



Sixième rapport de la Commission A

(Projet)

La Commission A a tenu ses treizième et quatorzième séances le 28 mai 2022 sous la présidence du D^r Hiroki Nakatani (Japon) et de la D^{re} Tamar Gabunia (Géorgie).

Il a été décidé de recommander à la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution ci-jointe relative au point suivant de l'ordre du jour :

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

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

14.6 Lutte anti-infectieuse

Une résolution intitulée :

- Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse

Point 14.6 de l'ordre du jour

Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹

Rappelant les résolutions WHA48.7 (1995) sur le Règlement sanitaire international, WHA58.27 (2015) intitulée « Améliorer l'endigement 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, assainissement et 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 chaque fois 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 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 (Accès à des services de santé essentiels de qualité et accès équitable à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable pour tous) des objectifs de développement durable, et reconnaissant les recoupements importants entre la lutte anti-infectieuse et d'autres objectifs de développement durable, notamment l'objectif 6 (Eau potable et assainissement) ;

Notant la Déclaration d'Alma Ata² sur les soins de santé primaires et la Déclaration d'Astana³ 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

¹ Document A75/10 Rev.1.

² *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978/rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>).

³ Déclaration d'Astana : Conférence internationale sur les soins de santé primaires : Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328129>).

sociales, l'ingénierie et la science de la mise en œuvre, et le renforcement des systèmes de santé, ce qui implique de disposer d'un personnel de santé spécialisé qui se consacre pleinement à cette tâche ;

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 appuyer, 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 ont mis la lutte contre les infections au premier plan ;

Reconnaissant qu'en plus des flambées épidémiques, sur 100 patients, sept dans les pays à revenu élevé et 15 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire contractent à un moment quelconque¹ au moins une infection nosocomiale pendant leur séjour dans un hôpital de soins aigus, et 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'infections,² 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 ;

Bien qu'aucune analyse précise ne soit possible parce que les données sont incomplètes, notant que 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, sur 100 patients, sept patients dans les pays à revenu élevé et 15 patients dans les pays à revenu faible ou intermédiaire contracteront 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 ;³

Notant que les coûts supplémentaires engendrés par les infections nosocomiales, qui peuvent aller de 1000 à 12 000 USD en moyenne⁴ 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

¹ Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377 (9761): 228-41.

² *Rapport de situation mondial sur les services WASH dans les établissements de santé : les impératifs premiers*. Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349574>).

³ Organisation mondiale de la Santé (2020). *Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334216>).

⁴ Forrester JD, Maggio PM, Tennakoon L. Cost of Health Care-Associated Infections in the United States. *J Patient Saf.* 2022 Mar 1; 18(2): e477-e479. doi: 10.1097/PTS.0000000000000845. PMID: 33,881,808.

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 ;¹

Notant que la plupart des infections résistantes aux antibiotiques sont contractées dans les établissements de santé, que 75 % des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuables à la résistance aux antimicrobiens sont dues à des infections nosocomiales² et que, chaque année, la résistance aux antimicrobiens coûte aux systèmes de santé environ 1,2 milliard USD ; ainsi, jusqu'à 75 % des ordonnances d'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 ;³

Notant qu'une analyse systémique récente et des modèles statistiques prédictifs réalisés par le groupe Antimicrobial Resistance Collaborators pour l'année 2019 ont montré que les décès associés à la résistance des bactéries aux antimicrobiens étaient estimés à 4,95 millions (3,62-6,57), dont 1,27 million (intervalle d'incertitude de 95 %, 0,911-1,71) 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 ;⁴

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 en lien avec l'hôpital, notamment l'hygiène et le bon usage des antimicrobiens, et qu'elles pouvaient permettre d'éviter trois décès sur quatre attribuables à la résistance aux antimicrobiens ;⁵

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

¹ Markwart R, Saito H, Harder T, Tomczyk S, Cassini A, Fleischmann-Struzek C, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*. 2020; 46(8):1536-51.

² Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, Colomb-Cotinat M, Kretzschmar ME, Devleeschauwer B, Cecchini M, Ouakrim DA, Oliveira TC, Struelens MJ, Suetens C, Monnet DL; Burden of AMR Collaborative Group. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019 Jan; 19(1): 56–66. doi: 10.1016/S1473-3099 (18)30605-4. Epub 2018 Nov 5. PMID: 30,409,683; PMCID: PMC6300481.

³ Eze, N., M. Cecchini and T. Oliveira Hashiguchi (2022), Antimicrobial resistance in long-term care facilities, *OECD Health Working Papers*, No. 136, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/e450a835-en>).

⁴ Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12; 399 (10,325):629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. PMID: 35,065,702; PMCID: PMC8841637.

⁵ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et OCDE. Antimicrobial resistance. Tackling the burden in the European Union. Briefing note for EU/EAA countries. 2019 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf>).

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 l'infrastructure essentielle, ce qui comprend les mesures de précaution visant à limiter la transmission, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la gestion des déchets partout où les soins de santé sont prodigués ;

Consciente de l'occasion unique qui se présente de mettre à profit l'expérience de la sensibilisation accrue à l'échelle mondiale et des investissements consentis pendant la pandémie de COVID-19 pour améliorer durablement la lutte anti-infectieuse,

1. INVITE LES États Membres :¹

- 1) à prendre des mesures pour fournir un soutien et/ou garantir que les mesures de prévention et de lutte anti-infectieuse soient 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 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 apporter un soutien et/ou faire en sorte que des programmes de lutte anti-infectieuse fonctionnels et fondés sur des données scientifiques, tant pour les infections communautaires que pour les infections nosocomiales, en tenant compte de l'approche « Une seule santé », existent, 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 des contextes nationaux et conformément aux composantes essentielles de l'OMS pour ces programmes ;²
- 4) à prendre des mesures visant à appuyer les autorités concernées et/ou veiller à ce 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 au moins mises en œuvre et fassent l'objet d'une surveillance, y compris en tenant compte de l'environnement et d'une gestion appropriée des déchets afin de réduire l'impact supplémentaire sur la santé humaine, animale et environnementale ;
- 5) à apporter un soutien 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 fonctionnelles administratives, environnementales et de protection personnelle soient en place pour prévenir et/ou interrompre toute transmission ultérieure ;

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>).

- 6) à prendre des mesures pour fournir un soutien 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 soient dotés de compétences et de savoir-faire appropriés, aient des perspectives de carrière, soient dotés de moyens appropriés et d'une mission et de 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, et le cas échéant dans des contextes nationaux, pour tous les agents de santé et toutes les disciplines concernées ;
- 9) à prendre des mesures pour s'assurer que les programmes de lutte anti-infectieuse soient intégrés et alignés sur la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, la qualité des soins, la sécurité des patients, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la construction et le remodelage de l'infrastructure des établissements de soins de santé et les programmes d'action en cas d'urgence sanitaire, ainsi que les maladies infectieuses transmises par le sang, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les maladies à prévention vaccinale et les maladies tropicales négligées, la santé au travail, la santé sexuelle et reproductive et la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né, et d'autres programmes pertinents selon qu'il conviendra dans les contextes nationaux ;
- 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 national, local, et régional 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 mener, en fonction des contextes nationaux, 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 partager 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, aligné sur d'autres stratégies relatives aux efforts de lutte anti-infectieuse, tel que le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, la lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé et de soins de longue durée, pour examen par la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-deuxième session ;
- 2) de transposer cette stratégie mondiale en un plan d'action pour la lutte anti-infectieuse, y compris un cadre de suivi des progrès assorti d'objectifs mesurables clairs à atteindre d'ici à 2030, pour examen par la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, 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 de lutte anti-infectieuse et aux pratiques 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.

= = =