités de participation active et d'autonomisation des individus et des communautés, notamment des personnes ayant fait l'expérience des méfaits de l'alcool ou des troubles liés à la consommation d'alcool.

DOMAINES CLÉS D'ACTION MONDIALE

36. Pour atteindre le but et les objectifs énoncés précédemment, les principaux domaines d'action suivants sont proposés aux États Membres, au Secrétariat de l'OMS, aux partenaires internationaux et nationaux et, le cas échéant, à d'autres parties prenantes :

Domaine d'action 1. Mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact

Domaine d'action 2. Plaidoyer, sensibilisation et engagement

Domaine d'action 3. Partenariat, dialogue et coordination

Domaine d'action 4. Appui technique et renforcement des capacités

Domaine d'action 5. Acquisition de connaissances et systèmes d'information

Domaine d'action 6. Mobilisation de ressources

37. Au niveau national, les États Membres sont les premiers responsables de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques publiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool au regard de leurs besoins et contextes nationaux. Les rôles des autres parties prenantes peuvent varier selon les États Membres.

DOMAINE D'ACTION 1. MISE EN ŒUVRE DE STRATÉGIES ET D'INTERVENTIONS À FORT IMPACT

38. Le peu de progrès à l'échelle mondiale, voire leur absence totale dans certaines parties du monde, faits à ce jour en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool peut s'expliquer par le fait que les politiques et interventions de lutte antialcoolique présentant une efficacité et un rapport coût/efficacité optimaux n'ont pas été assez largement adoptées et mises en œuvre. Afin d'atteindre l'objectif consistant à réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues à la consommation d'alcool au-delà des tendances générales de morbidité et de mortalité et des conséquences sociales qui en découlent, on peut agir sur les déterminants qui influent sur l'acceptabilité de la consommation d'alcool, la disponibilité et l'accessibilité financière de l'alcool, tout en renforçant la couverture et la mise en œuvre d'options et de mesures complètes et intégrées dont l'efficacité est avérée.

39. Les options et les interventions les plus efficaces offrant un rapport coût/efficacité optimal sont résumées dans l'actualisation de l'annexe 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, approuvée par la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.¹ Ces options

¹ Document WHA70/2017/REC/1, annexe 3.

et interventions constituent des éléments centraux de l'initiative SAFER et du module technique SAFER. Le rapport coût/efficacité d'autres options et interventions sera analysé à mesure que des données probantes sur leur efficacité seront disponibles.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 1

Cible mondiale 1.1. D'ici à 2030, une baisse relative d'au moins 20 % (par rapport à 2010) de l'usage nocif de l'alcool sera observée.¹

Cible mondiale 1.2. D'ici à 2030, 70 % des pays auront proposé des options et des interventions à fort impact, les auront adoptées ou en auront pérennisé la mise en œuvre.²

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Au regard des besoins et des contextes nationaux et sur la base des données attestant l'efficacité et le bon rapport coût/efficacité des mesures, accorder la priorité à la mise en œuvre durable et à l'application, au suivi et à l'évaluation continus des options à fort impact et présentant un bon rapport coût/efficacité incluses dans le module technique de l'initiative SAFER dirigée par l'OMS,³ ainsi qu'à d'autres interventions dont le bon rapport coût/efficacité est déjà avéré ou sera confirmé ultérieurement à la lumière de données factuelles à venir, notamment la garantie d'un accès universel à des traitements et à des soins abordables pour les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool au sein des systèmes de santé nationaux.
- Mesure 2. Envisager, selon le contexte national, l'élaboration de plans d'action, de feuilles de route ou de cadres d'action nationaux pour accélérer la mise en œuvre des engagements mondiaux et régionaux.
- Mesure 3. Mettre en œuvre, selon le contexte national, des stratégies et des interventions efficaces et à fort impact, appuyées par des mesures législatives, portant sur : a) l'accessibilité financière des boissons alcoolisées au moyen de politiques fiscales et tarifaires appropriées ; b) la publicité et le marketing de boissons alcoolisées, au moyen de restrictions ou d'interdictions rigoureuses et exhaustives sur plusieurs types de médias, notamment numériques ; c) la disponibilité de l'alcool, en adoptant et en appliquant des restrictions à la disponibilité géographique et horaire des boissons alcoolisées ; d) la conduite sous l'emprise de l'alcool, par l'adoption et l'application de lois et règlements sur la conduite en état d'ivresse ; et e) les modes dangereux de consommation d'alcool et les troubles liés à la consommation d'alcool, au moyen d'interventions psychosociales, de traitements et de soins de courte durée dans les services de santé et les services sociaux.
- Mesure 4. Veiller à ce que l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures relatives à l'alcool soient fondées sur les objectifs de santé publique et sur les données factuelles les plus fiables dont on dispose, et à ce qu'elles soient protégées contre toute ingérence d'intérêts commerciaux.

¹ La cible d'une « baisse relative d'au moins 20 % » est basée sur les données et tendances les plus récentes enregistrées par l'OMS depuis 2010 et se veut plus ambitieuse que la cible volontaire fixée dans le Cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles une baisse relative d'au moins 10 % à l'horizon 2025) afin de refléter les objectifs du plan d'action tel qu'il est prescrit par la décision EB146(14) (2020) (« [...] mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale [...] en tant que priorité de santé publique [...] ») et son objectif de réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues à la consommation d'alcool – au-delà des tendances générales de morbidité et de mortalité.

² Figure dans le module technique de l'initiative SAFER et sera adapté au vu des prochaines mises à jour.

³ *The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-safer-technical-package>).

- Mesure 5. Établir ou renforcer et soutenir des partenariats de grande ampleur et des mécanismes intragouvernementaux et intergouvernementaux à différents niveaux afin d'assurer une collaboration entre les différents secteurs pour la mise en œuvre des options prioritaires.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Fournir des orientations stratégiques et techniques, sensibiliser et, au besoin, apporter une assistance technique pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'options efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité.
- Mesure 2. Examiner périodiquement les données attestant l'efficacité et le bon rapport coût/efficacité des options et des interventions relatives à l'alcool, et formuler et diffuser des recommandations visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.
- Mesure 3. Établir un portefeuille d'orientations politiques pour l'implantation des points de vente au détail, leur densité et les jours et heures d'ouverture ; pour la mise en œuvre de politiques de tarification et de fiscalité minimales ; pour la réglementation du marketing, du parrainage, de la promotion et de la publicité en faveur de l'alcool, notamment via les médias sociaux ; pour la gestion de l'alcool non déclaré ; pour la gestion des conflits d'intérêts dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des politiques ; et pour l'élaboration et l'opposition d'étiquettes de mise en garde.
- Mesure 4. Élaborer un module technique complet visant à faciliter l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des options et des interventions à fort impact recommandées.
- Mesure 5. Promouvoir et soutenir la collaboration internationale en matière de gestion de la publicité, de la promotion et du marketing transfrontaliers en matière d'alcool, avec un ciblage sur les risques pour la santé publique associés aux nouvelles pratiques de marketing transfrontalier.
- Mesure 6. Promouvoir une approche globale en matière d'action sur les déterminants qui influent sur l'acceptabilité de la consommation d'alcool, la disponibilité et l'accessibilité financière de l'alcool, garantissant ainsi un portefeuille complet d'interventions à l'échelle des populations, allant de la promotion de la santé et de la prévention aux interventions de dépistage et de traitement.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires du système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à renforcer la collaboration et la coopération avec l'OMS dans les domaines de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de mesures à fort impact, et à se joindre à l'initiative SAFER dirigée par l'OMS.
- Mesure 2. Les organisations de la société civile et le milieu universitaire sont invités à renforcer la sensibilisation et le soutien à la mise en œuvre d'options à fort impact, à travers la mise en place d'environnements favorables ; la promotion de l'initiative SAFER ; le renforcement des réseaux et groupes d'action mondiaux et régionaux, avec une participation appropriée des dirigeants communautaires et culturels ; l'élaboration et le renforcement de cadres de responsabilisation ; et le suivi des activités et des engagements des acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool sont appelés à se concentrer sur la mise en œuvre de mesures pouvant contribuer à la réduction de l'usage nocif de l'alcool, qui relèvent rigoureusement de leurs rôles fondamentaux de producteurs, distributeurs, spécialistes du marketing et vendeurs de boissons alcoolisées, à s'abstenir de toute ingérence dans l'élaboration des politiques relatives à l'alcool et à éviter les activités qui pourraient empêcher, retarder ou arrêter l'élaboration, la promulgation, la mise en œuvre et l'application de stratégies et d'interventions à fort impact visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

DOMAINE D'ACTION 2. PLAIDOYER, SENSIBILISATION ET ENGAGEMENT

40. Il convient de mettre en œuvre des activités internationales de communication et de plaidoyer stratégiques et bien conçues pour sensibiliser les décideurs et le grand public aux méfaits de l'alcool et à l'efficacité des mesures, afin qu'ils soutiennent de manière dynamique une mise en œuvre plus rapide de la Stratégie mondiale. Des activités et des efforts spéciaux s'imposent si l'on veut que les différentes parties prenantes soient mobilisées et prennent part à des actions concertées visant à protéger la santé publique et à promouvoir un important engagement politique pour lutter contre l'usage nocif de l'alcool.

41. Il faut sensibiliser les décideurs et le grand public aux risques liés à la consommation d'alcool et aux méfaits associés. Une attention appropriée devrait être accordée aux mesures visant à empêcher les enfants et les adolescents de commencer à boire ; à prévenir la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ; et à protéger les personnes contre les pressions les incitant à boire, en particulier dans les sociétés où la consommation d'alcool est élevée et où les gros buveurs sont encouragés à boire encore plus. Les circonstances particulières des populations autochtones exigent des efforts culturellement appropriés pour agir sur les niveaux et les habitudes de consommation d'alcool, et lutter contre les méfaits de l'alcool et les facteurs sociaux et économiques qui conditionnent les répercussions de la consommation d'alcool sur leur santé et leur bien-être. Une journée ou une semaine internationale de sensibilisation aux méfaits de l'alcool ou une « Journée ou Semaine mondiale sans alcool » pourrait contribuer à focaliser ou à renforcer l'attention du public sur le problème. Le plaidoyer pour la santé publique a plus de chances de porter ses fruits s'il se fonde sur des données factuelles et sur les nouveaux débouchés, et si les arguments utilisés sont dépourvus de toute connotation moralisatrice. Le débat international sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool devrait aborder les inégalités de santé associées à l'usage nocif de l'alcool et ses profondes répercussions socioéconomiques, notamment l'entrave à la réalisation des cibles du Programme 2030 dans plusieurs domaines, dont la santé. La sensibilisation aux répercussions de la consommation d'alcool sur la santé et le bien-être ne doit pas se limiter aux seules maladies non transmissibles, notamment les problèmes liés aux interactions entre l'alcool et les médicaments utilisés dans la prise en charge des MNT et en santé mentale. Elle doit englober d'autres domaines de la santé et du développement, tels que les traumatismes, la violence, les maladies infectieuses, la productivité sur le lieu de travail, la dynamique familiale et le risque de « préjudices causés à autrui », notamment les répercussions sur la sécurité financière et psychologique. Pour que les activités de plaidoyer et les campagnes visant à modifier les comportements soient couronnées de succès, il faut pouvoir s'appuyer sur des technologies de communication et des supports multimédias modernes, notamment sur une utilisation des médias sociaux. Cette prise de conscience, ainsi que l'élaboration et l'application de politiques relatives à l'alcool, doivent être protégées contre l'ingérence des intérêts commerciaux. Des mécanismes appropriés faisant intervenir les milieux universitaires et la société civile doivent être mis en place pour surveiller, prévenir et contrer systématiquement ces ingérences.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 2

Cible mondiale 2.1. D'ici à 2030, 75 % des pays auront élaboré et adopté une politique nationale officielle relative à l'alcool.

Cible mondiale 2.2. D'ici à 2030, 50 % des pays élaboreront régulièrement des rapports nationaux sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Élaborer et adopter, selon que de besoin, des politiques nationales officielles relatives à l'alcool ou poursuivre la mise en œuvre efficace et les mises à jour, le cas échéant, des politiques déjà établies dans ce domaine.
- Mesure 2. Sur la base des données attestant la nature et l'ampleur des problèmes de santé publique attribuables à l'alcool, préconiser l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, d'interventions et d'autres mesures à fort impact visant à prévenir et à réduire les méfaits de l'alcool. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur la protection des populations à risque et des personnes victimes de la consommation nocive d'autrui ; sur les mesures visant à empêcher les enfants et les adolescents de commencer à boire ; sur les mesures visant à éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse ; et sur la prévention des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, notamment en fournissant aux femmes des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse ou l'allaitement au moment où elles planifient une grossesse.
- Mesure 3. Sensibiliser aux risques et préjudices pour la santé associés aux différents niveaux et modes de consommation d'alcool dans le but de réduire les niveaux d'alcoolisation chez les buveurs.
- Mesure 4. Plaider pour qu'une attention appropriée, adaptée à l'ampleur des problèmes de santé publique qu'il cause, soit portée à la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans les politiques et les cadres multisectoriels, ainsi que dans les politiques et les plans d'action nationaux portant notamment, mais pas uniquement, sur les secteurs économique, environnemental et agricole.
- Mesure 5. Inclure un engagement à réduire l'usage nocif de l'alcool et ses conséquences sur la santé et le bien-être dans les stratégies, programmes et plans d'action nationaux de haut niveau relatifs au développement et à la santé publique, et soutenir la création et le développement de coalitions axées sur la sensibilisation.
- Mesure 6. Publier régulièrement (tous les deux à trois ans dans la plupart des pays) des rapports nationaux préparés par les autorités de santé publique sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool, à l'intention des décideurs et du grand public, et dans lesquels figurent des informations sur la contribution de l'alcool à des problèmes sanitaires et sociaux spécifiques, et diffuser l'information au moyen des technologies de communication modernes disponibles.
- Mesure 7. Mieux sensibiliser aux risques pour la santé liés à la consommation d'alcool et à ses répercussions globales sur la santé et le bien-être, au moyen d'activités de communication stratégiques à long terme dûment conçues, ciblant la population générale et plus particulièrement les jeunes. Les agences et les organisations de santé

publique pourront notamment instaurer une journée, une semaine ou un mois national de sensibilisation aux méfaits de l'alcool, impliquant des activités de lutte contre les fausses informations et l'utilisation de canaux de communication ciblés comme les plateformes de médias sociaux.

- Mesure 8. Veiller à la mise en œuvre de mesures appropriées de protection des consommateurs, en élaborant et en appliquant des exigences en matière d'étiquetage des boissons alcoolisées, sur lesquelles doivent figurer des renseignements essentiels sur la teneur en alcool qui soient compréhensibles pour les consommateurs et également des informations sur d'autres ingrédients pouvant avoir un impact sur la santé des consommateurs, la valeur calorique et les mises en garde sanitaires.
- Mesure 9. Veiller à la mise en place de mesures de protection des consommateurs moyennant l'établissement et l'application de mesures de contrôle de la qualité des boissons alcoolisées.
- Mesure 10. Soutenir les activités d'éducation, de formation et de réseautage visant à réduire l'usage nocif de l'alcool destinées aux représentants des autorités à différents niveaux, aux professionnels de la santé et de l'éducation, aux organisations de la société civile, aux organisations de jeunes, aux dirigeants communautaires et culturels, aux journalistes et aux représentants des médias de masse, en tenant compte de l'inefficacité et des risques des campagnes actuelles invitant à une « consommation responsable » conçues comme des campagnes de marketing par les producteurs et distributeurs d'alcool.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Accorder une plus grande priorité à la charge sanitaire et sociale attribuable à l'alcool et aux politiques efficaces dans les programmes des réunions, des conférences et des forums mondiaux, régionaux et internationaux de haut niveau organisés par des organisations internationales et intergouvernementales, des associations professionnelles et des groupes de la société civile, et faire en sorte d'inclure les politiques relatives à l'alcool dans les programmes pertinents axés sur les questions sociales et le développement.
- Mesure 2. Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication à l'échelle de l'Organisation en vue, d'une part, d'appuyer les mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool qui tiennent compte des nouveaux défis (comme la pandémie de COVID-19), qui ciblent différents groupes de population et qui utilisent différents canaux de communication et, d'autre part, de soutenir les activités entreprises pour instituer une journée ou une semaine internationale de sensibilisation aux méfaits de l'alcool.
- Mesure 3. Préparer et diffuser tous les deux à trois ans des rapports de situation sur l'alcool et la santé dans le monde afin de mieux sensibiliser le public à la charge attribuable à l'alcool et de plaider pour l'application de mesures appropriées à tous les niveaux.
- Mesure 4. Élaborer, tester et diffuser des outils techniques et de sensibilisation pour la communication efficace de messages cohérents, scientifiquement justifiables et clairs sur les problèmes sanitaires et sociaux attribuables à l'alcool, les risques pour la santé associés à la consommation d'alcool et les mesures et les programmes efficaces susceptibles d'être mis en œuvre pour y faire face.

- Mesure 5. Élaborer et diffuser des documents d'information concernant les incidences sur la santé des interactions de l'alcool avec certains médicaments essentiels et d'autres substances psychoactives, et concernant les répercussions de la consommation d'alcool sur l'observance des traitements et les résultats thérapeutiques.
- Mesure 6. Examiner, mettre à jour et diffuser la nomenclature et les définitions OMS des termes liés à l'alcool, en particulier dans le domaine des politiques relatives à l'alcool et du suivi de la consommation d'alcool.
- Mesure 7. Veiller à dissiper rapidement les mythes et les informations trompeuses les plus courants relatifs aux effets de la consommation d'alcool sur la santé et aux mesures de lutte contre l'alcool, et fournir un appui technique aux États Membres dans ce domaine, le cas échéant.
- Mesure 8. Élaborer des orientations techniques pour l'étiquetage des boissons alcoolisées afin que les consommateurs soient informés du contenu des produits et des risques pour la santé associés à leur consommation.
- Mesure 9. Faciliter le dialogue et l'échange d'informations sur l'impact du commerce international de l'alcool, notamment du marketing de boissons alcoolisées, et des accords commerciaux sur la santé et les charges sanitaires attribuables à l'alcool ; préconiser un examen approprié de ces aspects par les parties aux négociations commerciales internationales ; et rechercher des solutions internationales dans le cadre du mandat de l'OMS si des mesures appropriées pour protéger la santé des populations ne peuvent être mises en œuvre.
- Mesure 10. Faire le lien entre les connaissances et la pratique en organisant et en soutenant des dialogues sur les politiques, des webinaires et des tables rondes mettant l'accent sur des domaines techniques spécifiques présentant un intérêt pour la lutte contre l'alcool, la promotion de la santé et la prévention des méfaits de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires appartenant au système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à inclure des activités visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans leurs programmes. Ils sont également invités à faire en sorte que les politiques, les stratégies et les cadres multisectoriels internationaux du secteur de la santé et d'autres secteurs soient plus cohérents et que les intérêts de santé publique soient dûment défendus face aux intérêts antagoniques.
- Mesure 2. Les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les milieux universitaires sont invités à intensifier les activités qu'ils mettent en œuvre à l'appui des campagnes mondiales, régionales et nationales de sensibilisation et de plaidoyer, ainsi que contre les informations trompeuses sur la consommation d'alcool et les risques pour la santé qui y sont associés. Ils sont invités également à motiver les différentes parties prenantes et à les faire participer, le cas échéant, à la mise en œuvre de stratégies et d'interventions efficaces visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et à surveiller les activités qui amoindrissent l'efficacité des mesures de santé publique.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool, ainsi que les acteurs d'autres secteurs économiques concernés, sont invités à accroître leur engagement et leur contribution à la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de leurs rôles fondamentaux. Ils sont également invités à prendre des mesures concrètes pour éliminer le marketing et la publicité en faveur des produits alcoolisés destinés aux mineurs et, le cas échéant, pour élaborer et appliquer des mesures d'autoréglementation du marketing et de la publicité, conjointement à l'élaboration et à l'application de réglementations statutaires ou dans un cadre coréglementaire. Les acteurs économiques sont invités à ne pas promouvoir la consommation d'alcool ; à éliminer et empêcher toute allégation relative aux bienfaits de l'alcool pour la santé ; et à veiller, dans le cadre de la réglementation ou de la coréglementation, à la présence d'informations facilement compréhensibles pour les consommateurs sur les étiquettes des boissons alcoolisées (notamment la composition, les limites d'âge, les mises en garde sanitaires et les contre-indications concernant la consommation d'alcool).

DOMAINE D'ACTION 3. PARTENARIAT, DIALOGUE ET COORDINATION

42. Pour renforcer les capacités et appuyer la mise en œuvre de modules techniques pratiques et ciblés garantissant la rentabilité des investissements dans le cadre d'approches reposant sur la « santé pour tous » et l'ensemble de la société, il faut de nouveaux partenariats et la participation appropriée de toutes les parties prenantes concernées. Une plus grande coordination entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, comme la protection sociale, les finances, les transports, le sport, la culture, la communication, l'éducation, le commerce, l'agriculture, les douanes et l'application de la loi, ainsi que des cadres de responsabilisation multisectoriels, sont nécessaires pour la mise en application de mesures multisectorielles efficaces visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et à garantir la cohérence des politiques. La nouvelle initiative SAFER, qui est dirigée par l'OMS, et le partenariat visant à promouvoir et appuyer la mise en œuvre des « meilleurs choix » et des autres mesures recommandées de lutte contre l'alcool au niveau des pays peuvent dynamiser les mesures prises dans les pays grâce à la coordination avec les partenaires de l'OMS à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies. Pour lutter efficacement contre la consommation d'alcool, y compris au moyen de mesures de lutte contre la consommation d'alcool non déclaré, il faut une approche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et l'ensemble de la société ; le secteur de la santé publique doit être clairement chargé d'en assurer la direction et les autres secteurs gouvernementaux, les organisations de la société civile, les établissements universitaires et, le cas échéant, le secteur privé doivent être dûment mobilisés. Enfin, la société civile doit être plus étroitement associée à l'élaboration et à la mise en application des politiques relatives à l'alcool.

43. Les réseaux mondiaux et régionaux de points focaux des pays et d'homologues nationaux de l'OMS pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les experts techniques faciliteront la coopération avec les pays, le transfert des connaissances et le renforcement des capacités. Les réseaux et plateformes techniques devraient mettre l'accent sur des situations et des domaines techniques particulièrement délicats comme le contrôle du marketing numérique, la publicité dans les médias sociaux ou la réduction de l'usage nocif de l'alcool en cas d'urgence sanitaire telle que la pandémie de COVID-19.

44. Le dialogue mondial continu avec les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool doit mettre l'accent sur la contribution du secteur à la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de leur rôle de conception, de production et de distribution/vente de boissons alcoolisées. Ce dialogue doit également viser la mise en application de restrictions ou d'interdictions

complètes du marketing traditionnel, en ligne ou numérique¹ (y compris du parrainage), et porter sur le rôle des acteurs économiques dans la réglementation des ventes, du commerce électronique, de la livraison, de la formulation des produits et de l'étiquetage, ainsi que dans la communication de données sur la production et les ventes. Il s'agit de faire participer, le cas échéant, les acteurs économiques intervenant dans d'autres secteurs qui participent directement à la distribution, à la vente et au marketing des boissons alcoolisées.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 3

Cible mondiale 3.1. D'ici à 2030, 50 % des pays seront dotés d'un mécanisme national de coordination multisectoriel pour la mise en œuvre et le renforcement des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool.

Cible mondiale 3.2. D'ici à 2030, 50 % des pays participeront aux travaux des réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux de l'OMS à l'appui du dialogue international et de la coordination visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Encourager toutes les entités et tous les groupes concernés à se mobiliser et à participer activement et utilement aux mesures prises pour réduire l'usage nocif de l'alcool dans le cadre d'une approche faisant intervenir l'ensemble de la société, y compris en préconisant des mécanismes de coordination et de responsabilisation, des stratégies et des plans d'action appropriés dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en tenant compte des éventuels conflits d'intérêts entre parties prenantes et en y remédiant.
- Mesure 2. Assurer une gouvernance nationale et une coordination efficaces des activités des différents secteurs et des différents niveaux d'administration, tout en conservant une cohérence dans les politiques au regard des objectifs de santé publique.
- Mesure 3. Garantir une coordination efficace des activités, selon qu'il conviendra, de l'ensemble des acteurs prenant part à la mise en œuvre des stratégies, politiques et plans d'action nationaux visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans les 10 domaines d'action cibles recommandés dans la Stratégie mondiale.²
- Mesure 4. Établir et appuyer un large mécanisme multisectoriel chargé de formuler et de mettre en œuvre les politiques de santé publique destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool, et adopter une approche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics pour préserver la santé et le bien-être des populations des méfaits de l'alcool, tout en tenant compte des éventuels conflits d'intérêts des parties prenantes et en y remédiant.
- Mesure 5. Collaborer avec le Secrétariat de l'OMS à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, notamment en étant représentés dans les réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux de l'OMS et en apportant une contribution (technique) aux mécanismes de travail, processus et structures de ces derniers.

¹ Aux fins du présent document, le terme « marketing » désigne toute forme de communication ou de message commercial ayant vocation à accroître la reconnaissance, l'attrait et/ou la consommation de produits ou de services particuliers, ou ayant pour effet de les accroître. Il pourrait couvrir tout ce qui contribue à faire la publicité d'un produit ou d'un service, ou à les promouvoir.

² Voir plus haut le paragraphe 28.

- Mesure 6. Recueillir et partager des expériences et des informations sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de mesures multisectorielles visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à l'échelle nationale et infranationale.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Continuer de nouer et de renforcer de larges partenariats internationaux visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et appuyer les mécanismes internationaux pour une collaboration intersectorielle avec les entités des Nations Unies, la société civile, le milieu universitaire et les organisations professionnelles.
- Mesure 2. Assurer l'interface et coopérer avec les principaux partenaires du système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales, et coordonner et mettre au point des activités de collaboration par le biais de mécanismes interinstitutions sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool, y compris ceux établis pour la santé mentale, les maladies non transmissibles et la promotion de la santé.
- Mesure 3. Apporter un soutien aux réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux de l'OMS et à leurs mécanismes et procédures de travail en veillant à l'échange régulier d'informations et à leur bon fonctionnement. Des groupes de travail ou des équipes spéciales pourront être créés à ces fins, dont les travaux seraient axés sur les domaines prioritaires pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
- Mesure 4. Faciliter le dialogue et l'échange d'informations concernant les incidences des aspects internationaux du marché de l'alcool sur la charge que fait peser l'alcool sur la santé et plaider pour que ces aspects soient dûment pris en compte par les parties aux négociations commerciales internationales.
- Mesure 5. Soutenir la collaboration internationale et l'échange d'informations entre les ONG axées sur la santé publique, les établissements universitaires, les associations professionnelles et les organisations réunissant des personnes vivant ou ayant vécu des expériences pertinentes, en s'attachant tout particulièrement à faciliter la collaboration multisectorielle, à assurer la cohérence des politiques (en tenant dûment compte des différences de contextes culturels), et à soutenir une plus large participation des organisations de la société civile à l'élaboration et à la mise en application des politiques relatives à l'alcool.
- Mesure 6. Tous les deux ans, organiser, dans le cadre du Forum OMS sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives, un forum international sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool auquel participeront des représentants d'États Membres, d'entités des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et internationales, d'organisations de la société civile, d'associations professionnelles, ainsi que des personnes vivant ou ayant vécu des expériences pertinentes ; favoriser également la participation d'un plus grand nombre d'organisations de la société civile des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Mesure 7. Dans le cadre des mandats et des politiques applicables, notamment le Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, organiser régulièrement (tous les ans ou tous les deux ans, selon ce que le Secrétariat de l'OMS jugera nécessaire) des concertations mondiales avec les acteurs économiques des secteurs de la production et du commerce de l'alcool axées spécifiquement sur la contribution des partenaires industriels à la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de

leurs rôles de concepteurs, de producteurs et de distributeurs/vendeurs de boissons alcoolisées. Les concertations ne porteront pas sur l'élaboration de politiques de lutte contre l'alcool.

- Mesure 8. Instaurer un dialogue permanent avec la société civile, en appuyant la création de coalitions et le renforcement des capacités des organisations de la société civile en matière de sensibilisation et de lobbying en faveur de mesures efficaces de réduction de l'usage nocif de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires appartenant au système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à inclure, selon qu'il conviendra, la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action 2022-2030 dans leurs stratégies de développement et leurs plans d'action, et à élaborer des programmes et des partenariats multisectoriels horizontaux visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique, conformément aux principes directeurs de la Stratégie mondiale.

- Mesure 2. Les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les milieux universitaires sont invités à rendre prioritaires leurs activités de réduction de l'usage nocif de l'alcool et à les renforcer, en motivant les parties prenantes et en les faisant participer à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans le cadre des partenariats existants ou en définissant de nouveaux cadres de collaboration, ainsi qu'en mettant en avant et en appuyant, dans le cadre de leurs rôles et mandats, la collaboration et le dialogue intersectoriels et multisectoriels, tout en surveillant et en contrant l'influence indue exercée par les intérêts commerciaux qui fait obstacle à la réalisation des objectifs de santé publique.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques sont invités à remplacer, autant que faire se peut, les produits à forte teneur en alcool par des produits sans alcool ou moins alcoolisés dans leur gamme de produits, dans le but de réduire les niveaux globaux de consommation d'alcool des populations et des groupes de consommateurs. Ils sont également invités à ne pas contourner la réglementation en vigueur sur les boissons alcoolisées et à ne pas cibler de nouveaux groupes de consommateurs par des activités de marketing, de publicité et de promotion des boissons alcoolisées. Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce, de même que les acteurs économiques appartenant à d'autres secteurs concernés (par exemple la vente au détail, la publicité, l'hôtellerie, le tourisme, les médias sociaux et la communication), sont invités à contribuer à l'élimination du marketing des boissons alcoolisées destinées aux mineurs et de la vente de ces boissons à cette catégorie de la population, ainsi qu'à l'élimination des activités commerciales visant d'autres groupes à haut risque. Ils sont également invités à mettre en application des mesures d'autoréglementation et à prendre d'autres mesures pour contribuer à l'élimination de telles pratiques de marketing dans le respect des cadres réglementaires et coréglementaires s'appuyant sur une base législative.

DOMAINE D'ACTION 4. APPUI TECHNIQUE ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

45. Il convient de renforcer les capacités et les moyens d'action des pays pour qu'ils mettent en place, appliquent et inscrivent dans la durée les cadres politiques et législatifs nécessaires ; développent une infrastructure et des mécanismes pérennes pour la mise en application de ces cadres à l'échelle nationale et infranationale ; et veillent à ce que les stratégies et interventions mises en œuvre soient fondées sur les données scientifiques disponibles les plus fiables et sur les meilleures pratiques de mise en œuvre appliquées dans différents contextes culturels, économiques et sociaux. L'application de mesures relatives à l'alcool à l'échelle des pays en fonction du contexte, des priorités et des besoins nationaux peut nécessiter, d'une part, une assistance technique importante, notamment dans les pays disposant de ressources limitées et dans des domaines techniques comme la fiscalité, la législation, les règles régissant le marketing numérique et leur application et, d'autre part, la prise en compte des conséquences des méfaits de l'alcool sur la santé dans les négociations commerciales.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 4

Cible mondiale 4.1. D'ici à 2030, les capacités nécessaires à la mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à l'échelle nationale seront renforcées dans 50 % des pays.

Cible mondiale 4.2. D'ici à 2030, la capacité des services de santé à mettre en place des interventions visant à prévenir et à traiter les affections dues à la consommation d'alcool aura été renforcée dans 50 % des pays, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Développer les capacités des institutions des pays afin qu'elles soient en mesure d'appliquer des initiatives à l'échelle de la population pour agir sur les déterminants de l'acceptabilité, de la disponibilité et de l'accessibilité financière des modes de consommation d'alcool dangereux et nocifs, y compris dans le but de proposer une assistance technique adaptée à chaque pays, en renforçant les mécanismes de gouvernance de manière à accroître la responsabilisation, la transparence et la participation des parties prenantes.
- Mesure 2. Développer ou renforcer les capacités techniques et les infrastructures – avec la participation des organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé publique, y compris des organisations de jeunes – pour ce qui est de la mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et, le cas échéant, collaborer avec le Secrétariat de l'OMS à l'expérimentation, à la diffusion, à la mise en œuvre et à l'évaluation des outils techniques, des recommandations et du matériel de formation de l'Organisation.
- Mesure 3. Consigner et communiquer à l'OMS les bonnes pratiques et les exemples de politiques et de mesures mises en œuvre pour réduire l'usage nocif de l'alcool dans différents contextes socioéconomiques et culturels selon les 10 domaines cibles recommandés pour les options et les interventions prévues dans la Stratégie mondiale.
- Mesure 4. Développer ou renforcer la capacité des professionnels de santé exerçant au sein des systèmes de santé et de protection sociale, y compris des prestataires de soins spécialistes des maladies non transmissibles et de la santé mentale, à prévenir,

à définir et à prendre en charge la consommation dangereuse d'alcool¹ et les troubles liés à l'usage de l'alcool. Renforcer également les moyens dont disposent les systèmes de santé et de protection sociale dans les zones urbaines et rurales d'assurer une couverture sanitaire universelle pour les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool et de comorbidités.

- Mesure 5. Appuyer le renforcement de la capacité des professionnels de santé (y compris des prestataires de soins spécialistes des maladies non transmissibles et de la santé mentale), ainsi que des experts en santé publique et des représentants d'organisations de la société civile (y compris des groupes d'entraide ou des associations de personnes concernées et de membres de leur famille), à promouvoir, mettre en œuvre, appliquer et pérenniser la mise en œuvre de mesures efficaces visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, notamment par le dépistage de la consommation d'alcool dangereuse et nocive et les interventions de courte durée pour y remédier, et par le soutien aux programmes d'éducation et de formation pertinents.
- Mesure 6. Mettre sur pied des activités visant à prévenir la violence liée à l'alcool à l'égard des femmes, des enfants et des personnes âgées, ainsi que des activités visant à prévenir les suicides liés à l'alcool, et appuyer la mise en application de ces activités. Garantir en outre l'accès des personnes touchées par la violence ou les suicides liés à l'alcool aux services de santé.
- Mesure 7. Concevoir des activités visant à réduire l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel en tenant compte des différences de stratégies employées pour lutter contre ces produits, et appuyer leur mise en œuvre. Cela comprend les activités en lien avec l'évaluation du niveau de consommation d'alcool non déclaré dans les populations, le contrôle efficace de la production et de la distribution d'alcool, la sensibilisation aux risques pour la santé qui y sont associés et la mobilisation des communautés.
- Mesure 8. Promouvoir des politiques favorisant des environnements sains (par exemple campus scolaires, infrastructures sportives, lieux de travail) ; analyser, évaluer et élaborer des orientations en matière d'interventions en population concernant l'exposition au risque ; appuyer les initiatives locales et ascendantes de protection contre la consommation nocive d'alcool (par exemple mesures intégrées faisant intervenir différents secteurs comme l'éducation, la protection sociale, les soins de santé et la santé publique) ; et soutenir les actions communautaires préconisant une modification des politiques relatives à l'alcool dans différents milieux et populations, notamment auprès des groupes à haut risque (les populations autochtones, les jeunes, les femmes, etc.).
- Mesure 9. Mettre sur pied des services de promotion de la santé en s'appuyant sur les boucles d'apprentissage et le changement de comportement, et assurer l'articulation avec la promotion des interventions sanitaires au niveau des soins de santé primaires.

¹ Dans la Classification internationale des maladies, 11^e révision (CIM-11) (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019), l'expression « consommation dangereuse d'alcool » est définie comme un mode de consommation d'alcool qui augmente sensiblement le risque de conséquences néfastes sur la santé physique ou mentale de l'utilisateur ou d'autrui, à un point tel qu'il justifie l'attention et les conseils de professionnels de la santé.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Recueillir, compiler et diffuser par l'intermédiaire des canaux d'information de l'OMS à l'échelle mondiale et régionale les bonnes pratiques et les exemples de conduites à suivre et de mesures mises en œuvre en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool dans les États Membres, selon les 10 domaines cibles recommandés pour les options et les interventions, y compris les dispositions législatives. Établir et actualiser des référentiels mondiaux et régionaux de bonnes pratiques et d'exemples, y compris concernant les lieux de travail et les établissements d'enseignement.
- Mesure 2. Favoriser et renforcer les réseaux mondiaux et régionaux d'homologues techniques nationaux en établissant des plateformes de renforcement des capacités en partenariat avec le milieu universitaire et des organisations de la société civile, l'accent devant être mis sur des domaines posant particulièrement problème comme le marketing numérique et la publicité dans les médias sociaux ; la protection de la lutte contre l'alcool dans le contexte des cadres réglementaires et législatifs supranationaux ; le renforcement des mesures prises par les services de santé et de protection sociale ; et la mise en place de systèmes de suivi nationaux sur l'alcool et la santé, ou l'intégration de ces domaines prioritaires dans les systèmes de suivi nationaux existants.
- Mesure 3. Élaborer, tester et diffuser des recommandations, des normes, des lignes directrices et des outils techniques mondiaux, éthiques et fondés sur des données probantes, y compris un protocole d'évaluation complète des politiques en matière d'alcool ; proposer, selon que de besoin et conformément aux procédures de l'OMS, d'autres instruments normatifs ou techniques pour diffuser des orientations normatives et techniques sur des interventions de prévention et de traitement efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité dans différents contextes ; et aider les États Membres à mettre en œuvre la Stratégie mondiale conformément aux 10 domaines cibles recommandés pour les options et les interventions.
- Mesure 4. Concevoir des produits d'information et des outils techniques pour appuyer la prévention, la prise en charge et le suivi des suicides et de la violence liés à l'alcool, y compris de la violence à l'égard des femmes, des enfants et des personnes âgées, ainsi que pour fournir des orientations techniques sur le traitement et les soins à prodiguer aux personnes touchées par la violence ou les suicides liés à l'alcool.
- Mesure 5. Accroître la capacité du Secrétariat à fournir une assistance technique et un soutien aux pays dans la lutte contre les activités de marketing, de publicité et de promotion transfrontières de l'alcool, ainsi que contre la consommation d'alcool non déclaré¹ et ses méfaits.
- Mesure 6. Créer un réseau mondial d'experts pour le soutien aux pays et renforcer la coordination mondiale des activités pertinentes des centres collaborateurs de l'OMS afin d'accroître la capacité du Secrétariat à répondre aux demandes de soutien formulées par les États Membres pour les efforts qu'ils déploient en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des stratégies et des programmes visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

¹ On entend par « alcool non déclaré » l'alcool dont il n'est pas tenu compte dans les statistiques officielles sur la fiscalité ou les ventes d'alcool dans le pays de consommation, car cet alcool est habituellement produit, distribué et vendu en dehors des voies officielles contrôlées par l'État.

- Mesure 7. Élaborer, mettre à l'essai et diffuser des orientations techniques et des outils techniques de soutien pour l'évaluation, la prévention et la réduction des méfaits liés à l'alcool dans les situations d'urgence humanitaire.
- Mesure 8. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de programmes pérennes sur la détection et la prise en charge de la consommation d'alcool dangereuse et nocive dans le cadre des soins de santé primaires et d'autres programmes de soins de santé spécialisés et non spécialisés, par exemple des programmes portant sur les maladies non transmissibles ou infectieuses ; promouvoir également le dépistage et les interventions brèves, ainsi que d'autres interventions dont l'efficacité a été démontrée.
- Mesure 9. Élaborer un programme mondial d'activités de formation et de renforcement des capacités dans les domaines prioritaires pour l'action mondiale et les domaines d'action cibles à l'échelle nationale, et mettre en œuvre ce programme en organisant et en facilitant des ateliers mondiaux, régionaux et interpays, des séminaires (y compris des séminaires sur le Web), des consultations en ligne et d'autres activités de renforcement des capacités portant sur des interventions et des mesures multiseCTORIELLES ne se limitant pas au secteur de la santé.
- Mesure 10. Appuyer et mener des projets et des activités de renforcement des capacités portant sur la planification et la mise en œuvre de la recherche, ainsi que sur la diffusion des résultats de la recherche, l'accent étant mis sur la recherche axée sur les politiques relatives à l'alcool dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ainsi que sur la production de données afin d'élaborer des estimations fiables de la consommation d'alcool, des méfaits de l'alcool et de la couverture thérapeutique des troubles liés à la consommation d'alcool.
- Mesure 11. Réunir à nouveau le Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool pour examiner de façon exhaustive les données accumulées sur les mesures réalisables et efficaces de lutte contre l'usage nocif de l'alcool, faire un suivi des avancées obtenues et formuler des recommandations sur la voie à suivre. Veiller également à ce que le Comité se réunisse régulièrement pendant la période de mise en œuvre du plan d'action.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires appartenant au système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à donner la priorité aux activités d'assistance technique et de renforcement des capacités visant à accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans le cadre de leurs activités et plans d'aide au développement et de soutien aux pays.
- Mesure 2. Les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les établissements de recherche sont invités à mettre au point des activités de renforcement des capacités à l'échelle nationale et, le cas échéant, internationale dans le cadre de leurs rôles et mandats. Ils sont invités à contribuer au renforcement des capacités et à proposer une assistance technique pour les activités entreprises par les États Membres, l'OMS ou d'autres organisations internationales, conformément aux objectifs et principes de la Stratégie mondiale et du plan d'action.

- Mesure 3. Les partenaires internationaux, les organisations de la société civile et le milieu universitaire sont invités à faire un suivi des activités qui sapent les mesures de santé publique et à les faire connaître ; ils sont également encouragés à s'abstenir de cofinancer des initiatives avec des acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool sont invités à mettre en œuvre des activités de renforcement des capacités visant à réduire l'usage nocif de l'alcool qui relèvent de leurs fonctions de base et dans les secteurs de la production, de la distribution et de la vente d'alcool, et à s'abstenir d'entreprendre des activités de renforcement des capacités ne relevant pas de leurs fonctions de base et susceptibles d'affaiblir ou de concurrencer les activités du secteur de la santé publique.

DOMAINE D'ACTION 5. ACQUISITION DE CONNAISSANCES ET SYSTÈMES D'INFORMATION

46. L'acquisition et la diffusion des connaissances facilitent la sensibilisation ainsi que la hiérarchisation et l'évaluation des politiques, et sous-tendent les mesures prises à l'échelle mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool. La recherche fondée sur la collaboration internationale et l'acquisition de connaissances doivent mettre l'accent sur la production de données qui renseignent sur l'épidémiologie des risques pour la santé liés à la consommation d'alcool et qui sont d'une grande utilité pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool. Il est de la plus haute importance d'assurer une surveillance efficace des niveaux et des habitudes de consommation d'alcool dans les populations, ainsi que des méfaits de l'alcool, y compris de la charge de morbidité attribuable à l'alcool, pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale à l'échelle nationale, régionale et mondiale. Cette surveillance devrait être menée parallèlement à un suivi de la mise en œuvre des mesures relatives à l'alcool. Un suivi efficace de la consommation d'alcool, des méfaits de l'alcool et des mesures prises suppose une rationalisation des procédures de production, de collecte, de validation et de transmission des données permettant d'actualiser régulièrement les données à l'échelle des pays, à des intervalles d'un ou deux ans, avec un laps de temps aussi court que possible entre la collecte et la transmission des données. Pour être efficace, le suivi de la couverture thérapeutique des troubles liés à la consommation d'alcool ne doit pas simplement s'appuyer sur ces mesures ; il convient également de mettre sur pied des méthodes améliorées de suivi de la couverture thérapeutique, le tout dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

47. Il convient d'augmenter considérablement les ressources investies dans la recherche internationale sur l'élaboration de politiques relatives à l'alcool et leur mise en œuvre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il faut pour cela s'appuyer sur les données factuelles faisant ressortir les différences dans l'application des mesures concernant l'alcool selon les pays, y compris sur des analyses quantitatives et qualitatives des obstacles, des facteurs favorables, de l'impact des différentes options et des niveaux de mise en œuvre dans différents groupes de population. Il convient également d'effectuer des travaux de recherche, y compris des projets internationaux, sur le rôle de la consommation d'alcool dans l'apparition, l'évolution et l'issue thérapeutique des principales maladies non transmissibles, notamment le cancer, ainsi que dans la transmission, l'évolution et l'issue thérapeutique de certaines maladies infectieuses. Il est nécessaire d'intensifier les activités de recherche à l'international concernant les préjudices causés à autrui par la consommation d'alcool ; les conséquences de l'usage nocif de l'alcool sur le développement de l'enfant et la santé de la mère ; les troubles causés par l'alcoolisation fœtale ; et la consommation d'alcool produit illégalement ou par le secteur informel et ses effets sur la santé. Des études internationales doivent être menées sur les moyens efficaces d'améliorer les connaissances de la population sur la santé et l'alcool,

de même que la santé des consommateurs d'alcool. Il pourrait être utile de mener des études sur les coûts et avantages des mesures de lutte contre l'alcool et de mettre au point des argumentaires d'investissement pour aider à surmonter la résistance à ces mesures en raison des recettes, notamment fiscales, tirées de la production et du commerce de l'alcool.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 5

Cible mondiale 5.1. D'ici à 2030, 75 % des pays produiront des données à l'échelle nationale sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et la mise en œuvre de mesures de lutte contre l'alcool, et communiqueront régulièrement ces données.

Cible mondiale 5.2. D'ici à 2030, 50 % des pays produiront des données à l'échelle nationale pour suivre les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle pour les troubles liés à la consommation d'alcool et les principales affections qui y sont liées, et communiqueront régulièrement ces données.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Appuyer la production, la compilation et la diffusion de connaissances à l'échelle nationale sur l'ampleur et la nature des problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool et sur l'efficacité des différentes options, et entreprendre des activités visant à informer le grand public des risques, pour la santé et autres, associés à la consommation d'alcool ainsi que des affections imputables à l'alcool dans différentes populations.
- Mesure 2. En coordination avec les parties prenantes concernées, élaborer ou renforcer des systèmes nationaux et infranationaux de suivi ainsi que des ensembles de cibles et d'indicateurs nationaux s'appuyant sur le système de santé dans le but de faire un suivi de la consommation d'alcool et des facteurs socioéconomiques et comportementaux qui influent sur elle. Il s'agit notamment d'étudier l'accessibilité économique et la disponibilité de l'alcool, la connaissance des risques liés à l'alcool, les attitudes vis-à-vis de la consommation d'alcool et l'exposition au marketing numérique, les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool, ainsi que les mesures prises sur le plan des politiques et des programmes, y compris concernant la couverture thérapeutique des troubles liés à la consommation d'alcool, conformément aux objectifs de développement durable et aux indicateurs de l'OMS et à leurs définitions.
- Mesure 3. Créer des centres nationaux de suivi ou d'autres structures institutionnelles appropriées chargées de recueillir et de compiler des données nationales sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les politiques mises en place, ainsi que de suivre les tendances et de rendre compte régulièrement aux autorités nationales et aux systèmes d'information régionaux et mondiaux sur l'alcool et la santé mis au point par l'OMS.
- Mesure 4. Appuyer des activités de suivi et de recherche axées sur la consommation d'alcool et ses méfaits au sein des groupes de population particulièrement vulnérables, par exemple les jeunes, les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies chroniques les rendant plus vulnérables aux méfaits de l'alcool, les personnes aux prises avec la justice pénale et les personnes sans abri.
- Mesure 5. Appuyer des activités de recherche portant sur les facteurs de risque et les facteurs de protection vis-à-vis de différentes habitudes de consommation d'alcool et leurs conséquences sur la santé, y compris l'apparition de troubles liés à la consommation

d'alcool, afin d'orienter les stratégies et les interventions nationales de prévention et de traitement.

- Mesure 6. Inclure des modules consacrés à l'alcool, comprenant les questions recommandées sur la consommation d'alcool et ses méfaits, dans les outils de collecte de données utilisés dans le cadre des activités de surveillance en population à l'échelle nationale et infranationale afin de faciliter les comparaisons internationales, en tenant dûment compte des possibilités de ventilation des données.
- Mesure 7. Collaborer avec le Secrétariat de l'OMS à la réalisation d'enquêtes sur l'alcool et la santé dans le monde en assurant la collecte, la compilation et la diffusion des informations requises, ainsi qu'en validant les estimations et les profils de pays reçus du Secrétariat de l'OMS pour inclusion dans les cadres de suivi et les bases de données mondiaux et régionaux.
- Mesure 8. Recenser, compiler et diffuser des données sur les expériences pratiques de mise en œuvre des mesures et des interventions de lutte antialcoolique, et soutenir et promouvoir l'évaluation de leur efficacité, de leur rapport coût/efficacité et de leurs incidences sur les méfaits de l'alcool afin d'attester la faisabilité, l'efficacité et le rapport coût/efficacité des mesures dans différents contextes et populations.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Actualiser et étoffer davantage le Système mondial d'information sur l'alcool et la santé (GISAH) mis au point par l'OMS et les systèmes d'information régionaux grâce à l'élaboration et à l'intégration d'indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ; à l'application plus poussée et à la normalisation des indicateurs du Système mondial ; à la coordination des activités de collecte de données à tous les niveaux ; et à la synthèse d'informations sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité des mesures et des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et les problèmes de santé publique attribuables à l'alcool.
- Mesure 2. Soutenir le renforcement des capacités de recherche, de suivi et de surveillance dans les domaines de l'alcool et de la santé en établissant et en appuyant des réseaux de recherche et des formations à l'échelle mondiale et régionale, et en soutenant la collecte, l'analyse et la diffusion des données.
- Mesure 3. Préparer et mettre en œuvre au cours de la période 2022-2030 au moins trois séries de collecte de données sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les politiques relatives à l'alcool auprès des États Membres par le biais de l'Enquête mondiale de l'OMS sur l'alcool et la santé (à titre indicatif : 2022, 2025 et 2028) et d'autres sources d'information pertinentes. En outre, utiliser des outils informatisés de collecte de données et des plateformes de collecte de données en ligne, et diffuser de l'information par l'intermédiaire du Système mondial d'information sur l'alcool et la santé, des systèmes d'information régionaux et des rapports de situation sur l'alcool et la santé dans le monde et dans les différentes Régions. Chaque fois que cela est nécessaire, organiser des ateliers de validation des données pour améliorer la qualité de ces dernières.
- Mesure 4. Examiner, analyser et diffuser en permanence les données scientifiques émergentes sur l'ampleur et la nature des problèmes de santé publique attribuables à la consommation d'alcool et sur les déterminants de la disponibilité et de l'accessibilité

économique des boissons alcoolisées, en tenant dûment compte des attitudes, de la sensibilisation aux risques et des inégalités liées à la consommation d'alcool. Les données émergentes sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité des mesures et des interventions doivent également être examinées, analysées et diffusées en permanence. Il s'agit notamment d'organiser des réunions des groupes consultatifs techniques concernés, notamment du Groupe consultatif technique de l'OMS sur l'épidémiologie de la consommation d'alcool et de drogues.

- Mesure 5. Continuer de produire des données comparables sur la consommation d'alcool, ses déterminants, la mortalité et la morbidité liées à l'alcool, ainsi que des estimations de la charge attribuable à l'alcool – avec ventilation, dans la mesure du possible, en fonction du genre, de l'âge et de la situation socioéconomique – dans le cadre de l'évaluation comparative des risques et des estimations de la charge mondiale de morbidité.
- Mesure 6. Poursuivre et renforcer la collaboration avec les organisations internationales et les institutions des Nations Unies en matière de collecte et d'analyse des données dans le but d'harmoniser les outils et les activités de collecte des données ainsi que de faciliter les comparaisons internationales, et poursuivre le dialogue et l'échange d'informations avec les producteurs d'alcool, ainsi que les fournisseurs de données, groupes de recherche et organisations soutenus par l'industrie afin d'améliorer la couverture et la qualité des données sur la production, la distribution et la consommation de boissons alcoolisées à l'échelle mondiale, régionale et nationale.
- Mesure 7. Promouvoir et appuyer l'établissement de priorités pour la recherche internationale sur l'alcool et la santé, ainsi que des projets de recherche internationaux spécifiques, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec la participation des centres collaborateurs de l'OMS. Il convient de mettre particulièrement l'accent sur l'épidémiologie de la consommation d'alcool et des méfaits de l'alcool, l'évaluation des mesures et des interventions dans les services de santé, la recherche comparative sur l'efficacité et la relation entre l'usage nocif de l'alcool et les inégalités sociales et sanitaires. Lancer et mettre en œuvre dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire des projets de recherche internationaux sur les déterminants de la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool, y compris des travaux de recherche sur les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, sur les suicides et autres troubles mentaux liés à l'alcool, ainsi que sur le rôle de la consommation d'alcool dans l'apparition et l'évolution des principales maladies non transmissibles, y compris les cancers.
- Mesure 8. Élaborer une méthodologie, des indicateurs de base et des outils informatisés de collecte de données, appuyer la production de données comparables sur la mise en œuvre de mesures efficaces à l'échelle nationale en utilisant le système des indices et des scores, et soutenir le partage d'informations et de données d'expérience entre les pays, en particulier ceux dont les contextes socioéconomiques et culturels sont similaires.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires appartenant au système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à apporter leur soutien aux activités de production et de suivi des connaissances sur l'alcool et la santé à tous les niveaux et à appuyer les capacités nationales de suivi conformément aux engagements de transmission d'information définis dans les principaux cadres internationaux de suivi. Ils sont également invités à collaborer avec l'OMS pour mener des recherches sur les

politiques relatives à l'alcool, notamment sur l'impact des politiques différenciées en fonction de la teneur en alcool, ainsi que pour harmoniser les indicateurs et les outils de collecte de données.

- Mesure 2. Les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les établissements de recherche sont invités à soutenir les efforts déployés par l'OMS en matière de collecte et d'analyse de données, afin d'améliorer la couverture et la qualité des données sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool, les politiques mises en œuvre et la couverture thérapeutique des troubles liés à la consommation d'alcool à l'échelle mondiale, régionale et nationale, et à aider les pays à mettre en place et à renforcer les capacités de recherche et de suivi dans ce domaine.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool sont invités à diffuser, en tenant dûment compte des restrictions associées à la confidentialité des informations commerciales, des données importantes pour la santé publique qui peuvent contribuer à l'amélioration des estimations de l'OMS sur la consommation d'alcool au sein des populations, notamment une description de la méthodologie utilisée pour produire ces données. Il s'agit, entre autres, de données sur la production et la vente de boissons alcoolisées et de données sur les connaissances, les attitudes et les préférences des consommateurs en matière de boissons alcoolisées.

DOMAINE D'ACTION 6. MOBILISATION DE RESSOURCES

48. Le manque de ressources financières et humaines constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre ou à l'intensification des mesures mondiales et nationales visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi qu'à la réduction des inégalités liées à la consommation d'alcool et à ses conséquences à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre. Il convient de mobiliser des ressources adéquates à tous les niveaux pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale, à savoir pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques en matière d'alcool dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; la collaboration et la recherche internationales dans ce domaine ainsi qu'au sujet des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la lutte contre l'alcool ; et la participation de la société civile du monde entier aux initiatives visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Ces ressources ne se limitent pas aux financements, bien qu'il s'agisse d'une priorité, mais portent également sur les ressources humaines et la capacité en personnel, les infrastructures appropriées, la coopération internationale et les partenariats.

49. Face au manque de ressources ou à l'insuffisance des ressources disponibles pour le financement de mesures de lutte contre l'alcool, et de programmes et d'interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à la consommation de substances psychoactives, il faut rechercher, en fonction des contextes nationaux, des mécanismes de financement innovants si l'on entend atteindre les cibles des ODD relatives à ces domaines. Plusieurs approches novatrices ont été présentées par divers pays et à l'échelle internationale, et plusieurs d'entre elles font l'objet de débats, par exemple le Fonds catalytique des Nations Unies pour les maladies non transmissibles et la santé mentale, ou la création de fonds spéciaux pour le traitement, les soins et l'appui destinés aux personnes touchées par les méfaits de l'alcool. Il existe des exemples de recettes fiscales provenant de taxes sur les boissons alcoolisées utilisées pour financer des initiatives de promotion de la santé ; la couverture sanitaire des populations vulnérables ; la prévention et le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives ; et, dans certains cas, l'appui à des initiatives internationales entreprises dans ces domaines. Dans certains pays, le financement réservé à la prévention et au traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et des affections apparentées provient de fonds alimentés par des monopoles

d'État des ventes au détail, un prélèvement sur les bénéfices de l'ensemble des chaînes de valeur des boissons alcoolisées, une taxe sur la publicité en faveur de l'alcool ou des amendes pour non-conformité à la réglementation sur l'alcool.

Cibles mondiales pour le domaine d'action 6

Cible mondiale 6.1. Au moins 50 % des pays allouent des ressources à la réduction de l'usage nocif de l'alcool par la mise en œuvre de politiques de lutte antialcoolique et par l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à la consommation d'alcool et les affections qui lui sont associées.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres de prendre

- Mesure 1. Augmenter les ressources allouées, y compris les ressources financières internationales et nationales obtenues par des moyens nouveaux ou novateurs de garantir un financement essentiel, afin de réduire l'usage nocif de l'alcool et d'augmenter la couverture et la qualité des interventions de prévention et de traitement en fonction de l'ampleur et de la nature des problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool.
- Mesure 2. Envisager, lorsque le contexte national s'y prête, l'élaboration et la mise en œuvre de fonds ou de contributions d'affectation spéciale provenant des recettes d'une taxe sur l'alcool ou d'autres recettes liées à la production et au commerce de boissons alcoolisées, ou encore la mise en place d'un fonds spécialement affecté pour réduire l'usage nocif de l'alcool et augmenter la couverture et la qualité des interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à la consommation d'alcool et les affections qui lui sont associées.
- Mesure 3. Garantir la disponibilité et l'allocation des ressources nécessaires en établissant des plans d'affectation des ressources et des cadres de responsabilisation permettant de mener l'action communautaire voulue et d'appuyer les programmes, coalitions et interventions mis en place dans les communautés dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool et les inégalités qui lui sont associées, notamment les programmes destinés aux populations autochtones et aux sous-populations particulièrement à risque, comme les jeunes, les chômeurs et les familles des personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool.
- Mesure 4. Augmenter les ressources affectées à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action en intégrant les options et les interventions en matière d'alcool dans les activités de santé publique et de développement d'autres domaines tels que la santé de la mère et de l'enfant, la prévention de la violence, la prévention du suicide, la sécurité routière et les maladies infectieuses.
- Mesure 5. Participer à la collaboration internationale et la soutenir, afin d'augmenter les ressources pouvant être utilisées pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et renforcer le soutien fourni aux pays à revenu faible ou intermédiaire pour qu'ils élaborent et appliquent des stratégies et des interventions à fort impact.
- Mesure 6. Promouvoir et soutenir la mobilisation de ressources en vue de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action dans le cadre de programmes de développement de grande ampleur, tels que le Programme de développement durable

à l'horizon 2030, et des mesures prises pour faire face aux urgences sanitaires telles que la pandémie de COVID-19.

- Mesure 7. Échanger des données d'expérience à l'échelle internationale, y compris avec le Secrétariat de l'OMS et d'autres organisations internationales, sur les bonnes pratiques en matière de financement des politiques et des interventions destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Mesures qu'il est proposé au Secrétariat de l'OMS de prendre

- Mesure 1. Recueillir, analyser et diffuser les données d'expérience et les bonnes pratiques en matière de financement des politiques et des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et promouvoir l'application de solutions nouvelles ou novatrices pour obtenir le financement nécessaire à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action à tous les niveaux.
- Mesure 2. Élaborer et diffuser, en collaboration avec les institutions de financement internationales, des outils techniques et des produits d'information pour faciliter les efforts visant à augmenter les ressources disponibles pour réduire l'usage nocif de l'alcool, pour mener des actions de promotion de la santé, et pour améliorer la couverture et la qualité des interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à la consommation d'alcool et les affections apparentées.
- Mesure 3. À l'échelle mondiale et régionale, suivre l'allocation des ressources à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action.
- Mesure 4. Promouvoir et appuyer la mise en commun des ressources et leur utilisation rationnelle grâce à une meilleure coordination et une collaboration accrue entre les différents secteurs de programme au sein de l'OMS, des institutions des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux.
- Mesure 5. Promouvoir l'affectation des ressources pour l'élaboration de politiques relatives à l'alcool et la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action dans le cadre d'accords bilatéraux et d'autres accords de coopération avec les pays et organismes donateurs.
- Mesure 6. Intensifier les collectes de fonds et les actions de mobilisation de ressources pour soutenir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en organisant des conférences des bailleurs de fonds et des réunions des parties intéressées.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux, aux organisations de la société civile et au milieu universitaire de prendre

- Mesure 1. Les principaux partenaires du système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales sont invités à intégrer les mesures qu'ils prennent en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool dans leurs stratégies et plans d'action en matière de développement et de santé publique, ainsi qu'à promouvoir et à appuyer les politiques et les interventions de financement afin de garantir la disponibilité de ressources adéquates pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, tout en maintenant leur indépendance vis-à-vis du financement émanant des producteurs et des distributeurs d'alcool.

- Mesure 2. Les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les instituts de recherche sont invités à promouvoir et à soutenir des moyens nouveaux ou novateurs d'obtenir les fonds nécessaires et de faciliter la collaboration entre les secteurs des finances et de la santé afin de garantir la mobilisation des ressources nécessaires pour réduire l'usage nocif de l'alcool, leur allocation et la justification de leur emploi, ainsi que d'accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale à tous les niveaux.

Mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre

Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool sont invités à allouer des ressources à la mise en œuvre de mesures susceptibles de contribuer à réduire l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de leurs fonctions de base en tant que concepteurs, producteurs, distributeurs, spécialistes du marketing et vendeurs de boissons alcoolisées ; à s'abstenir de financer des activités et des travaux de recherche dans les domaines des politiques et de la santé publique afin d'éviter tout biais potentiel résultant d'un conflit d'intérêts lors de l'élaboration des programmes ; et à cesser de parrainer la recherche scientifique portant sur les aspects de la consommation d'alcool relevant de la santé publique et sur les politiques relatives à l'alcool, ainsi qu'à arrêter d'exploiter la recherche à des fins de marketing ou de lobbying.

Concrétisation des cibles mondiales : indicateurs et dates repères

Cibles mondiales	Indicateurs	Dates repères	Observations
1.1. D'ici à 2030, une baisse relative d'au moins 20 % (par rapport à 2010) de l'usage nocif de l'alcool sera observée. ¹	<p>1.1.1 Consommation totale d'alcool par habitant définie comme étant la consommation totale d'alcool (déclaré et non déclaré) par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique.</p> <p>1.1.2. Prévalence standardisée selon l'âge de consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool.</p> <p>1.1.3. Décès attribuables à l'alcool standardisés selon l'âge.</p> <p>1.1.4 Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) attribuables à l'alcool standardisées selon l'âge.</p>	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Cette cible et ces indicateurs sont pleinement conformes aux ODD et aux cadres mondiaux de suivi des maladies non transmissibles, et les données relatives à ces indicateurs ont été périodiquement recueillies et régulièrement communiquées par l'OMS. Les estimations de l'OMS pour l'indicateur 1.1.1 sont générées une fois par an ; les autres indicateurs de cette cible étant générés périodiquement. Les estimations de l'OMS relatives à l'ensemble des indicateurs de cette cible ont déjà été rendues publiques pour 2010, 2012 et 2016. ²
1.2. D'ici à 2030, 70 % des pays auront proposé des options et des interventions à fort impact, les auront adoptées ou en auront pérennisé la mise en œuvre.	1.2.1 Nombre de pays (en pourcentage de la totalité des États Membres de l'OMS) ayant proposé ou adopté des politiques à fort impact, ou pérennisé leur mise en œuvre dans les domaines suivants : a) accessibilité financière des boissons alcoolisées ; b) publicité et marketing pour les boissons alcoolisées ; c) disponibilité des boissons alcoolisées ; d) conduite en état d'ivresse ; e) dépistage et interventions brèves concernant les comportements à risque en lien avec la consommation d'alcool et traitement des troubles liés à la consommation d'alcool.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Les données relatives à l'ensemble des indicateurs de cette cible ont été recueillies dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD. Les données sur les indicateurs concernant les politiques relatives à l'alcool sont consultables et régulièrement mises à jour dans le Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé. Le suivi réalisé dans le cadre de l'initiative SAFER et d'autres activités pertinentes menées à l'échelle mondiale, régionale ou nationale fournira des informations supplémentaires pour améliorer la validité et la fiabilité des données.

¹ La description de la cible est identique à la cible volontaire fixée pour le Cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles. La cible d'une « baisse relative d'au moins 20 % » est basée sur les dernières données disponibles de l'OMS.

² Voir, respectivement, *Global status report on alcohol and health*, 2011 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011) ; *Global status report on alcohol and health*, 2014 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014) ; et *Global status report on alcohol and health*, 2018 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018).

Cibles mondiales	Indicateurs	Dates repères	Observations
<p>2.1. D'ici à 2030, 75 % des pays auront élaboré et adopté une politique nationale officielle relative à l'alcool.</p> <p>2.2. D'ici à 2030, 50 % des pays élaboreront régulièrement des rapports nationaux sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool.</p>	<p>2.1.1 Nombre de pays (en pourcentage de la totalité des États Membres de l'OMS) ayant rédigé et adopté une politique nationale relative à l'alcool.</p> <p>2.2.1. Nombre de pays (en pourcentage de la totalité des États Membres de l'OMS) ayant produit au cours des huit dernières années au moins deux rapports nationaux sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool.</p>	<p>2019</p> <p>2022</p> <p>2025</p> <p>2027</p> <p>2029/2030</p>	<p>Les données concernant ces cibles et indicateurs sont recueillies dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes à l'échelle mondiale et régionale. Les données concernant l'indicateur 2.1.1 ont été préalablement communiquées par l'OMS pour 2010, 2012 et 2016.¹ Les données pour l'indicateur 2.2.1 devront être légèrement modifiées dans les outils de collecte des données existants avant la communication des données sur cet indicateur.</p>
<p>3.1. D'ici à 2030, 50 % des pays seront dotés d'un mécanisme national de coordination multisectoriel pour la mise en œuvre et le renforcement des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool.</p>	<p>3.1.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) dotés de mécanismes nationaux de coordination multisectoriels pour la mise en œuvre des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool.</p>	<p>2022</p> <p>2025</p> <p>2027</p> <p>2029/2030</p>	<p>Par « multisectoriel », on entend la participation d'un ou de plusieurs secteurs gouvernementaux en dehors de la santé, par exemple les finances, la justice pénale, la protection sociale, etc. Les données ont été recueillies dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes à l'échelle mondiale et régionale. Les outils actuels de collecte de données doivent être légèrement modifiés avant la communication des données sur cet indicateur.</p>
<p>3.2. D'ici à 2030, 50 % des pays participeront aux travaux des réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux de l'OMS à l'appui du dialogue international et de la coordination visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.</p>	<p>3.2.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) qui sont activement représentés au sein des réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux de l'OMS.</p>	<p>2022</p> <p>2025</p> <p>2027</p> <p>2029/2030</p>	<p>Les informations provenant des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS sont régulièrement compilées.</p>

¹ Voir, respectivement, *Global status report on alcohol and health*, 2011 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011) ; *Global status report on alcohol and health*, 2014 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014) ; et *Global status report on alcohol and health*, 2018 (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018).

Cibles mondiales	Indicateurs	Dates repères	Observations
4.1. D'ici à 2030, les capacités nécessaires à la mise en œuvre de stratégies et d'interventions à fort impact visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à l'échelle nationale seront renforcées dans 50 % des pays.	4.1.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) qui ont augmenté les ressources gouvernementales allouées à la mise en œuvre de politiques efficaces de lutte antialcoolique au niveau national.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	La cible est formulée en tenant compte du nombre de pays dotés de capacités et d'infrastructures assez développées pour lutter contre l'usage nocif de l'alcool au niveau national. Les données concernant ces cibles et indicateurs sont recueillies dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes à l'échelle mondiale et régionale. Les outils actuels de collecte de données doivent être légèrement modifiés avant la communication des données sur ces indicateurs.
4.2. D'ici à 2030, la capacité des services de santé à mettre en place des interventions visant à prévenir et à traiter les affections dues à la consommation d'alcool aura été renforcée dans 50 % des pays, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle.	4.2.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) où la capacité des services à assurer des interventions visant à prévenir et à traiter les affections liées à l'alcool a augmenté au sein des systèmes de santé, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	La cible est formulée en tenant compte du nombre de pays dotés de capacités et d'infrastructures assez développées pour mettre en place des interventions visant à prévenir et à traiter les affections liées à l'alcool à l'échelle nationale. Les données ont été recueillies dans le cadre d'enquêtes mondiales de l'OMS sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD.
5.1. D'ici à 2030, 75 % des pays produiront des données à l'échelle nationale sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et la mise en œuvre de mesures de lutte contre l'alcool, et communiqueront régulièrement ces données.	5.1.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) qui génèrent et communiquent des données nationales sur la consommation d'alcool par habitant, les méfaits de l'alcool et les mesures prises pour y remédier.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Une surveillance passive des données existantes est mise en place, et la collecte des données s'effectue dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes à l'échelle mondiale et régionale. La collecte et la communication de données sur cet indicateur s'inscrivent dans le cadre des activités habituelles de collecte et de communication menées par l'OMS sur les indicateurs relatifs à l'alcool pour les cadres mondiaux de suivi existants, par exemple les ODD et le Cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles.

Cibles mondiales	Indicateurs	Dates repères	Observations
5.2. D'ici à 2030, 50 % des pays produiront des données à l'échelle nationale pour suivre les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle pour les troubles liés à la consommation d'alcool et les principales affections qui y sont liées, et communiqueront régulièrement ces données.	5.2.1. Nombre de pays (par rapport à la totalité des États Membres de l'OMS) qui disposent d'un ensemble consolidé d'indicateurs établis, et qui génèrent et communiquent des données nationales sur la couverture thérapeutique et les capacités de traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et des affections apparentées imputables à l'alcool.	2019 2022 2025 2027 2029/2030	Une surveillance passive des données existantes est mise en place, des données sont collectées dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes à l'échelle mondiale et régionale. Les données sont collectées dans le cadre d'activités menées pour suivre l'indicateur 3.5.1 des ODD.
6.1. Au moins 50 % des pays allouent des ressources à la réduction de l'usage nocif de l'alcool par la mise en œuvre de politiques de lutte antialcoolique et par l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à la consommation d'alcool et les affections qui lui sont associées.	6.1.1 Nombre (absolu) de pays qui ont réservé des ressources à la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool au niveau national. 6.1.2. Nombre (absolu) de pays qui ont réservé des ressources à l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions visant à prévenir et à traiter les troubles dus à l'usage de substances psychoactives au sein des systèmes de santé. 6.1.3. Nombre (absolu) de pays ayant mis en place, le cas échéant, des financements spécifiques issus des recettes d'une taxe sur l'alcool ou d'autres recettes liées à la production et au commerce de l'alcool pour réduire l'usage nocif de l'alcool.	2022 2025 2027 2029/2030	Les données sont recueillies dans le cadre des enquêtes mondiales de l'OMS sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.5 des ODD, ainsi que dans le cadre d'autres activités de suivi pertinentes menées à l'échelle mondiale et régionale. Les outils actuels de collecte de données doivent être modifiés avant la communication des données sur ces indicateurs.

ANNEXE 14

RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE, ET DÉFINITION DE CIBLES À CET ÉGARD¹

[EB150/7, annexe 9 – 11 janvier 2022]

ANALYSE DES ASPECTS ESSENTIELS DE L'OBÉSITÉ

1. L'obésité est une maladie multifactorielle complexe qui se définit par un excès d'adiposité nuisant à la santé.² Il s'agit aussi d'un des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies non transmissibles (MNT) comme les cardiopathies coronariennes, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux, certains types de cancer, le diabète de type 2, les affections de la vésicule biliaire, la dyslipidémie, les troubles musculosquelettiques comme l'ostéoarthrite, la goutte, ainsi que les pneumopathies, y compris l'apnée du sommeil. L'obésité constitue le facteur de risque modifiable le plus important de diabète de type 2. En outre, les personnes obèses se trouvent souvent confrontées à des problèmes de santé mentale ainsi qu'à différents degrés de limitations fonctionnelles, c'est-à-dire à des handicaps liés à l'obésité,³ et sont victimes de préjugés et de discrimination dans la société.⁴ Il existe différents déterminants et causes de l'obésité, entre autres de caractère génétique, biologique, économique ou environnemental, et liés à l'accès aux soins de santé, à la santé mentale, au régime alimentaire, à l'éducation, à des facteurs socioculturels et à des intérêts commerciaux.

2. L'indice de masse corporelle (IMC) est un marqueur de l'adiposité calculé en divisant le poids par la taille, exprimée en mètres, au carré (kg/m²). Il est utilisé aux fins de surveillance de l'obésité dans la population. Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, les catégories de l'IMC définissant l'obésité varient selon l'âge et le genre. Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m², alors qu'un indice de 25 à 29,99 kg/m² définit la préobésité, elle aussi associée à un risque accru de maladie. Cette échelle du risque se poursuit, un IMC chez l'adulte supérieur à 25 kg/m² étant considéré comme du surpoids. Chez l'enfant de 5 à 19 ans, l'obésité est définie par un rapport IMC/âge supérieur de plus de deux écarts types à la médiane de la norme de croissance de l'OMS. Chez l'enfant de moins de 5 ans, l'indicateur utilisé est le surpoids, qui intervient lorsque le rapport poids/taille est supérieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'OMS.

¹ Voir la décision WHA75(11).

² CIM-11 Code 5B81.

³ ICF-OB : a multidisciplinary questionnaire based on the International Classification of Functioning, Disability and Health to address disability in obesity. *Eur J Physical Rehab Med.* 2018;54(1):119-21. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04836-5.

⁴ *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS.* OMS, Série de rapports techniques, 2000 ; 894 : i-xii, 1-284.

3. Au niveau mondial, la prévalence du surpoids et de l'obésité et le nombre de personnes concernées ont augmenté dans toutes les classes d'âge et continueront d'augmenter au cours de la décennie à venir.¹

	2000	2020	2030
Enfants de moins de 5 ans en surpoids	33,3 millions	38,9 millions	39,8 millions
Enfants de 5 à 19 ans obèses	52,3 millions	150 millions	254 millions
Adultes en surpoids	1,2 milliard	1,9 milliard	À déterminer ²
Adultes obèses	0,3 milliard	0,6 milliard	À déterminer

4. Des tendances inquiétantes se dessinent :

- près de la moitié des enfants de moins de 5 ans en surpoids vivent en Asie et plus d'un quart en Afrique ;
- en 2016, la prévalence de l'obésité chez l'enfant de 5 à 19 ans atteignait ou dépassait 20 % environ dans plusieurs pays du Pacifique, de la Méditerranée orientale, des Caraïbes et des Amériques.³ À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants et d'adolescents obèses a été multiplié par trois entre 2000 et 2016 ;⁴
- chez l'adulte, c'est dans les pays à revenu intermédiaire – surtout en Asie du Sud-Est et en Afrique – que le taux d'obésité augmente le plus rapidement. À l'échelle mondiale, on prévoit qu'un adulte sur cinq sera obèse d'ici à 2025, aucun pays n'étant en passe d'atteindre les cibles fixées pour juguler l'obésité d'ici là ;
- la plus grande partie de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité ont davantage de répercussions sur la charge de morbidité que l'insuffisance pondérale.⁵

5. Le surpoids et l'obésité au cours de l'enfance et de l'adolescence sont associés à des conséquences néfastes pour la santé et à une morbidité accrue à l'âge adulte. Il est important de prévenir et de combattre

¹ Concernant les enfants de moins de cinq ans, les estimations conjointes pour 2020 publiées par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale sur la malnutrition de l'enfant sont disponibles à l'adresse <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who-wb> (consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections non publiées pour 2030 préparées par le Département Nutrition et sécurité alimentaire de l'OMS sont en cours d'actualisation. Elles seront fournies dans la prochaine version de l'article sur les estimations concernant les enfants de 5 à 19 ans ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))), consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections non publiées pour 2030 sont fournies par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement. Voir également : Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30 (crude estimate) (%) adults ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))), consulté le 1^{er} décembre 2021). Les projections pour 2030 ne sont pas encore disponibles.

² Estimations en cours d'élaboration.

³ NCD Risk Factor Collaboration. « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults », *Lancet* 2017;390(10113):2627–2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

⁴ Observatoire mondial de la santé. Organisation mondiale de la Santé ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))), consulté le 11 avril 2022).

⁵ Prevalence of Obesity. World Obesity (<https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

l'excès pondéral chez l'enfant et l'adolescent pour de nombreuses raisons. En effet, il est difficile de perdre du poids et de ne pas en reprendre,¹ ce qui fait qu'une surcharge pondérale au cours de l'enfance et de l'adolescence conduit souvent au surpoids et à l'obésité à l'âge adulte.²

- Le surpoids affecte la santé immédiate des enfants et des adolescents ; il est associé à un risque plus élevé et à l'apparition plus précoce de diverses MNT comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires.^{3,4,5,6}
- L'obésité de l'enfant et de l'adolescent a différentes conséquences psychosociales indésirables ; elle a des répercussions sur les résultats scolaires et la qualité de vie, aggravées par la stigmatisation, la discrimination et le harcèlement.^{7,8}
- Les enfants obèses risquent fort de le rester à l'âge adulte et présentent un risque accru de développer des MNT en grandissant.

6. Le surpoids et l'obésité à l'âge adulte, notamment dans les populations vieillissantes, sont associés à un taux de mortalité plus élevé toutes causes confondues. Le risque d'être atteint par une forme sévère de maladie à coronavirus (COVID-19) est quatre fois plus élevé en cas d'obésité.⁹

7. Les personnes obèses sont souvent victimes de stigmatisation ou de préjugés, y compris de la part des professionnels de santé, ce qui peut avoir des répercussions sur l'accès aux soins, leur qualité et les traitements proposés.¹⁰ Le surpoids et l'obésité limitent en outre le niveau d'instruction tout au long de la vie et entravent l'accès au marché du travail ; ces affections constituent une charge significative pour le système de santé, la famille, l'employeur et la société dans son ensemble.^{11,12,13}

¹ MacLean P, Higgins J, Giles E, Sherk V, Jackman M. « The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. », *Obes Rev*, 2015;16 Suppl 1 (Suppl 1):45–54. doi: 10.1111/obr.12255.

² Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. « Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature », *Obes Rev.*, 2008;9(5):474–488. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.

³ Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. « Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935 », *N Engl J Med.*, 1992;327(19):1350–1355. doi: 10.1056/NEJM199211053271904.

⁴ Abdullah A, Wolfè R, Stoelwinder JU, De Courten, M, Stevenson C, Walls HL, *et al.* « The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality », *Int J Epidemiol.*, 2011;40(4):985–996. doi: 10.1093/ije/dyr018.

⁵ Park M, Falconer C, Viner R, Kinra S. « The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review », *Obes Rev.*, 2012;13(11):985–1000. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x.

⁶ Palma Dos Reis CR, *et al.* « The fetal origins of disease: a prospective cohort study on the association of preeclampsia and childhood obesity », *J Dev Orig Health Dis.*, 2021;1–7.

⁷ Caird J, Kavanagh J, O'Mara-Eves A. « Does being overweight impede academic attainment? A systematic review », *Health Educ J.*, 2014;73:497–521.

⁸ Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. « Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis », *Obes Rev.*, 2017, 18(7):742–754. doi: 10.1111/obr.12535.

⁹ Cai Z, Yang Y and Zhang J. « Obesity is associated with severe disease and mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis », *BMC Public Health*, 2021, 21(1)1505. doi: 10.1186/s12889-021-11546-6.

¹⁰ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. « Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity », doi: 10.1111/obr.12266.

¹¹ Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. « Health-economic burden of obesity in Europe », *Int J Epidemiol.*, 2008;23:499–509. doi: 10.1007/s10654-008-9239-1.

¹² *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.* Genève, OMS, 2016.

¹³ Shekar M, Popkin B, eds. 2020. « Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge », Human Development Perspectives series. Washington, D. C., Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-1491-4.

8. Les coûts de l'obésité et des affections liées à l'obésité augmentent. À l'échelle mondiale, on estime à 990 milliards de dollars des États-Unis le coût annuel total pour les services de santé de la prévalence actuelle de l'IMC trop élevé, ce qui équivaut à plus de 13 % des dépenses de santé.¹ L'obésité entraîne aussi des coûts indirects liés à une baisse de productivité, aux années de vie perdues et à une moins bonne qualité de vie. L'ensemble des coûts directs et indirects des soins de santé imputables à l'obésité représente actuellement environ 3,3 % du produit intérieur brut (PIB) total dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.²

9. Dans les pays à revenu élevé où l'épidémie d'obésité est bien implantée, la prévalence de cette affection est plus élevée dans les groupes socioéconomiques défavorisés. Dans les pays à revenu faible, la prévalence de l'obésité est habituellement plus élevée dans les groupes socioéconomiques plus aisés des villes, mais elle peut par la suite s'étendre à la société dans son ensemble, aussi bien en zone urbaine qu'en milieu rural.³

ACTIVITÉS ANTÉRIEURES DE L'OMS CONCERNANT L'OBÉSITÉ

10. En 1997, une consultation d'experts a conclu dans son rapport que les causes fondamentales de l'épidémie d'obésité dans le monde sont des modes de vie sédentaires et la consommation d'aliments riches en matières grasses et à forte teneur énergétique, qui résultent tous deux de changements sociétaux et de l'évolution des comportements communautaires consécutifs à l'urbanisation accrue, à l'industrialisation croissante et à la disparition des modes de vie traditionnels. Les experts ont recommandé : a) d'utiliser pour la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité des approches de santé publique visant à améliorer les connaissances et les compétences des communautés ainsi qu'à réduire l'exposition à un environnement favorisant l'obésité ; et b) de suivre une approche de services de santé intégrés dans les communautés pour la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les sujets à risque.

11. Des experts consultés en 2002 ont quant à eux souligné dans leur rapport qu'il était important : a) de promouvoir l'allaitement maternel exclusif du nourrisson et d'assurer un apport approprié en micronutriments pour promouvoir la croissance linéaire optimale du nourrisson et du jeune enfant ; et b) entre autres interventions, de restreindre l'apport d'aliments énergétiques pauvres en micronutriments (comme les collations préemballées) et la consommation de boissons sucrées, de limiter le temps passé par les enfants et les adolescents à regarder la télévision et de promouvoir chez eux un mode de vie actif. Ils ont également mis en lumière d'autres mesures visant notamment à limiter l'exposition des enfants aux pratiques de marketing intensif, à diffuser les informations et les compétences propres à encourager les bons choix en matière alimentaire, à modifier l'environnement pour favoriser l'activité physique à l'école et dans la communauté, et à créer davantage d'occasions pour que les familles interagissent (en prenant par exemple les repas ensemble). Dans les pays de prévalence de la dénutrition, le rapport précisait que les programmes visant à la prévenir ou à y remédier devaient comparer la taille au poids afin d'éviter un apport énergétique excessif aux enfants dont le rapport poids/âge est faible, mais dont le rapport poids/taille est normal. Ces recommandations ont été reprises dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.⁴ Après la publication du rapport de 2002, des données supplémentaires sont apparues concernant les vecteurs complexes de l'obésité, notamment ses conséquences sur la santé maternelle et fœtale, le rôle de la santé mentale, du sommeil et d'autres

¹ Calculating the costs of the consequences of obesity. World Obesity Federation, 2017.

² *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. OECD Health Policy Studies. Paris, OCDE, 2019.

³ Pampel FC, Denney JT, Krueger PM. « Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis », *Soc Sci Med.*, 2012;74(7):1073-1081. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.028.

⁴ Voir la résolution WHA57.17 (2004).

facteurs sur le risque d'obésité, et l'effet des changements métaboliques sur la perte durable de poids, ainsi que les innovations concernant certaines options de traitement clinique.

12. Le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (2012) a fixé une cible mondiale consistant à éviter une augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale d'ici à 2025. Parmi les principales mesures visant à réduire le risque de prise de poids excessive chez l'enfant, figuraient notamment les suivantes : 1) intervenir contre l'exposition précoce au risque pour améliorer l'état nutritionnel et le profil de croissance ; 2) améliorer les connaissances au niveau communautaire et les normes sociales ; 3) limiter l'exposition des enfants au marketing de produits alimentaires ; 4) influencer le système et l'environnement alimentaires ; et 5) améliorer la nutrition de proximité.

13. Dans son rapport de 2016, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a élaboré un ensemble complet de recommandations. Il s'agit notamment : 1) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d'aliments sains et diminuant celle d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées chez l'enfant et l'adolescent ; 2) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent ; 3) de renforcer les orientations pour la prévention des MNT et de les intégrer à celles en vigueur actuellement pour les soins avant et pendant la grossesse, afin de réduire le risque d'obésité de l'enfant ; 4) de fournir des orientations et un soutien concernant l'alimentation saine, le sommeil et l'activité physique pendant la petite enfance afin que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes ; 5) de mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance des notions de base en santé et en nutrition et l'activité physique chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents ; et 6) de fournir aux enfants obèses et aux jeunes obèses des services centrés sur la famille et le mode de vie, et comportant de multiples éléments, afin de les aider à maîtriser leur poids.

14. C'est sur ces travaux, ainsi que sur les nombreuses expériences accumulées par les pays au cours des vingt dernières années, que s'appuient les principes et recommandations qui suivent. On s'efforce actuellement d'élargir la base de connaissances et de mettre au point des approches stratégiques et des modèles de prestation de services supplémentaires.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

15. La prévention et la prise en charge de l'obésité nécessitent un environnement sain, favorable et bienveillant permettant à chacun de s'alimenter de façon saine et équilibrée sur le plan énergétique, de pratiquer une activité physique à un niveau adéquat et de tenir compte de la santé mentale. Dans ses lignes directrices sur l'apport de sucres chez l'adulte et l'enfant,¹ l'OMS recommande un apport de sucres libres inférieur à 10 % de l'apport énergétique total, voire inférieur à 5 %. Dans ses lignes directrices relatives à l'activité physique et au comportement sédentaire des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, l'OMS recommande pour les enfants et les adolescents au moins 60 minutes d'activité physique modérée à intense par jour tout au long de la semaine ; pour les adultes au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie modérée sont recommandées chaque semaine, ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie intense ou un mélange équivalent de ces deux types d'activité tout au long de la semaine. Il faudra peut-être adapter les recommandations concernant l'activité physique pour les personnes âgées.

16. Les mesures de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité doivent suivre des approches systémiques dans des domaines spécifiques, et notamment :

¹ Directive : Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant (résumé d'orientation). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

- une approche reposant sur l'ensemble du gouvernement et de la société ;
- une approche tenant compte de toutes les étapes de la vie, dans le cadre de laquelle les efforts de prévention primaire sont susceptibles d'avoir un effet optimal s'ils sont entrepris dès la petite enfance avec l'appui des parents ;¹
- des services de santé intégrés garantissant la continuité des soins et couvrant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la prise en charge.

17. Les décideurs doivent veiller à ce que les politiques relatives au genre aient des retombées pour toutes les tranches d'âge, dans tous les groupes socioéconomiques et dans les populations vulnérables. Les déterminants environnementaux, sociaux et commerciaux du surpoids et de l'obésité doivent également être pris en compte. Il est important de suivre une approche fondée sur les droits humains aussi bien pour justifier l'action que pour orienter les choix stratégiques.

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ AUX GOUVERNEMENTS DE PRENDRE

18. Appliquer des approches, des mesures et des stratégies multisectorielles et reposant sur le principe de prise en compte de la santé dans toutes les politiques aux différents niveaux de la chaîne de causalité de l'obésité, dans la mesure où la prévention et la prise en charge de l'obésité ne sont possibles qu'en influençant simultanément les politiques publiques appliquées dans différents domaines. Ces approches, mesures et stratégies doivent porter, entre autres, sur la santé, les systèmes alimentaires, la protection sociale, le cadre bâti et l'activité physique, les finances et le commerce, les connaissances en santé et l'éducation pour la santé. Des plans d'action exhaustifs, fondés sur des bases factuelles, pour la prévention et la prise en charge de l'obésité dans toutes les tranches d'âge et tous les groupes de population doivent également être mis en place.

Santé

19. Assurer la continuité des soins en veillant à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de l'obésité dans le cadre du plan national pour la couverture sanitaire universelle.

20. Intégrer la prévention et la prise en charge de l'obésité dans les soins primaires. Les régimes d'assurance-maladie devraient couvrir un éventail de services de prévention et de prise en charge de l'obésité afin d'éviter qu'il reste des frais à la charge des personnes touchées et de leurs familles.

21. Dispenser des conseils sur la diététique, le poids et l'allaitement maternel du point de vue de la mère et de l'enfant dans le cadre des soins prénatals et postnatals, évoquer également l'activité physique et le sevrage tabagique, et mesurer la prise de poids pendant la grossesse. Promouvoir, protéger et faciliter l'allaitement maternel, notamment par l'application exhaustive du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions adoptées ultérieurement sur la question, et mettre en œuvre l'initiative Hôpitaux amis des bébés.

¹ Wilkinson TM. « Obesity, equity and choice », *J Med Ethics*, mai 2019;45(5):323–328. doi: 10.1136/medethics-2018-104848.

22. Appliquer les lignes directrices de l’OMS pour aider les agents chargés des soins de santé primaires à repérer et à prendre en charge le surpoids ou l’obésité de l’enfant¹ dans le contexte des priorités nationales. Les mesures à prendre sont notamment les suivantes :

a) peser et mesurer tous les nourrissons et enfants de moins de 5 ans amenés dans un établissement de soins de santé primaires, afin de déterminer le rapport poids/taille et l’état nutritionnel en se fondant sur les normes de croissance de l’OMS.^{2,3} La comparaison entre le poids de l’enfant et les normes de taille (couché ou debout) permet une évaluation efficace tant de l’émaciation que du surpoids ;

b) conseiller les parents, les membres de la famille et les personnes chargées des soins dans le domaine de la promotion de la santé, en particulier en matière d’alimentation saine et d’activité physique, notamment en encourageant et en facilitant l’allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois et la poursuite de cet allaitement jusqu’à 24 mois ou au-delà,⁴ ce soutien devant être associé à un plan nutritionnel adapté ;

c) élaborer un plan pluridisciplinaire pour la prise en charge des enfants obèses en adoptant une approche centrée sur la famille. Ce plan peut être établi par un professionnel de santé au niveau des soins de santé primaires et/ou au niveau communautaire, à condition que cette personne ait été formée à cet effet, ou dans un établissement d’orientation ou un hôpital local.

23. S’assurer que les activités de promotion de la santé, notamment en matière de suivi et de gestion du poids, soient proposées de façon équitable et mises en place progressivement pour toutes les tranches d’âge, notamment dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Veiller également à ce que les personnes obèses aient accès à des professionnels de santé formés, à la surveillance du poids et au dépistage, à une alimentation saine, à l’activité physique, à un soutien psychologique, à des conseils, ainsi qu’à des traitements médicamenteux et à la chirurgie.

24. Intégrer la prévention et la prise en charge de l’obésité dans des équipes cliniques pluridisciplinaires pour que les personnes obèses bénéficient d’un soutien et d’un traitement adéquats, y compris en ce qui concerne les comorbidités et les coaffections (santé mentale et handicap) liées à l’obésité. Promouvoir et garantir un accès équitable à des soins de qualité.

25. Veiller à ce qu’un nombre suffisant de professionnels de santé soient correctement formés à la prévention et à la prise en charge de l’obésité dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue.

Systèmes alimentaires

26. Améliorer l’accessibilité, notamment économique, d’une alimentation saine pour l’ensemble de la population en prenant les mesures suivantes :

a) instaurer une politique agricole plus cohérente et plus porteuse dans le but de renforcer la durabilité du système alimentaire pour promouvoir une alimentation saine et sans danger par la réduction de l’apport calorique journalier sous forme de graisses et de sucres et par l’augmentation du nombre de portions quotidiennes de céréales complètes, de légumineuses, de fruits à coque, de

¹ Guideline : assessing and managing children at primary health facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

² Normes de croissance de l’OMS pour les enfants de moins de 5 ans.

³ Référence de l’OMS concernant la croissance des enfants de 5 à 19 ans.

⁴ Guideline : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

légumes et de fruits.¹ Il s'agit entre autres d'inciter les fabricants de denrées alimentaires à changer la formulation de leurs produits ;

b) restructurer l'environnement alimentaire (y compris les environnements numériques)² au moyen de mesures fiscales et tarifaires (taxes et avantages) favorisant la consommation de céréales complètes, de légumineuses, de fruits à coque, de légumes et de fruits, et faisant reculer la demande de produits riches en graisses, en sucres et en sel/sodium ;

c) réglementer le marketing d'aliments et de boissons riches en graisses, en sucres et en sel/sodium, ainsi que la commercialisation des substituts du lait maternel et des laits de suite, y compris en ligne ;

d) mettre en place un étiquetage nutritionnel permettant aux consommateurs de mieux appréhender la teneur en nutriments des produits alimentaires, notamment au moyen d'informations faciles à comprendre au moment de faire leur choix (par exemple au moyen de l'étiquetage nutritionnel au recto des emballages ou de l'étiquetage sur les menus) ;

e) élaborer des politiques publiques d'achats et de services alimentaires qui privilégient l'achat, la distribution, la vente et/ou l'offre de produits favorisant une alimentation saine dans les écoles et autres établissements publics tels que les bureaux de l'administration publique, les crèches, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les hôpitaux, les centres de santé, les centres communautaires, les bases militaires et les établissements pénitentiaires.³

Protection sociale et assistance publique

27. Concevoir des programmes de protection sociale axés sur une alimentation saine et durable (prévoyant notamment des allocations) pour faciliter l'accès à une alimentation saine et promouvoir la durabilité et l'équité socioéconomique. Ces programmes peuvent également contribuer à réduire les écarts entre les systèmes alimentaires en rattachant aux programmes les petits producteurs agroécologiques et les opérateurs de ces systèmes et en créant par conséquent des cercles vertueux favorisant l'équité entre bénéficiaires et prestataires.

Cadre bâti et activité physique

28. Collaborer avec les autorités municipales pour faciliter l'accès à une alimentation saine, par exemple en installant des marchés de produits frais ou en prenant des mesures d'aménagement du territoire, de même que pour promouvoir l'activité physique, par exemple au moyen de la mobilité active. La majorité de la population mondiale vit dans un environnement dominé par la prolifération des denrées alimentaires bon marché à forte densité énergétique offrant peu d'occasions de s'adonner à une activité physique, ce qui favorise la prise de poids.

29. Adopter et appliquer les lignes directrices et les recommandations stratégiques de l'OMS relatives à l'activité physique et à la sédentarité. Les lignes directrices donnent des détails concernant le degré d'activité physique nécessaire pour être en bonne santé en fonction de la tranche d'âge et des groupes de population.

¹ Obésité. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/fr/health-topics/obesity#tab=tab_3, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Digital food environments. Factsheet. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

³ Raine KD, Atkey K, Dana L, Ferdinands A, Beaulieu D, Buhler S, *et al.* « Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations », *Health Promot Chronic Dis Prev Can.*, 2018; 38(1): 6–17. doi: 10.24095/hpcdp.38.1.03.

30. Appliquer les mesures stratégiques recommandées dans le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 de l'OMS, qui contient des recommandations sur les moyens pour les pays : 1) de mettre en place des normes et attitudes sociales positives en améliorant les connaissances sur les multiples avantages d'une activité physique régulière, en tenant compte de l'évolution des capacités tout au long de la vie ; 2) d'aménager des environnements favorisant et protégeant le droit de chacun de disposer d'un accès équitable à des espaces et des lieux sûrs dans la ville et la communauté où pratiquer une activité physique régulière ; 3) de proposer des programmes et services adéquats et appropriés dans les cadres essentiels propres à aider chacun, indépendamment de son âge ou de son état de forme, à pratiquer une activité physique régulière seul, en famille ou avec des membres de sa communauté ; et 4) de renforcer la gouvernance, les systèmes de données et les investissements pour mettre en œuvre des mesures efficaces et coordonnées à l'échelle mondiale, nationale et infranationale afin d'accroître l'activité physique et de réduire les comportements sédentaires.

Connaissances en santé et éducation pour la santé

31. Élaborer, adapter et appliquer des lignes directrices diététiques et notamment des outils visant à promouvoir les bonnes habitudes de consommation alimentaire et à améliorer le bien-être nutritionnel. Ces lignes directrices traduisent les orientations scientifiques sur la relation entre alimentation, nutrition et santé en conseils et messages portant sur les produits alimentaires, en tenant compte de la situation de chaque pays, des groupes vulnérables, de l'état nutritionnel de la population, de la disponibilité des produits alimentaires, des habitudes alimentaires et du contexte culturel. Elles servent aussi d'instrument de mise en œuvre des politiques et programmes nutritionnels nationaux et permettent d'orienter les politiques alimentaires et agricoles.¹

32. Mettre en œuvre, dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'obésité, des campagnes de promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, venant compléter d'autres mesures propres à façonner l'environnement alimentaire ou à orienter les modes de vie.² Il s'agit de recueillir les éléments comportementaux et culturels issus des sciences sociales et de la santé pour élaborer des mesures destinées à modifier les comportements, par exemple des programmes pour apprendre à mieux cuisiner.

Suivi et évaluation

33. Établir des systèmes de surveillance, notamment en ce qui concerne le poids, la taille, l'apport alimentaire et l'activité physique des personnes de toutes les tranches d'âge.

34. Suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques et des programmes dans différents secteurs, y compris en ce qui concerne l'accès à des soins de qualité et aux interventions cliniques, les capacités des agents de santé, la disponibilité des aliments sains et les répercussions des mesures prises aux fins de réduction de l'obésité à toutes les étapes de la vie.

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ AUX AUTRES ACTEURS SOCIAUX DE PRENDRE

Société civile

35. Encourager les gouvernements à mettre en place une riposte nationale ambitieuse pour rendre les aliments sains plus facilement disponibles, plus accessibles et moins onéreux ; promouvoir le recours à

¹ Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. « A Global Review of FoodBased Dietary Guidelines », *Adv Nutr.*, 2019;10(4):590–605. doi : 10.1093/advances/nmy130.

² Appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

une alimentation saine et à l'activité physique ; et appuyer la mise en œuvre de politiques connexes et en évaluer les progrès.

36. Faire en sorte que les personnes obèses ou touchées par l'obésité soient mieux entendues, et sensibiliser au problème de l'obésité.

37. Mobiliser le grand public afin de renforcer la demande de politiques de prévention de l'obésité, notamment en améliorant et en harmonisant les informations diffusées ; en définissant des cadres relatifs à l'obésité rationnels pour chaque population ; en renforçant les activités de plaidoyer dans les médias ; en contribuant à la protestation populaire et à l'engagement des citoyens ; et en offrant un environnement politique réceptif, avec des agents du changement dans tous les secteurs et organisations.

Milieu universitaire

38. Compiler et élargir les bases factuelles concernant les causes, les déterminants et les conséquences de l'obésité ainsi que les mesures de riposte prises au niveau des individus, des communautés et des sociétés.

39. Concevoir et appliquer des programmes d'évaluation des politiques afin d'évaluer les effets des interventions recommandées en les associant à des analyses coût/efficacité, de même que la faisabilité de ces interventions et la possibilité de les mettre en œuvre à grande échelle.

Acteurs économiques du système alimentaire

40. Garantir l'accès à une alimentation saine, de la production à la promotion en passant par la distribution. Les fabricants devraient changer la formulation de leurs produits, notamment des produits destinés aux enfants (en diminuant leur teneur en sucres et en sel), et réduire la taille des portions. Toutes les entreprises peuvent offrir une alimentation saine sur le lieu de travail. Les chaînes de distribution alimentaire pourraient faciliter l'accès à des produits frais, en particulier aux fruits et légumes, et contribuer à en faire la promotion par le placement de produits. Les entreprises de restauration peuvent prendre des mesures pour mettre leur offre en conformité avec les lignes directrices diététiques nationales.

Acteurs économiques des secteurs du sport, de l'activité physique et des loisirs

41. Renforcer la promotion et l'offre d'activités physiques sur le lieu de travail ; améliorer l'accès aux salles de sport, clubs et centres de loisirs, ainsi que leur accessibilité économique ; promouvoir les technologies portables ; et contribuer à élargir l'offre en matière d'éducation physique et de sport scolaire pour tous les enfants.¹

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ À L'OMS DE PRENDRE

Élaboration d'orientations et mise au point d'outils

42. Étendre les orientations destinées aux professionnels de la santé à la prévention et à la prise en charge de l'obésité dans toutes les tranches d'âge, y compris au moyen d'interventions brèves.

¹ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, *et al.* « Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity », *Lancet*, 2015;385(9985):2422–31. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61743-8.

43. À partir d'orientations normatives et techniques, mettre au point des manuels et outils opérationnels ainsi que des approches intégrées que les États Membres pourront adopter.
44. Promouvoir l'application universelle des orientations de l'OMS en matière d'alimentation saine et de politiques visant à façonner l'environnement alimentaire pour que chacun, quel que soit son âge, ait accès aux services de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité, y compris les personnes vulnérables et les populations déplacées.
45. Consigner et diffuser les bonnes pratiques adoptées par les gouvernements dans leurs actions de prévention et de prise en charge de l'obésité.
46. Faire participer d'autres organismes des Nations Unies, comme l'UNICEF et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, dont la mission englobe aussi l'obésité.

Renforcement des capacités des prestataires de services

47. Contribuer à l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés en nutrition et veiller à la qualité de leurs compétences et des services fournis. La plupart des professionnels de santé n'ont pas reçu une formation suffisante pour traiter les problèmes liés à l'alimentation, à l'activité physique et à la nutrition, y compris pour ce qui a trait à la prise en charge de l'obésité, lacune qui a des conséquences sur la qualité des soins prodigués à la population concernée et aux membres de leurs familles et/ou aux aidants. Dans de nombreux pays, aucune formation en nutrition ou à la prévention et à la prise en charge de l'obésité n'est obligatoire dans les programmes des études de médecine, de soins infirmiers ou autres formations professionnelles.¹ L'augmentation du nombre de professionnels de santé ayant reçu une formation de qualité en matière de prévention et de prise en charge de l'obésité, notamment au niveau de la formation initiale, améliorera l'accès aux services destinés aux personnes obèses, leur couverture et leur qualité.

Dialogue stratégique et appui à la mise en œuvre

48. Participer à des dialogues stratégiques et politiques avec les ministères de la santé en préconisant une intervention et l'utilisation des outils stratégiques fondés sur des données factuelles et d'un bon rapport coût/efficacité les mieux adaptés au contexte national. L'OMS concentrera ses efforts et ses ressources dans plusieurs pays prioritaires disposés à agir qui sont confrontés à une forte charge de morbidité en lien avec l'obésité et le surpoids.
49. Suivre l'adoption de politiques et de leurs effets, et appuyer leur mise en œuvre dans les pays.

CIBLES

Cibles de résultat

50. Les cibles et indicateurs de résultat ci-après ont été approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies :
- a) stopper d'ici à 2025 la progression de l'obésité chez l'enfant de moins de 5 ans,² l'adolescent et l'adulte³ (par rapport à la situation de 2010) ;

¹ Kris-Etherton PM, Akaba SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, *et al.* « Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm », *Adv Nutr.*, 2015;6(1):83–7. doi: 10.3945/an.114.006734.

² Voir le document WHA65/2012/REC/1, annexe 2.

³ Voir le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

- b) mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes d'ici à 2030 (par rapport à la situation de 2015) ;
- c) atteindre d'ici à 2030 une prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans inférieure ou égale à 3 %.

Cibles de résultats intermédiaires

51. L'adoption de cibles de résultats intermédiaires et de cibles de processus pourrait faciliter l'application des mesures à plus grande échelle. Les cibles de résultats intermédiaires se rapportent aux principaux maillons de la chaîne de causalité conduisant à l'obésité. Elles peuvent être liées à la qualité de l'alimentation et au niveau d'activité physique. Les cibles de résultats intermédiaires proposées sont notamment les suivantes :

- a) réduire chez l'adulte et chez l'enfant, comme le recommande l'OMS, la consommation de sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total. Cette cible repose sur une recommandation forte publiée en 2015 dans les lignes directrices de l'OMS sur l'apport de sucres chez l'adulte et chez l'enfant ;¹
- b) porter les taux d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %. Il s'agit de l'une des six cibles mondiales pour la nutrition approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé ;²
- c) parvenir à une réduction relative de 15 % de la prévalence mondiale de l'inactivité physique chez l'adulte et chez l'adolescent d'ici à 2030.³ Cette cible a été fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et actualisée dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030.

Cibles de processus

52. Les cibles de processus concernent l'existence de politiques recommandées par l'OMS et d'une couverture effective des services pouvant conduire aux changements souhaités en matière de résultats intermédiaires (alimentation et activité physique) et de résultat final (prévalence de l'obésité). Les cibles de processus à atteindre à l'horizon 2030 sont notamment les suivantes :

- a) améliorer la couverture des services de soins de santé primaires assurant la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ;
- b) porter la densité des professionnels de la nutrition à un minimum de 10 pour 100 000 habitants (justification : cet indicateur est déjà intégré dans le cadre mondial de suivi concernant la nutrition⁴ et figure dans le système d'information sur le paysage nutritionnel ;⁵ situation en 2016-2017 : 2,2 professionnels pour 100 000 habitants) ;

¹ Directive : Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant (résumé d'orientation). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² Voir le document WHA65/2012/REC/1, annexe 2.

³ Par rapport à la situation de 2016.

⁴ *Cadre mondial de suivi de la nutrition : guide pratique pour le suivi des avancées par rapport aux cibles mondiales 2025*. OMS et UNICEF (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272261/9789242513608-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

⁵ Nutrition Landscape Information System : GNMF Profile (who.int)(NLiS). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework>).

-
- c) les réglementations visant à lutter contre le marketing d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants sont plus largement adoptées (indicateur recueilli par l'examen des politiques mondiales en matière de nutrition¹ et l'enquête sur les capacités des pays en matière de MNT ;² point de référence : 47 pays, selon la base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition) ;
- d) tous les pays mènent des campagnes nationales de sensibilisation du grand public à l'importance de l'activité physique (conformément aux éléments utilisés dans le cadre du suivi des progrès réalisés et aux meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT en 2018) ; et
- e) tous les pays sont dotés d'un protocole national pour faire une évaluation et donner des conseils en matière d'activité physique au niveau des soins primaires (conformément aux éléments utilisés dans le cadre du suivi des progrès réalisés et aux meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT en 2018).
-

¹ *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514873>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

² NCD Country Capacity Survey. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdcss>, consulté le 1^{er} décembre 2021).

ANNEXE 15

PLAN DE TRAVAIL DU MÉCANISME MONDIAL DE COORDINATION POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2022-2025¹

[EB150/7, Annexe 10 – 11 janvier 2022]

[Les paragraphes 1 à 5 présentaient le mandat et le processus ayant régi l'élaboration du plan de travail.]

Portée, objet et modalités

6. Le plan de travail s'articule autour des domaines prioritaires assignés par les États Membres au mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans la décision WHA74(11). En outre, les orientations et les recommandations formulées dans les évaluations préliminaires et finales^{2,3} du mécanisme mondial et dans l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020⁴ ont étayé le plan de travail ainsi que la théorie du changement et le modèle logique. Les domaines prioritaires visent à garantir une approche plus ciblée de la mise en œuvre des cinq fonctions, conformément à la portée et à l'objet du mécanisme mondial, comme le prévoit son mandat, ainsi qu'aux programmes de l'OMS relatifs aux maladies non transmissibles (MNT).

7. Les modèles de mise en œuvre pour l'ensemble des activités du plan de travail visent à systématiser une collaboration plus efficace avec les participants au mécanisme mondial, à améliorer la capacité du mécanisme mondial de s'acquitter de son obligation de rendre des comptes et de répondre aux besoins des États Membres et à renforcer l'impact au niveau des pays afin de garantir un soutien ciblé à la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles par le renforcement des capacités nationales, du leadership, de la gouvernance, de l'action multisectorielle et des partenariats, l'objectif étant d'accélérer la lutte contre les MNT dans les pays et de s'attaquer à leurs facteurs de risque.

8. Lors de la mise en œuvre du plan de travail, le mécanisme mondial collaborera en permanence avec les parties prenantes concernées au sein de l'OMS, notamment avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays, afin de favoriser et de renforcer la mobilisation significative de l'Organisation, de ses États Membres et des acteurs non étatiques, y compris de la société civile, des personnes vivant avec des MNT ou touchées par celles-ci, des entités du secteur privé concernées et du monde universitaire. Les indicateurs de performance permettront de suivre au fil du temps les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et de procéder en temps voulu aux ajustements requis.

9. Le présent plan de travail ainsi que la théorie du changement et le modèle logique dont il s'accompagne seront affinés sur la base des contributions continues des États Membres et du processus de planification stratégique en cours, en plus d'être consolidés à la lumière de données qualitatives et quantitatives, d'études de cas et d'autres indicateurs de performance.

¹ Voir la décision WHA75(11).

² Voir le document A71/14 Add.1.

³ Voir le document A74/10 Add.2.

⁴ Voir le document A74/10 Add.1.

DOMAINES PRIORITAIRES, ACTIVITÉS ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

Domaine prioritaire 1

Être le pilier opérationnel de la collaboration en matière de connaissances et de la diffusion de ripostes multipartites novatrices à l'échelle des pays en sensibilisant les États Membres et les acteurs non étatiques à la collaboration en matière de connaissances, en promouvant ce type de collaboration et en créant conjointement, en améliorant et en diffusant des informations reposant sur des bases factuelles pour aider les gouvernements à adopter des approches multisectorielles et multipartites efficaces.

Action 1.1 : renforcer et restructurer le portail d'accès au savoir (KAP) afin de soutenir les activités du mécanisme mondial et d'offrir un appui à ses participants.

Activité 1.1.1 (2022-2025) : étendre les données et les informations, notamment en faisant le bilan des expériences multisectorielles et multipartites aux niveaux mondial, régional et national, et en faisant le point sur la participation et l'action communautaires, les meilleures pratiques et les expériences concluantes des participants au mécanisme mondial.

Résultat attendu : un KAP actualisé qui contient des informations à jour et pertinentes sur les expériences multisectorielles et multipartites ainsi que sur la participation et l'action communautaires ; les pays et les participants au mécanisme mondial utilisent ces informations pour étayer les plans nationaux et infranationaux et renforcer les interventions au niveau des pays.

Indicateurs de performance :

- la fréquentation du KAP augmente de 25 % d'ici à 2025 par rapport à l'année de référence 2021 (ce qui inclut les pages consultées, le taux de clics et le temps passé sur le site) ;
- la quantité de contenu soumis par l'OMS, ses États Membres et d'autres participants au mécanisme mondial entre 2022 et 2025.

Activité 1.1.2 (troisième trimestre 2022) : ajuster le KAP en vue d'améliorer ses fonctionnalités de manière à renforcer le partage de connaissances entre les participants au mécanisme mondial dans le cadre des activités du plan de travail.

Résultat attendu : un KAP de meilleure qualité qui est utilisé par les pays et d'autres parties prenantes de l'OMS en vue de renforcer la participation et la collaboration et d'aligner les réalisations du mécanisme mondial sur les besoins des pays.

Indicateurs de performance :

- la fréquentation du KAP augmente de 25 % d'ici à 2025 par rapport à l'année de référence 2021 (ce qui inclut les pages consultées, le taux de clics et le temps passé sur le site) ;
- le suivi analytique des visites uniques sur des pages spécifiques est amélioré ou cette fonctionnalité est ajoutée au KAP à partir de 2021.

Action 1.2 : fournir des informations sur les besoins en matière de santé des groupes marginalisés et des groupes de population qui vivent dans des situations de vulnérabilité afin de promouvoir l'équité dans la lutte contre les MNT.

Activité 1.2.1 (2022-2025) : organiser la série de webinaires « NCD Voices in the Decade of Action ».

Résultat attendu : l'opinion et les besoins en matière de santé des groupes marginalisés et des populations vulnérables sont pris en compte dans les mesures de lutte contre les MNT au niveau national, des efforts étant déployés pour garantir que les personnes les plus exposées ne sont pas laissées de côté.

Indicateurs de performance :

- au moins 10 webinaires sont organisés d'ici à 2025 ;
- des données sur la participation aux webinaires et le niveau de satisfaction, recueillies via des enquêtes auprès des participants, sont analysées.

Domaine prioritaire 2

Être un catalyseur de l'inventaire mondial des mesures multipartites prises à l'échelle des pays, ainsi que de la conception conjointe et de la transposition à plus grande échelle d'approches, de solutions ou d'initiatives novatrices visant à renforcer les mesures multisectorielles et multipartites efficaces.

Action 2.1 : élaborer un registre en ligne et un rapport spécial axés sur les mesures multisectorielles les plus efficaces pour lutter contre les MNT et les troubles mentaux.

Activité 2.1.1 (2022-2025) : élaborer et gérer un registre en ligne recensant des exemples d'approches et d'expériences multisectorielles nationales ou infranationales en matière de lutte contre les MNT et les troubles mentaux, qui contiendrait également des informations sur les données probantes sous-tendant ces approches ou permettant de les évaluer.

Résultat attendu : les pays consultent le registre et s'appuient sur les bilans d'expérience pour mener des actions multisectorielles efficaces contre les MNT et les troubles mentaux aux niveaux national et infranational.

Indicateurs de performance :

- une représentation équilibrée des États Membres au sein du registre, avec un intérêt particulier pour les données d'expérience émanant des pays à revenu faible ou intermédiaire de l'ensemble des Régions de l'OMS ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des visites uniques sur le registre et au suivi analytique du téléchargement des études de cas dans l'année suivant la création du registre.

Activité 2.1.2 (2023) : élaborer un rapport spécial sur les approches et les expériences multisectorielles aux niveaux national ou infranational en matière de lutte contre les MNT et les troubles mentaux dans l'ensemble des Régions de l'OMS.

Résultat attendu : un rapport spécial contenant une analyse des meilleures pratiques, expériences et approches adoptées par les États Membres et d'autres parties prenantes pour mettre en place des interventions multisectorielles nationales et infranationales en vue de combattre les MNT et les troubles mentaux.

Indicateurs de performance :

- au moins 100 participants prennent part à la manifestation organisée à l'occasion de la publication du rapport ou à d'autres activités, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS étant présents à cette occasion ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du rapport spécial dans l'année suivant sa publication.

Action 2.2 : deuxième réunion générale du mécanisme mondial.

Activité 2.2.1 (2023) : organiser la réunion générale du mécanisme mondial, et veiller à ce que les personnes vivant avec des MNT puissent y prendre part.

Résultat attendu : les participants au mécanisme mondial se réunissent pour partager les bilans d'expérience, faire le point sur l'utilisation et l'efficacité des ressources, affirmer leurs engagements et accélérer l'action multisectorielle et multipartite menée aux niveaux local, national, régional et mondial afin d'atteindre les cibles du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que la cible 3.4 des objectifs de développement durable (ODD) et les autres cibles et objectifs liés aux MNT du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (les résultats de la réunion permettront de déterminer les ajustements que devra opérer le mécanisme mondial en prévision de la phase de mise en œuvre suivante).

Indicateurs de performance :

- au moins 100 États Membres et 80 % des participants au mécanisme mondial assistent à la réunion générale, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu étant présents à cette occasion ;
- un rapport est établi à l'issue de la réunion générale du mécanisme mondial ; celui-ci recense notamment les contributions significatives des participants et les expériences concluantes des États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu en matière de mise en œuvre d'interventions multisectorielles et multipartites avec l'appui du mécanisme mondial.

Domaine prioritaire 3

Communiquer des orientations actualisées aux États Membres concernant leur collaboration avec les acteurs non étatiques, y compris sur la prévention et la gestion des risques potentiels.

Action 3.1 : fournir aux États Membres qui envisagent, en vue de lutter contre les MNT, de collaborer avec des acteurs non étatiques – à commencer par le secteur privé – des orientations concernant les

avantages d'une telle collaboration et les approches existantes en matière de gestion des risques, et ce au moyen d'un outil destiné à les aider à prendre des décisions éclairées, en faisant fond sur les orientations, l'expérience et les compétences spécialisées de l'OMS et des autres parties prenantes concernées.

Activité 3.1.1 (quatrième trimestre 2022) : entreprendre un processus consultatif complet qui associe l'OMS, ses États Membres et les acteurs non étatiques concernés afin de mettre au point un outil destiné à aider les États Membres à prendre des décisions concernant leur éventuelle collaboration avec le secteur privé en vue de lutter contre les MNT.

Résultat attendu : les États Membres qui envisagent, en vue de lutter contre les MNT, de collaborer avec des acteurs non étatiques – à commencer par le secteur privé – sont sensibilisés à l'utilisation d'approches de gestion des risques, en tenant compte des priorités nationales pour atteindre la cible 3.4 des ODD et en évaluant le rapport avantages/risques, y compris les stratégies d'atténuation des risques.

Indicateurs de performance :

- les trois niveaux de l'Organisation, les États Membres et les acteurs non étatiques participant au mécanisme mondial se mobilisent pour appuyer la mise au point de l'outil ;
- au moins 100 participants prennent part à la manifestation organisée à l'occasion du lancement de l'outil, des représentants d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS et de toutes les catégories de revenu étant présents à cette occasion ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques de l'outil dans l'année suivant son lancement.

Activité 3.1.2 (2024-2025) : aider les pays à renforcer leur capacité d'utiliser et d'adapter au contexte l'outil de l'OMS afin qu'ils puissent prendre des décisions sur leur collaboration avec le secteur privé en matière de lutte contre les MNT en étant conscients des avantages et des risques.

Résultat attendu : la capacité des États Membres de prendre des décisions éclairées sur leur éventuelle collaboration avec le secteur privé en matière de lutte contre les MNT est renforcée grâce à l'outil et à l'appui technique fourni par l'OMS quant à son utilisation, l'objectif étant de répondre aux priorités nationales et d'atteindre la cible 3.4 des ODD tout en tenant dûment compte de l'évaluation et de la gestion des avantages et des risques.

Indicateurs de performance :

- au moins six pays ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre l'outil d'ici à 2025, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- l'outil est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, les bureaux régionaux/les bureaux de pays adaptent l'outil, celui-ci est inclus parmi les outils de l'OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Action 3.2 : encourager le groupe de travail de la société civile de l'OMS à favoriser la contribution significative de la société civile à la lutte contre les MNT et à la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Activité 3.2.1 (2022-2025) : établir la troisième phase de l'action du groupe de travail de la société civile de l'OMS sur les maladies non transmissibles.

Résultat attendu : les orientations et recommandations de la société civile sont communiquées au Directeur général de l'OMS pour appuyer la mise en œuvre de politiques, de programmes et de services efficaces en matière de lutte contre les MNT et la collaboration de l'OMS avec la société civile dans ce domaine est rendue opérationnelle.

Indicateurs de performance :

- le nombre de participants a augmenté par rapport à l'année de référence 2021, la représentation étant équitable entre les différentes MNT, les différents domaines relatifs aux MNT, les différentes personnes vivant avec des MNT ou des troubles mentaux et les différentes Régions de l'OMS et catégories de revenu ;
- le nombre de déclarations, de notes d'orientation, de webinaires, d'outils de sensibilisation et de manifestations parallèles mis en place, présentés et diffusés par l'OMS d'ici à 2025, conformément au mandat du groupe de travail, sont comparés aux chiffres des années précédentes ;
- le rapport de synthèse des réalisations du groupe de travail est diffusé via les plateformes du mécanisme mondial et examiné dans le cadre des discussions menées.

Domaine prioritaire 4

Être un facilitateur mondial pour ce qui est du renforcement de la capacité des États Membres et de la société civile à développer des ripostes nationales multipartites en matière de prévention et de maîtrise des MNT.

Action 4.1 : élaborer un cadre d'orientation destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite pour la lutte contre les MNT et les troubles mentaux et soutenir sa mise en œuvre.

Activité 4.1.1 (deuxième trimestre 2022) : élaborer un cadre OMS d'orientation destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite pour la lutte contre les MNT selon une approche conjointe associant les États Membres, les organisations de la société civile, les personnes vivant avec des MNT et d'autres parties prenantes.

Résultat attendu : les chefs d'État et de gouvernement sont encouragés par l'OMS à tenir l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la direction stratégique de la riposte aux MNT en étant attentifs à la cohérence et à la coordination des politiques pour mettre au point des approches pangouvernementales qui intègrent la santé dans toutes les politiques et pour œuvrer avec les parties prenantes à une action pansociétale qui cadre avec les plans et les cibles adoptés au niveau national en ce qui concerne les MNT et les ODD, y compris en mettant en place des dispositifs multisectoriels et multipartites nationaux ou en renforçant ces dispositifs s'ils existent déjà.

Indicateurs de performance :

- les trois niveaux de l'Organisation, les États Membres et d'autres participants au mécanisme mondial se mobilisent pour appuyer la mise en place du cadre d'orientation ;
- au moins 100 participants assistent au webinaire de lancement, la représentation étant équitable entre les États Membres issus des différentes Régions de l'OMS et un accent particulier étant mis sur l'expérience des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du cadre d'orientation dans l'année suivant son lancement.

Activité 4.1.2 (2022-2025) : aider les pays à renforcer leur capacité d'utiliser et d'adapter au contexte le cadre d'orientation de l'OMS destiné aux mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et multipartite, l'objectif étant de mettre en place des mécanismes multisectoriels et multipartites de coordination adaptés aux différents pays ou de renforcer ces mécanismes s'ils existent déjà.

Résultat attendu : les pays s'appuient sur le cadre d'orientation et les ressources en ligne pour établir des mécanismes nationaux et infranationaux de coordination ou consolider les mécanismes existants, l'objectif étant de renforcer la cohérence et la coordination des politiques pour mettre au point des approches pangouvernementales qui intègrent la santé dans toutes les politiques et pour œuvrer avec les parties prenantes à une action pansociétale qui cadre avec les cibles de lutte contre les MNT au niveau national et la cible 3.4 des ODD.

Indicateurs de performance :

- au moins six pays bénéficient d'un appui technique, y compris des pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici à 2025 ;
- le cadre d'orientation est présenté et examiné dans le cadre des forums régionaux et internationaux pertinents ;
- le cadre d'orientation est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, les bureaux de pays adaptent le cadre d'orientation, celui-ci est inclus parmi les outils de l'OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Action 4.2 : renforcer la contribution des participants au mécanisme mondial à l'accélération des actions multipartites visant à atteindre la cible 3.4 des ODD.

Activité 4.2.1 (2022-2025) : élaborer et mettre en œuvre une stratégie de collaboration avec les participants au mécanisme mondial.

Résultat attendu : le mécanisme mondial diffuse et utilise la stratégie de collaboration pour renforcer la coordination et la collaboration avec et entre les participants de sorte à aider l'OMS et ses États Membres à renforcer l'action des différentes parties prenantes aux niveaux local, national, régional et mondial, l'objectif étant de contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, tout en préservant l'Organisation et la santé publique de toute influence indue résultant de conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels.

Indicateurs de performance :

- 80 % des participants au mécanisme mondial contribuent à l'élaboration de la stratégie de collaboration, la représentation des quatre groupes de parties prenantes au mécanisme étant équitable ;
- au moins 50 % des participants au mécanisme mondial qui soutiennent l'OMS et ses États Membres contribuent à renforcer l'action multipartite en mettant en œuvre les activités prévues dans le plan de travail du mécanisme mondial ;
- un certain nombre d'États Membres des différentes Régions de l'OMS et de bureaux régionaux et bureaux de pays sont appuyés par le mécanisme mondial.

Activité 4.2.2 (2025) : élaborer des études de cas sur les mesures et les engagements pris par les participants au mécanisme mondial pour aider les pays à progresser dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles et à atteindre plus rapidement la cible 3.4 des ODD.

Résultat attendu : les États Membres et les acteurs non étatiques s'appuient sur les études de cas pour favoriser l'adoption de mesures multipartites nationales et infranationales plus efficaces.

Indicateurs de performance :

- les études de cas de chacun des quatre groupes de participants au mécanisme mondial sont publiées d'ici à 2025 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques des études de cas dans l'année suivant leur lancement.

Domaine prioritaire 5

Rassembler la société civile, y compris les personnes atteintes de MNT, afin d'effectuer un travail de sensibilisation et de renforcer les capacités de la société civile à participer de manière significative aux ripostes nationales contre les MNT.

Action 5.1 : soutenir la mise en place conjointe d'un cadre de l'OMS pour la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Activité 5.1.1 (quatrième trimestre 2022) : élaborer un cadre de l'OMS pour la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Résultat attendu : le Siège, les bureaux régionaux, les bureaux de pays et les États Membres s'appuient sur le cadre pour associer comme il se doit les personnes vivant avec des MNT ou des problèmes de santé mentale à la conception et à l'élaboration de principes, de politiques, de programmes et de services en matière de MNT.

Indicateurs de performance :

- le cadre de l'OMS prévoit une représentation équitable des États Membres, avec un intérêt particulier pour l'expérience des pays à revenu faible ou intermédiaire de l'ensemble des Régions de l'OMS ;

- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques du cadre de l’OMS d’ici à 2025 ;
- au moins six pays bénéficient d’un appui pour mettre en œuvre le cadre, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, d’ici à 2025 ;
- le cadre de l’OMS est présenté et examiné lors de forums régionaux et internationaux pertinents (consultations informelles, ateliers, événements et colloques, par exemple) ;
- le cadre de l’OMS est utilisé par les bureaux régionaux et les bureaux de pays (les bureaux de pays et/ou les bureaux régionaux adressent des demandes spécifiques au Siège, le cadre de l’OMS est adapté, celui-ci est inclus parmi les outils de l’OMS et il apparaît sur les sites Web institutionnels).

Activité 5.1.2 (troisième et quatrième trimestres 2023) : élaborer avec les bureaux régionaux des notes d’orientation sur les principes, les politiques, les stratégies et les structures nécessaires pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Résultat attendu : les États Membres s’appuient sur les notes d’orientation pour renforcer leur collaboration, au niveau national, avec les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale.

Indicateurs de performance :

- six notes d’orientation sont élaborées et utilisées par six États Membres, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, d’ici à 2024 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des téléchargements uniques des notes d’orientation d’ici à 2025.

Activité 5.1.2 (janvier 2023) : amorcer les cycles 2, 3 et 4 du NCD Lab afin de recenser les innovations à prendre en compte dans les programmes de santé mondiale liés aux MNT.

Résultat attendu : des solutions innovantes, adaptées au contexte national et accessibles en ligne, visant un changement au niveau des politiques, des systèmes et de l’individu, sont recensées et diffusées par le biais des plateformes de l’OMS.

Indicateurs de performance :

- tous les domaines thématiques pertinents sont explorés dans le cadre des cycles 2, 3 et 4 du NCD Lab d’ici à 2023 ;
- 500 propositions sont soumises lors des deux prochains cycles – d’ici à 2023 ;
- il est possible de procéder au suivi analytique des consultations uniques des pages Web du NCD Lab.

Action 5.2 : favoriser la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale au sein de l’OMS et avec les États Membres.

Activité 5.2.1 (2022-2025) : organiser un colloque de l’OMS sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale pour favoriser une participation et un dialogue significatifs, encourager un processus de création conjoint et rassembler des personnes ayant une expérience concrète afin que la quatrième réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra en 2025, soit couronnée de succès.

Résultat attendu : l’instauration d’un dialogue continu et de véritables liens avec les personnes vivant avec des MNT et la prise en compte de leur expérience concrète et des bilans d’expérience dans la stratégie adoptée par l’OMS pour atteindre les principaux objectifs stratégiques de l’Organisation en matière de lutte contre les MNT et les troubles mentaux.

Indicateurs de performance :

- la participation sans exclusive et diversifiée à un colloque organisé par l’OMS sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale et la mise à disposition, dans ce cadre, de structures qui permettent de garantir la représentation adéquate des différents vécus, groupes de parties prenantes, zones géographiques et catégories de revenu ;
- au moins trois colloques sur les personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale sont organisés par l’OMS d’ici à 2025 ;
- au moins 10 activités de sensibilisation ou réalisations sont menées à bien avant la quatrième réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra en 2025.

Activité 5.2.2 (du deuxième au quatrième trimestre 2023) : élaborer des lignes directrices sur la mise en œuvre du cadre d’orientation pour la participation significative des personnes vivant avec des MNT et des problèmes de santé mentale aux niveaux national et régional.

Résultat attendu : les bureaux de pays s’appuient sur les lignes directrices – ce qui inclut le processus d’adaptation, la conceptualisation du cadre d’orientation, le suivi et l’évaluation de l’adaptation ainsi que la gestion de l’adaptation – pour associer comme il se doit les personnes vivant avec des MNT et élaborer des politiques et des programmes nationaux et infranationaux adaptés aux pays.

Indicateur de performance : les lignes directrices sont consultées par six États Membres, dont au moins quatre pays à revenu faible ou intermédiaire, et utilisées pour étayer les plans nationaux d’ici à 2025.

ANNEXE 16

DÉCLARATIONS ÉCRITES : LIGNES DIRECTRICES POUR LES ÉTATS MEMBRES¹

[A75/30 – 12 avril 2022]

1. Les lignes directrices suivantes s'appliquent aux déclarations écrites des États Membres se rapportant aux sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif et allant être publiées sur la page Web spéciale de l'OMS.
2. Les déclarations écrites sont diffusées à titre d'information. Elles visent à stimuler le débat et à permettre aux délégations de compléter leurs interventions orales lors des réunions des organes directeurs de l'OMS. Par exemple, elles peuvent compléter des informations communiquées par l'État Membre concerné pendant la discussion ou présenter des expériences nationales en rapport avec le point de l'ordre du jour visé. Les déclarations écrites peuvent être soumises indépendamment de la présentation d'une intervention orale en cours de séance à condition de se rapporter à un point de l'ordre du jour.
3. Les États Membres peuvent présenter des déclarations écrites en les envoyant à l'adresse électronique suivante : statements@who.int. Les déclarations destinées à être prononcées oralement doivent être soumises séparément à l'adresse interpret@who.int.
4. Des déclarations écrites peuvent être présentées jusqu'à la clôture de la session considérée de l'Assemblée de la Santé ou du Conseil exécutif. Ces déclarations resteront publiées jusqu'à la clôture de la session équivalente de l'organe directeur concerné deux ans plus tard. Les déclarations soumises après la clôture de la session considérée de l'Assemblée de la Santé ou du Conseil exécutif ne seront pas acceptées.
5. Par souci de brièveté, les États Membres sont invités à limiter à 500 mots le texte de leurs déclarations et à 800 mots celui des déclarations présentées au nom d'une Région ou d'un groupe de pays.
6. Chaque déclaration devrait clairement indiquer :
 - a) quel est l'État Membre présentant la déclaration et quel est, dans le cas de déclarations régionales, la Région ou le groupe de pays au nom duquel la déclaration est présentée ; et
 - b) à quelle session de quel organe directeur, et à quel point particulier de l'ordre du jour, la déclaration se rapporte.
7. Les déclarations écrites doivent seulement comporter du texte. Aucune photographie, aucun diagramme, aucune carte ni aucun autre support ne doit y figurer.
8. Les déclarations écrites peuvent être communiquées dans l'une des six langues officielles de l'OMS (anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe) et sont publiées telles que soumises par

¹ Voir la décision WHA75(11). Voir également le document EB149/2021/REC/1, annexe 2.

l'État Membre. Les États Membres peuvent, s'ils le souhaitent, fournir des traductions de leurs déclarations écrites dans une ou plusieurs langues officielles de l'OMS. Ces traductions doivent porter clairement la mention « traduction non officielle ».

9. Les États Membres assument l'entière responsabilité du contenu de leurs déclarations.

10. Les déclarations écrites doivent traiter du point de l'ordre du jour auquel elles se rapportent. Elles ne doivent pas comporter de propos offensants, notamment à l'égard d'autres États Membres.

11. La possibilité de publier des déclarations écrites sur la page Web spéciale ne préjuge en rien du contenu des interventions orales des États Membres pendant les réunions des organes directeurs de l'OMS.

12. Les déclarations écrites ne viennent ni remplacer ni compléter les actes officiels des réunions considérées des organes directeurs de l'OMS et ne constituent pas des documents officiels de l'OMS. Les actes officiels des réunions des organes directeurs de l'OMS sont fondés uniquement sur les déclarations prononcées oralement en séance à l'exclusion du contenu d'éventuelles déclarations écrites que la délégation concernée aurait également pu soumettre. Les actes officiels sont le seul compte rendu faisant foi.

13. Le logo de l'OMS ne figure pas sur les déclarations, mais apparaît en revanche sur la page Web où les déclarations sont mises en ligne.

ANNEXE 17

**TEXTE AMENDÉ DES STATUTS DE
LA FONDATION IHSAN DOĞRAMACI POUR LA SANTÉ DE LA FAMILLE**

[A75/INF./3, annexe 2 – 18 mai 2022]

Article 6

Administration

La Fondation est administrée par son administrateur, à savoir le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Celui-ci exécute les décisions du Groupe de sélection de la Fondation, composé du Président du Conseil exécutif, du Président du Conseil d'administration de l'Université Bilkent (Türkiye), ou de la personne désignée par celui-ci, et d'un représentant du Centre international de l'enfance (Ankara) nommé par son Bureau. La présence de tous les membres du Groupe est nécessaire pour que celui-ci puisse statuer.

ANNEXE 18

**INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR
LE SECRÉTARIAT LES RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR
L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ**

Résolution WHA75.6 : Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :	Cette résolution contribuerait à l'ensemble des produits du budget programme approuvé pour 2022-2023. Il est prévu de prolonger le treizième PGT qui serait mis en œuvre pendant toute la durée du budget programme approuvé.
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Deux ans et demi
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :	L'action à mener se rapporte aux travaux en cours de l'Organisation tels qu'ils sont approuvés dans le budget programme, de sorte qu'aucun coût supplémentaire n'est prévu pour appliquer cette résolution.
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet

5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : Sans objet
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Treizième PGT : treizième programme général de travail, 2019-2023.

Résolution WHA75.7 : Renforcement de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera : 2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays 2.1.3 Pays prêts opérationnellement à évaluer et à gérer les risques et vulnérabilités identifiés
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Deux ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD : 6,32 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 5,16 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : 1,16 million USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet

5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,60 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 3,56 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,52	0,43	0,40	0,45	0,47	0,45	0,99	3,71
	Activités	0,14	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,56	1,45
	Total	0,66	0,58	0,55	0,60	0,62	0,60	1,55	5,16
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,14	0,12	0,11	0,12	0,13	0,12	0,27	1,01
	Activités	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,09	0,15
	Total	0,15	0,13	0,12	0,13	0,14	0,13	0,36	1,16
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Résolution WHA75.8 :	Renforcement des essais cliniques afin de fournir des données factuelles de qualité sur les interventions sanitaires et d'améliorer la qualité et la coordination de la recherche
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :	Produit 4.1.3 Renforcement de la base factuelle, meilleure hiérarchisation et utilisation des normes et critères générés par l'OMS, et amélioration de la capacité de recherche et de l'aptitude à élargir de manière efficace et durable l'emploi des innovations, y compris la technologie numérique, dans les pays
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Un an

Résolution WHA75.11 : Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent et les pays qui accueillent des réfugiés, découlant de l'agression par la Fédération de Russie	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :	13.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Sept mois
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :	147,50 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	147,50 millions USD
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :	46,55 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	100,95 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Il est difficile de les estimer, la situation évoluant rapidement, mais elles seront probablement suffisantes.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,00	0,00	0,00	29,14	0,00	0,00	1,60	30,74
	Activités	0,00	0,00	0,00	116,36	0,00	0,00	0,40	116,76
	Total	0,00	0,00	0,00	145,50	0,00	0,00	2,00	147,50
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Résolution WHA75.12 : Amendements au Règlement sanitaire international (2005)**A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023****1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :**

2.2.3 Atténuer le risque d'émergence et de réémergence d'agents pathogènes à haut risque et améliorer la préparation aux pandémies

2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :

Deux ans

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat**1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :**

0

2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :

Sans objet

2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :

Sans objet

3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
Sans objet
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Sans objet

Résolution WHA75.13 : Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :
1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?
Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :
Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :
Neuf ans (2023-2031)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :
16,46 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
2,44 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :
3,53 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
10,49 millions USD

5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 0,45 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 1,99 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 0,50 million USD

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,04	1,28	1,66
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,48	0,78
	Total	0,13	0,12	0,11	0,12	0,11	0,09	1,76	2,44
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,11	0,09	0,09	0,10	0,08	0,09	1,90	2,46
	Activités	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,47	1,07
	Total	0,21	0,19	0,19	0,20	0,18	0,19	2,37	3,53
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,33	0,28	0,26	0,29	0,24	0,26	5,23	6,89
	Activités	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	1,80	3,60
	Total	0,63	0,58	0,56	0,59	0,54	0,56	7,03	10,49

Résolution WHA75.14 : Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :

1.3.1 Mise à disposition d'orientations et de normes faisant autorité en ce qui concerne la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits de santé, des médicaments et des produits de diagnostic essentiels figurant sur des listes

1.3.2 Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi

1.3.3 Renforcement des capacités de réglementation aux niveaux national et régional, et amélioration de l'approvisionnement en produits de santé de qualité garantie et sûrs, services de préqualification compris

1.3.4 Un programme de recherche-développement défini et des activités de recherche coordonnées pour être en phase avec les priorités du secteur de la santé publique

2.	En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?
	Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :
	Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :
	Huit ans
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :
	33,15 millions USD pour la période 2023-2030
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
	3,83 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
	0
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :
	7,96 millions USD
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
	21,36 millions USD (total cumulé de 2026 à 2030)
5.	Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
	1,27 million USD
	– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
	2,56 millions USD
	– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
	Des discussions sont en cours avec les États Membres et d'autres donateurs afin de mobiliser des ressources supplémentaires.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,3
	Activités	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,5
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	3,8
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	4,8
	Activités	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	3,2
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	8,0
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	12,8
	Activités	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	8,5
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8	21,4

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Remarque : La différence entre le coût total et le coût au Siège de l'OMS correspond au total des investissements dans les Régions. À l'heure actuelle, les travaux sont menés de façon fluide lorsqu'il est prévu d'augmenter les investissements au niveau régional, mais la répartition entre Régions n'est pas encore définitive. Il est actuellement plus facile de calculer globalement les montants nécessaires pour le Siège que pour les autres bureaux principaux pris séparément.

Résolution WHA75.17 : Ressources humaines pour la santé
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera : 1.1.5 Des pays en mesure de renforcer leur personnel de santé et d'aide à la personne
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Neuf ans (2022-2030)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD : 445,17 millions USD Ces coûts ont été présentés auparavant pour la résolution WHA74.14 de mai 2021 puis légèrement précisés pour tenir compte des enseignements tirés de la mise en œuvre et de changements mineurs dans les coûts réels. Le présent document sur les incidences financières vise à remplacer le montant défini pour la résolution WHA74.14.

2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 74,78 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : 107,68 millions USD
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 262,71 millions USD
5.	Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 39,34 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 35,44 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 3,00 millions USD

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	16,16	1,62	3,18	1,16	4,75	2,13	11,04	40,05
	Activités	12,72	2,85	3,15	1,40	3,69	3,29	7,63	34,73
	Total	28,88	4,47	6,33	2,56	8,44	5,42	18,67	74,78
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	23,28	2,34	4,57	1,67	6,83	3,07	15,90	57,67
	Activités	18,32	4,11	4,53	2,02	5,31	4,73	10,99	50,01
	Total	41,60	6,45	9,10	3,69	12,14	7,80	26,89	107,68
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	56,79	5,71	11,16	4,08	16,67	7,48	38,80	140,69
	Activités	44,70	10,03	11,05	4,93	12,96	11,54	26,80	122,02
	Total	101,49	15,74	22,21	9,01	29,63	19,02	65,60	262,71

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA75.18 : Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé : pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :	<p>3.1.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants sociaux de la santé à toutes les étapes de la vie</p> <p>3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux, y compris le changement climatique</p>
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Deux ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :	3,35 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	3,35 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	<ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,12 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 2,23 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,63	0,61	0,00	0,00	0,00	0,49	1,12	2,85
	Activités	0,10	0,10	0,00	0,00	0,00	0,10	0,20	0,50
	Total	0,73	0,71	0,00	0,00	0,00	0,59	1,32	3,35
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Résolution WHA75.19 : Promotion du bien-être et de la santé
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
<p>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</p> <p>3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles</p> <p>3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires</p> <p>3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux, y compris le changement climatique</p> <p>3.3.2 Appui aux pays en vue de la création d'un environnement favorable à des lieux de vie sains</p>
<p>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?</p> <p>Sans objet</p>
<p>3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :</p> <p>Sans objet</p>
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</p> <p>10 ans (2022-2031)</p>
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
<p>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :</p> <p>10,58 millions USD</p>
<p>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :</p> <p>1,96 million USD</p>

2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : 1,99 million USD
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 6,63 millions USD
5.	Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,96 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,12	0,10	0,10	0,12	0,09	0,09	0,20	0,82
	Activités	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,10	0,50	1,14
	Total	0,23	0,20	0,21	0,23	0,20	0,19	0,70	1,96
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,12	0,10	0,10	0,12	0,09	0,09	0,21	0,83
	Activités	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,10	0,52	1,16
	Total	0,23	0,20	0,21	0,23	0,20	0,19	0,73	1,99
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,41	0,34	0,34	0,41	0,30	0,30	0,68	2,78
	Activités	0,37	0,34	0,37	0,37	0,37	0,34	1,69	3,85
	Total	0,78	0,68	0,71	0,78	0,67	0,64	2,37	6,63

Résolution WHA75.20 : Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :

1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels

1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies

<p>1.1.3 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour répondre aux besoins de santé propres à leur population et lever les obstacles à l'équité tout au long de la vie</p> <p>1.3.2 Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi</p>
<p>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?</p> <p>Sans objet</p>
<p>3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :</p> <p>Sans objet</p>
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</p> <p>Neuf ans</p>
<p>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</p>
<p>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions USD :</p> <p>696,70 millions USD</p>
<p>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :</p> <p>149,40 millions USD</p>
<p>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :</p> <p>Sans objet</p>
<p>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :</p> <p>152,40 millions USD</p>
<p>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :</p> <p>394,90 millions USD</p>
<p>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 112,10 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 37,30 millions USD <p>Ce montant comprend les ressources nécessaires pour financer intégralement le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et pour remédier à l'insuffisance des fonds alloués aux activités relatives aux programmes de lutte contre l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles aux trois niveaux de l'Organisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	36,20	5,10	9,10	5,20	5,10	9,30	34,70	104,70
	Activités	15,50	2,10	3,90	2,30	2,10	4,00	14,80	44,70
	Total	51,70	7,20	13,00	7,50	7,20	13,30	49,50	149,40
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	36,90	5,20	9,20	5,40	5,30	9,50	35,40	106,90
	Activités	15,80	2,20	3,90	2,30	2,20	4,00	15,10	45,50
	Total	52,70	7,40	13,10	7,70	7,50	13,50	50,50	152,40
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	95,70	13,40	23,90	13,90	13,60	24,50	91,50	276,50
	Activités	41,00	5,70	10,20	6,00	5,80	10,50	39,20	118,40
	Total	136,70	19,10	34,10	19,90	19,40	35,00	130,70	394,90

Décision WHA75(8) : Financement durable**A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023****1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :**

4.2.1 Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies

4.2.3 Ressources en vue des priorités stratégiques fournies de manière prévisible, adéquate et souple par le renforcement des partenariats

4.2.4 Planification, allocation des ressources, suivi et notification fondés sur les priorités des pays, et destinés à produire un impact dans les pays, à optimiser les ressources et à faire aboutir les priorités stratégiques du treizième PGT

2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :

Un an (juin 2022-mai 2023)

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat**1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :**

3,0 millions USD

2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :

3,0 millions USD

Décision WHA75(9) : Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	<p>2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et signalées</p> <p>2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays</p>
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Vingt-quatre mois (juin 2022-mai 2024)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	<p>6,75 millions USD</p> <p>Les coûts des activités mentionnées aux paragraphes 4.a) i) et ii) de la décision ont déjà été établis au titre de la résolution WHA74.7 (2021) et par conséquent ne sont pas indiqués à nouveau ici.</p>
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	5,75 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	1,00 million USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	<p>– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</p> <p>1,25 million USD</p> <p>– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</p> <p>4,50 millions USD</p> <p>– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</p> <p>Sans objet</p>

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	1,25
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,50	4,50
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,75	5,75
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,45
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,55
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Décision WHA75(10) :	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	<p>4.2.1 Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies</p> <p>4.2.4 Planification, allocation des ressources, suivi et notification fondés sur les priorités des pays, et destinés à produire un impact dans les pays, à optimiser les ressources et à faire aboutir les priorités stratégiques du treizième PGT</p> <p>4.3.4 Environnement sûr et sécurisé, caractérisé par une maintenance efficace de l'infrastructure, des services d'appui rentables et une chaîne d'approvisionnement souple, comprenant la santé et la sécurité au travail</p> <p>13.3.1 Détection et prise en charge rapides des situations d'urgence sanitaire</p> <p>13.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité</p>
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Un an (de mai 2022 à mai 2023)

Décision WHA75(11) :	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 ¹
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	<p>1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels</p> <p>1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies</p> <p>1.3.2 Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi</p> <p>2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité</p> <p>3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles</p> <p>3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires</p> <p>3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux, y compris le changement climatique</p>
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	10 ans

¹ Remarque : Ce document résulte de la conjonction des documents sur les incidences financières de huit appendices distincts. Cela concerne à la fois les différents montants et les délais d'application. Chacun des documents sur les incidences financières est présenté en appendice à la présente annexe.

Les appendices sont les suivants :

1. Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 (voir l'annexe 8)
2. Recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et cibles recommandées (voir l'annexe 9)
3. Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire (voir l'annexe 10)
4. Recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire (voir l'annexe 11)
5. Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 (voir l'annexe 12)
6. Plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique (voir l'annexe 13)
7. Recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et définition éventuelle de cibles à cet égard (voir l'annexe 14)
8. Plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2022-2025 (voir l'annexe 15)

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	252,62 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	38,51 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	63,72 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	150,39 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	23,75 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	14,76 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Différentes négociations ont été engagées avec les donateurs.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	2,19	1,53	1,09	1,90	1,06	1,11	10,72	19,60
	Activités	2,50	1,80	1,35	2,00	2,10	1,45	7,71	18,91
	Total	4,69	3,33	2,44	3,90	3,16	2,56	18,43	38,51
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	4,21	3,13	2,76	2,92	2,84	2,48	9,66	28,02
	Activités	5,53	3,80	4,41	4,25	5,00	4,37	8,34	35,70
	Total	9,74	6,93	7,17	7,17	7,84	6,85	18,01	63,72
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	7,15	6,49	5,66	6,66	4,22	5,49	17,55	53,21
	Activités	14,50	13,40	13,83	14,22	12,78	13,91	14,54	97,18
	Total	21,65	19,89	19,48	20,88	17,01	19,40	32,08	150,39

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA75(17) : Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	1.3.3 Renforcement des capacités de réglementation aux niveaux national et régional, et amélioration de l'approvisionnement en produits de santé de qualité garantie et sûrs, services de préqualification compris
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Huit ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	0 Les travaux à mener supposent l'établissement de rapports sur les progrès accomplis ; par conséquent, aucun coût supplémentaire n'est à prévoir pour l'application de la décision.
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	0
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	0
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	Sans objet
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

Décision WHA75(18) : Transplantation d'organes et de tissus humains	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera : 1.3.3 Renforcement des capacités de réglementation aux niveaux national et régional, et amélioration de l'approvisionnement en produits de santé de qualité garantie et sûrs, services de préqualification compris
2.	En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision : Huit ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD : 0 Les travaux à mener supposent l'établissement de rapports sur les progrès accomplis ; par conséquent, aucun coût supplémentaire n'est à prévoir pour l'application de la décision.
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 0
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 0
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : 0
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 0
5.	Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Décision WHA75(19) : Médecine traditionnelle	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Un an (juin 2022-mai 2023)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	0 Les travaux à mener supposent la rédaction d'un rapport final sur les progrès accomplis ; par conséquent, aucun coût supplémentaire n'est à prévoir pour l'application de la décision.
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	<ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Décision WHA75(20) : Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	<p>1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies</p> <p>1.3.1 Mise à disposition d'orientations et de normes faisant autorité en ce qui concerne la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits de santé, des médicaments et des produits de diagnostic essentiels figurant sur des listes</p> <p>3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles</p>
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Huit ans (2023-2030)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	20,71 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	2,39 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	4,97 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	13,35 millions USD (2026-2030)
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	0,94 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	1,45 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	1,5 million USD

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,84	1,84
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,55
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,39	2,39
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,49	3,49
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	1,48
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,97	4,97
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,37	9,37
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,98	3,98
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,35	13,35

Remarque : Les activités menées pour appliquer cette décision sont coordonnées au niveau du Siège de l'OMS au travers de groupes d'experts et d'autres groupes consultatifs. Du fait du caractère normatif de ces activités, la plupart des travaux sont, de la même manière, menés au niveau du Siège. Ces activités supposent la participation d'experts nationaux qui viennent de toutes les Régions de l'OMS et contribuent à ces travaux à titre personnel.

Décision WHA75(21) : La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera : 3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision : 18 mois
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD : 0,60 million USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 0,60 million USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : Sans objet

3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : 0,60 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,40
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,60
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Décision WHA75(22) : Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :

3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »

2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :
Huit ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :
24,40 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
4,70 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :
6,60 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
13,10 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :
1,80 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
2,90 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
0,30 million USD

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,80	2,00
	Activités	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,90	2,70
	Total	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,70	4,70
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,30	0,30	0,20	0,30	0,20	0,30	1,10	2,70
	Activités	0,80	0,60	0,50	0,50	0,60	0,60	0,30	3,90
	Total	1,10	0,90	0,70	0,80	0,80	0,90	1,40	6,60
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,70	0,60	0,50	0,60	0,50	0,50	2,20	5,60
	Activités	1,60	1,20	1,00	1,10	1,20	1,10	0,30	7,50
	Total	2,30	1,80	1,50	1,70	1,70	1,60	2,50	13,10

Décision WHA75(23) :	Réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Huit ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	17,30 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	1,40 million USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	5,30 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	10,60 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	0,90 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	0,50 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	0

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	0,07	0,40	0,90
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50
	Total	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	0,07	0,90	1,40
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,40	0,10	0,30	0,10	0,10	0,10	0,70	1,80
	Activités	0,70	0,60	0,40	0,40	0,50	0,40	0,50	3,50
	Total	1,10	0,70	0,70	0,50	0,60	0,50	1,20	5,30
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,70	0,20	0,70	0,20	0,20	0,20	1,40	3,60
	Activités	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	7,00
	Total	1,70	1,20	1,70	1,20	1,20	1,20	2,40	10,60

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA75(24) : Initiative mondiale Santé pour la paix
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera : 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision : Un an, avec un rapport à présenter au Conseil exécutif lors de sa cent cinquante-deuxième session, en janvier 2023.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD : 0,642 million USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 0,642 million USD, y compris le temps de travail du personnel au Siège de l'OMS et dans les Régions, les consultations avec les parties prenantes concernées, et trois missions afin de participer à des réunions consultatives dans trois Régions.
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : Sans objet

4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
	– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : 0,642 million USD
	– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet
	– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,010	0,010	0,010	0,010	0,010	0,010	0,107	0,168
	Activités	0,071	0,020	0,005	0,067	0,080	0,005	0,226	0,474
	Total	0,081	0,030	0,015	0,077	0,090	0,015	0,333	0,642
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA75(25) : Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera : 1.3.1 Mise à disposition d'orientations et de normes faisant autorité en ce qui concerne la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits de santé, des médicaments et des produits de diagnostic essentiels figurant sur des listes 1.3.3 Renforcement des capacités de réglementation aux niveaux national et régional, et amélioration de l'approvisionnement en produits de santé de qualité garantie et sûrs, services de préqualification compris
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :
Un an et demi
Ce laps de temps correspond au délai nécessaire pour poursuivre les activités de mise en correspondance des nomenclatures, actualiser les données des pays, proposer une sélection de nomenclatures pour les États Membres qui n'en ont pas et soumettre un rapport à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :
1,60 million USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
1,60 million USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :
Sans objet
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
Sans objet
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :
0
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
1,60 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
1,60 million USD

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,07	0,50	0,90
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,40	0,70
	Total	0,13	0,12	0,11	0,12	0,11	0,12	0,90	1,60
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Appendice 1

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Un an
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	0,30 million USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0,30 million USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	0
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	0
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	0,30 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	0
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 8.

Appendice 2

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Recommandations visant à renforcer et à surveiller les mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et cibles recommandées	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	
1.1.1	Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
1.1.2	Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
1.3.2	Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi
3.2.1	Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Neuf ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	96,00 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	3,30 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	13,30 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	79,40 millions USD

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 9.

5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :
3,30 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
0
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,08	0,06	0,06	0,07	0,06	0,07	1,10	1,50
	Activités	0,20	0,35	0,20	0,20	0,20	0,20	0,45	1,80
	Total	0,28	0,41	0,26	0,27	0,26	0,27	1,55	3,30
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,60	0,60	0,40	0,50	0,40	0,50	1,10	4,10
	Activités	1,30	1,30	1,50	1,40	1,50	1,40	0,80	9,20
	Total	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	13,30
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,90	1,90	1,50	1,60	1,40	1,50	3,60	13,40
	Activités	10,60	10,60	10,60	10,60	10,60	10,60	2,40	66,00
	Total	12,50	12,50	12,10	12,20	12,00	12,10	6,00	79,40

Appendice 3

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	<p>1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels</p> <p>1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies</p> <p>3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux, y compris le changement climatique</p>
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Neuf ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	22,20 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	3,00 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	6,00 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	13,20 millions USD

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 10.

5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : 2,40 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 0,60 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Les négociations engagées avec les donateurs devraient permettre d'obtenir les ressources nécessaires pour l'exercice en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,80	2,40
	Activités	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,60
	Total	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,20	3,00
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,60	0,40	0,40	0,00	0,60	0,00	1,80	3,80
	Activités	0,30	0,20	0,30	0,30	0,20	0,30	0,60	2,20
	Total	0,90	0,60	0,70	0,30	0,80	0,30	2,40	6,00
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,20	0,80	0,80	0,60	1,20	0,60	3,60	8,80
	Activités	0,60	0,40	0,60	0,60	0,40	0,60	1,20	4,40
	Total	1,80	1,20	1,40	1,20	1,60	1,20	4,80	13,20

Appendice 4

**Incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l’Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Recommandations tendant à renforcer la conception et la mise en œuvre de politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d’urgence humanitaire	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera : 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
2.	En quoi l’examen de la décision se justifie-t-il s’il n’y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l’exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d’années ou de mois) pour appliquer la décision : Quatre ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l’application de la décision pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD : 27,50 millions USD
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 10,00 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD : 0
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD : 17,50 millions USD
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 0

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l’annexe 11.

Appendice 5

**Incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l’Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Plan d’action mondial intersectoriel sur l’épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
2. En quoi l’examen de la décision se justifie-t-il s’il n’y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l’exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d’années ou de mois) pour appliquer la décision :	10 ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l’application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	37,68 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	7,11 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	7,37 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	23,20 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l’application de la décision lors de l’exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l’exercice en cours :	1,00 million USD
– Déficit de financement restant lors de l’exercice en cours :	6,11 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l’exercice en cours :	Sans objet

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l’annexe 12.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,56	0,52	0,43	0,48	0,40	0,44	1,17	4,00
	Activités	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	1,25	3,11
	Total	0,87	0,83	0,74	0,79	0,71	0,75	2,42	7,11
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,58	0,54	0,45	0,50	0,42	0,46	1,21	4,16
	Activités	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	1,29	3,21
	Total	0,90	0,86	0,77	0,82	0,74	0,78	2,50	7,37
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,88	1,77	1,46	1,63	1,35	1,49	3,96	13,54
	Activités	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	3,90	9,66
	Total	2,84	2,73	2,42	2,59	2,31	2,45	7,86	23,20

Appendice 6

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies 3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Neuf ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	46,47 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	8,55 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	11,55 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	26,37 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	8,55 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	0
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 13.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,25	0,60	0,25	1,00	0,00	0,25	3,20	5,55
	Activités	0,10	0,30	0,10	0,40	0,00	0,10	2,00	3,00
	Total	0,35	0,90	0,35	1,40	0,00	0,35	5,20	8,55
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,85	0,90	0,85	1,22	0,00	0,85	2,34	7,00
	Activités	0,50	0,25	0,45	0,50	0,00	0,37	2,49	4,55
	Total	1,35	1,15	1,30	1,72	0,00	1,22	4,82	11,55
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,62	1,75	1,62	2,55	0,00	1,62	5,84	15,00
	Activités	1,24	0,62	1,12	1,24	0,00	0,93	6,21	11,37
	Total	2,86	2,37	2,74	3,79	0,00	2,55	12,05	26,37

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Appendice 7

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie, et définition éventuelle de cibles à cet égard	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Neuf ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	15,22 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	3,00 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	4,00 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	8,22 millions USD
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	1,00 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	2,00 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 14.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
2022-2023 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,20	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	0,90
	Activités	0,40	0,30	0,20	0,30	0,30	0,30	0,30	2,10
	Total	0,60	0,40	0,30	0,40	0,40	0,40	0,50	3,00
2022-2023 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,27	0,13	0,13	0,14	0,13	0,13	0,27	1,20
	Activités	0,53	0,40	0,27	0,40	0,40	0,40	0,40	2,80
	Total	0,80	0,53	0,40	0,54	0,53	0,53	0,67	4,00
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,55	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,55	2,47
	Activités	1,10	0,82	0,55	0,82	0,82	0,82	0,82	5,75
	Total	1,64	1,10	0,82	1,10	1,10	1,10	1,37	8,22

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Appendice 8

**Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat
les décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹**

Décision : ¹ Plan de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2022-2025	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2022-2023	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 au(x)quel(s) cette décision contribuera :	3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2022-2023 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2022-2023 qui ne peut pas être couverte par le budget programme approuvé pour 2022-2023 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Quatre ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions USD :	7,25 millions USD
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	3,25 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2022-2023, en millions USD :	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le projet de budget programme 2024-2025, en millions USD :	4,00 millions USD
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	0
5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	3,20 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	0,05 million USD
– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

¹ Voir la décision WHA75(11), 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, et l'annexe 15.

