



PLUS SAIN PLUS JUSTE PLUS SÛR

L'ITINÉRAIRE DE
LA SANTÉ DANS
LE MONDE
2007-2017



Organisation
mondiale de la Santé

Plus sain, plus juste, plus sûr : l'itinéraire de la santé dans le monde, 2007–2017

ISBN 978-92-4-251236-6

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Plus sain, plus juste, plus sûr : l'itinéraire de la santé dans le monde, 2007–2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France.

Conception graphique : 22 Design Limited, Londres.

TABLE DES MATIÈRES

01	Introduction	02
PLUS SAIN		
02	Populations : les signes vitaux	04
03	Sauver mères et enfants	10
04	Ennemis d'hier et d'aujourd'hui	16
05	La montée des maladies non transmissibles	26
PLUS JUSTE		
06	Comblers le fossé en une génération	32
07	Vieillir en bonne santé	36
08	Des services de bonne qualité pour tous	40
PLUS SÛR		
09	Vaccins : protéger les jeunes vies	46
10	Airs, eaux, lieux	50
11	Situations d'urgence : protéger et atténuer	58
12	Conclusions	66

Établi par le Professeur Sir Liam Donaldson, avec l'appui du Dr Paul Rutter



INTRODUCTION

Ce rapport décrit et analyse les aspects essentiels de l'évolution de la santé dans le monde au cours des 10 dernières années et examine les tendances et les politiques qui intéressent le rôle et l'influence potentielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il aborde les thèmes et les domaines de la santé dans le monde concernant lesquels on aurait pu s'attendre à des réalisations, des engagements explicites ont été pris ou des progrès s'imposaient d'urgence.

Toute une série de facteurs extrasanitaires ont une incidence sur la santé. Depuis le début du Millénaire, la mondialisation s'est poursuivie à un rythme accéléré, une profonde crise financière a éclaté et des conflits armés de grande envergure et une dégradation des conditions de sécurité dans certaines parties du monde ont entraîné des migrations et des déplacements de population massifs. Des agents de santé publique ont été la cible d'attaques et ont perdu la vie dans l'exercice de leurs fonctions humanitaires. Le changement climatique a précipité de nombreux événements

météorologiques extrêmes avec des effets dévastateurs sur les établissements humains. Tous ces facteurs ont lourdement affecté la santé et le bien-être des pays et des communautés surtout dans les parties les plus pauvres de la planète.

Pour atteindre ses buts, l'OMS collabore avec des partenaires. L'architecture de la santé mondiale a beaucoup évolué ces 10 dernières années. Dans les documents décrivant sa propre réforme, l'OMS a défini son rôle prioritaire qui consiste à orienter et coordonner la santé internationale et elle a résumé sa façon de procéder. Il s'agit pour elle :

- d'être le chef de file sur les questions cruciales pour la santé ;
- de définir les priorités de la recherche en santé ;
- de définir les normes et les critères pour la santé ;
- d'articuler les options politiques pour la santé ;
- de fournir un appui technique et une capacité de renforcement ;
- de suivre les tendances en matière de santé.

Le présent rapport n'a pas pour ambition d'être un travail d'érudition, ni de considérer tous les aspects de la santé dans le monde. Il s'agit simplement de revenir sur ce qui a été fait et de réfléchir aux tendances, aux réalisations et aux défis qui ont caractérisé les 10 dernières années – en envisageant aussi les besoins à satisfaire à l'avenir.



POPULATIONS : LES SIGNES VITAUX

Notre planète compte aujourd'hui 800 millions de personnes de plus qu'il y a 10 ans. Cette augmentation est due aux naissances deux fois plus nombreuses que les décès. C'est dans les pays dont le revenu est le plus faible que la croissance a été la plus forte, car le taux de mortalité a baissé beaucoup plus vite que le taux de natalité, comme on peut s'y attendre dans cette phase de la transition démographique.

Ceux qui vivent jusqu'à un âge très avancé sont devenus beaucoup plus nombreux. Entre 2007 et 2017, le nombre des plus de 90 ans a augmenté des deux tiers, celui des centenaires a pratiquement doublé – une progression particulièrement sensible pour une si courte période.

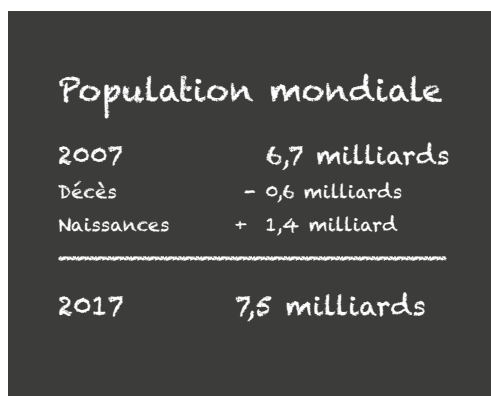
Les structures démographiques restent très différentes d'un pays à l'autre. La population des

pays à revenu faible est plus jeune – une personne sur deux en moyenne a moins de 18,5 ans, alors que dans les pays à revenu intermédiaire et les pays à revenu élevé une personne sur deux a moins de 28,9 et 39,7 ans respectivement.

L'espérance de vie a augmenté à un rythme considérable. À la naissance, elle est désormais de 71 ans en moyenne mondiale et augmente chaque année de quatre mois. De 2007 à 2015, le nombre des pays où l'espérance de vie à la naissance est supérieure à 80 ans est passé de 15 à 29, alors que celui des pays où elle n'atteignait pas 60 ans a été ramené de 36 à 22.



De 2007 à 2015, le nombre des pays avec une espérance de vie supérieure à 80 ans est passé de 15 à 29

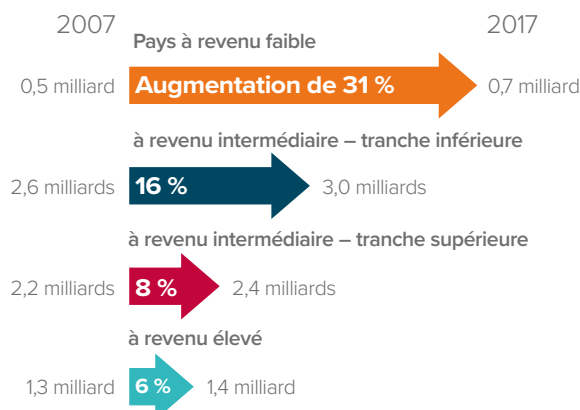


C'est dans la Région africaine que l'espérance de vie a le plus progressé avec un gain de 5,5 ans sur une période d'à peine huit ans, les résultats les plus spectaculaires étant enregistrés au Zimbabwe, au Malawi et en Zambie (avec des gains de 14 ans, 9,8 et 9,2 ans, respectivement). L'espérance de vie de la femme dépasse celle de l'homme de 4,5 ans. La longévité a progressé presque partout ces 10 dernières années, seuls les pays en guerre faisant exception : en République arabe syrienne, l'espérance de vie a diminué de 9,3 ans.



C'est en Afrique que l'espérance de vie a le plus progressé

L'augmentation de l'espérance de vie tient à deux éléments majeurs. Le premier, plus marqué dans les pays riches, est que les personnes âgées vivent encore plus longtemps, avec toutes les conséquences sociales, économiques et sanitaires que cela implique, trop souvent considérées d'un point de vue négatif. Le second élément, concernant surtout les pays plus pauvres, tient au nombre bien plus important de nouveau-nés qui survivent jusqu'à l'âge adulte. Là aussi, le changement amène un cortège de conséquences socioéconomiques, presque toutes très positives. À l'échelle mondiale, l'augmentation prononcée de l'espérance de vie



des 10 dernières années est le fruit de plusieurs changements, notamment :

- la diminution de 32 % de la **mortalité des moins de 5 ans** entre 2005 et 2015 ;
- la baisse de 25 % du taux de **mortalité maternelle** sur la même période ;
- la baisse de 50 % du taux de **mortalité due au VIH** ;
- la baisse de 49 % du taux de **mortalité palustre** ;
- la réduction de 14 % du risque selon l'âge de **mortalité par maladies cardiovasculaires** ;
- la réduction de 11 % du risque selon l'âge de **mortalité par cancer** ;
- la baisse de 7 % du taux de **mortalité par traumatismes**.

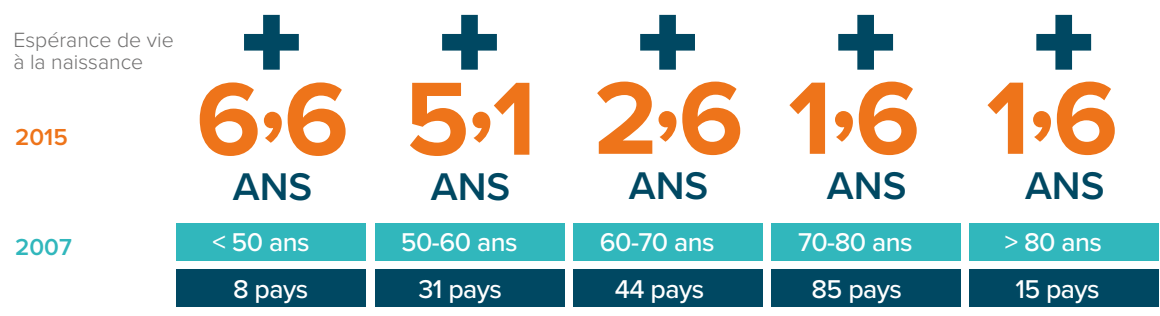
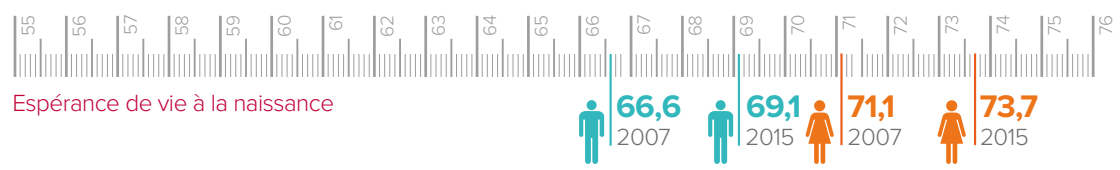
Les quatre premiers changements en particulier relevaient des trois principaux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : réduire la mortalité de l'enfant, améliorer la santé maternelle et lutter contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies. On demande souvent quelle est vraiment l'explication de ces progrès importants. Le développement socioéconomique a joué un rôle et il s'est accompagné notamment d'une meilleure éducation des filles (mais aussi des garçons) et de la diminution du taux de fécondité. Des interventions sanitaires efficaces à plus grande échelle (antirétroviraux, moustiquaires imprégnées d'insecticide et vaccins

antirougeoleux notamment) ont également eu des effets. Entre l'impact du développement général et celui des interventions sanitaires spécifiques, on peut discuter pour savoir lequel l'emporte, mais les deux ont finalement eu de l'importance.

Avec la chute de la mortalité de l'enfant, on a commencé à s'intéresser davantage aux causes des décès prématurés survenant ultérieurement. Au cours des 10 dernières années, des progrès ont été réalisés pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles, ce qui a contribué à l'amélioration de l'espérance de vie. Certes, on enregistre aujourd'hui plus de cas et de décès par maladies non transmissibles qu'il y a 10 ans, mais la contradiction apparente n'en est pas une : à tout âge, la mortalité par maladies non transmissibles diminue, d'où l'effet positif sur l'espérance de vie. Les effectifs croissants dans les tranches d'âge supérieures font que la charge globale de ces maladies augmente. Les maladies non transmissibles prennent aussi relativement plus d'importance, car les progrès réalisés dans ce domaine n'ont pas eu la même portée que les progrès de la lutte contre les maladies transmissibles.

L'ère des objectifs du Millénaire pour le développement fixés par l'Organisation des Nations Unies est derrière nous. Il faut désormais se concentrer sur les objectifs de développement durable, à commencer par l'objectif 3 visant à promouvoir la bonne santé et le bien-être. Les 13 cibles de l'objectif concernent la santé de la mère et de l'enfant et la lutte contre les maladies transmissibles, ainsi que : la réduction d'un tiers de la mortalité prématurée par maladies non transmissibles ; la diminution de moitié à l'échelle mondiale du nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route ; la réduction du nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ; l'instauration de la couverture sanitaire universelle ; la promotion de la santé mentale et du bien-être psychique ; le renforcement de la prévention et du traitement de l'abus de substances psychoactives ; et l'accès universel à des services de soins de santé sexuelle et reproductive.

Les progrès réalisés au regard des objectifs de développement durable feront augmenter encore l'espérance de vie. Ensemble, ces cibles servent



un même but premier, à savoir une réduction de la mortalité prématurée. Lors de l'élaboration des objectifs de développement durable, plusieurs experts renommés souhaitaient que ce but soit explicite et quantifié, mais ils n'ont pas en définitive été entendus.

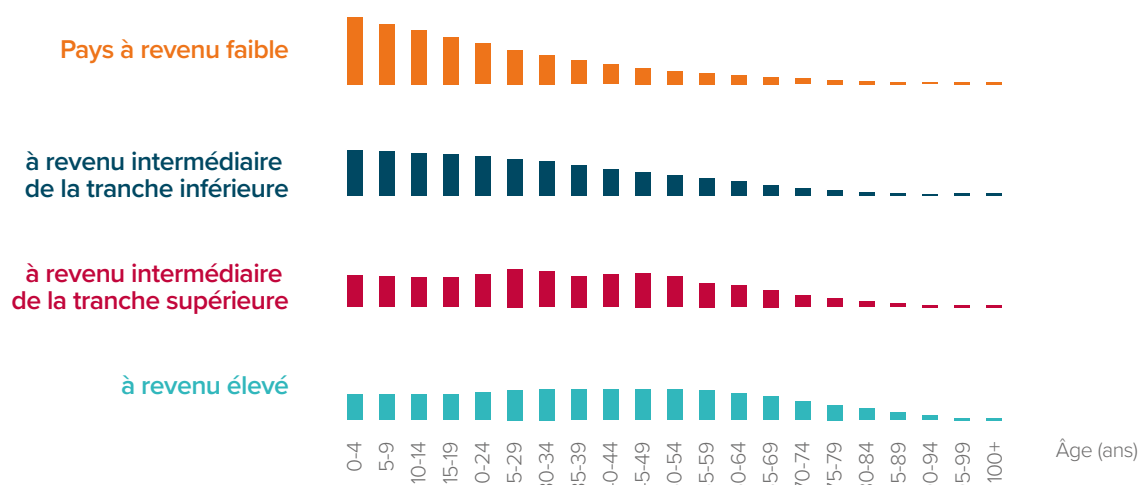
Il y a une certaine différence de nature entre les progrès à poursuivre dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant et des maladies transmissibles et les progrès qu'on souhaite réaliser dans les nouveaux domaines comme les maladies non transmissibles. Les premiers consistent essentiellement à mener à bien le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement et pour cela il est impératif de réduire plus équitablement la prestation des services de santé les plus élémentaires. La première cause de décès par diarrhée chez les moins de 5 ans est le rotavirus, et la première cause par pneumonie le pneumocoque. Or il s'agit dans les deux cas de maladies évitables par la vaccination. L'eau et l'assainissement, la nutrition et l'accès à la contraception restent des problèmes critiques qui sont toujours d'actualité. Dans les pays riches, ces

prestations sont considérées comme allant de soi, mais elles ne sont pas encore disponibles partout.

Très peu de choses vont de soi dans les nouveaux domaines, notamment les maladies non transmissibles. Au niveau global, la prévention exige un certain courage politique et une collaboration multisectorielle. La prévention primaire par le système de santé suppose des systèmes relativement développés ; la prévention secondaire et les autres traitements encore plus.

À aucun autre moment depuis la Deuxième Guerre mondiale, les nouveaux réfugiés n'ont été aussi nombreux qu'en 2015. Le monde compte aujourd'hui quelque 21 millions de réfugiés, et la tendance est extrêmement négative. Leur nombre a augmenté de plus de 40 % en trois ans à peine, en grande partie à cause des événements en République arabe syrienne. Aux réfugiés s'ajoutent les quelque 40 millions de personnes déplacées à l'intérieur des frontières de leur propre pays, sans avoir été réinstallées. Les deux tiers des réfugiés et la moitié des personnes déplacées se trouvent dans la Région de la Méditerranée orientale.

Population mondiale 2017



Ces déplacements forcés ne représentent qu'une modeste partie du nombre des migrants qui atteint désormais 244 millions au total. Le taux des migrations internationales est resté constant depuis plusieurs décennies et représente 3 à 4 % de la population mondiale.

Les réfugiés et les personnes déplacées peuvent être confrontés à des risques extrêmes pour leur santé. Ils peuvent notamment être exposés à la violence, à la torture, au viol, à l'exploitation sexuelle, à l'esclavage et être victimes de troubles mentaux. Les migrants se heurtent aussi de manière générale à des désavantages socioéconomiques et sanitaires, généralement moins prononcés, – obstacles concernant l'accès aux services ou liés à la langue ou à la culture, par exemple.

En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé a inscrit durablement la santé des migrants à son ordre du jour et adopté une résolution invitant les États Membres et le Secrétariat de l'OMS à intervenir et priant le Directeur général « de promouvoir la santé des migrants dans l'action sanitaire internationale, en collaboration avec les organisations concernées ». Par la suite, l'Organisation a tenu compte de plus en plus des besoins des migrants dans ses politiques, plans et programmes, concernant notamment le VIH, la tuberculose, la santé de la mère et de l'enfant et la santé reproductive.



La santé des migrants dans l'action sanitaire internationale

En 2016, alors que le sort des réfugiés suscitait toujours plus de préoccupations, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur les réfugiés et les migrants. L'OMS a entamé l'élaboration d'un cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants, dont l'Assemblée mondiale de la Santé a été saisie en 2017.

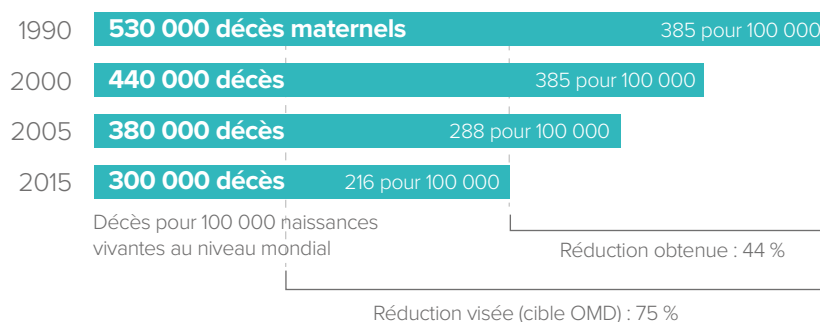


SAUVER MÈRES ET ENFANTS

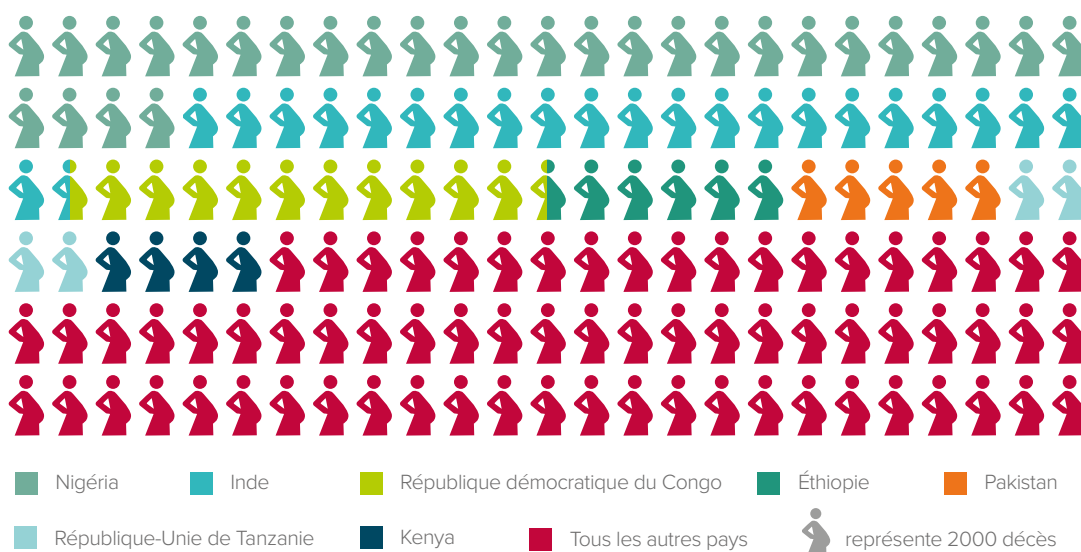
La mort d'un nourrisson de quelques mois et celle d'une jeune mère figurent parmi les drames les plus sombres que peut connaître une famille. Dans certains pays, un tel événement est devenu rare au point de paraître scandaleux ou de frapper l'opinion lorsqu'il survient. Ailleurs, il est banal et fait encore malheureusement partie du quotidien. L'absence d'équité est à cet égard frappante.

S'adressant à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2006 en tant que Directeur général élu, le Dr Margaret Chan déclarait :

« Je tiens donc à indiquer clairement les résultats qui comptent le plus. Il est important de réduire la charge de la maladie. Il est important de renforcer les systèmes de santé. Il est important de réduire les facteurs de risque de maladie. Tout cela est vital. Mais ce qui compte le plus pour moi, ce sont les gens. Je songe à deux groupes en particulier. Je veux qu'on nous juge d'après l'effet de notre action sur la santé des Africains et la santé des femmes. »



Où survenaient les décès maternels en 2015 ?



C'est à juste titre que les responsables de la santé mondiale et les professionnels de la santé peuvent être fiers de la remarquable réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant – contribuant à la réalisation de deux des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé le plus souvent mentionnés : réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle et des deux tiers le taux de mortalité chez les moins de 5 ans. Beaucoup ont pu adhérer à ces objectifs ambitieux, à la fois clairs et spécifiques. Ils n'ont pas été pleinement atteints, mais ils ont démontré qu'une action concertée et passionnée et un engagement résolu permettent de changer le cours des choses.



Diminution de 25 % du taux de mortalité maternelle entre 2005 et 2015

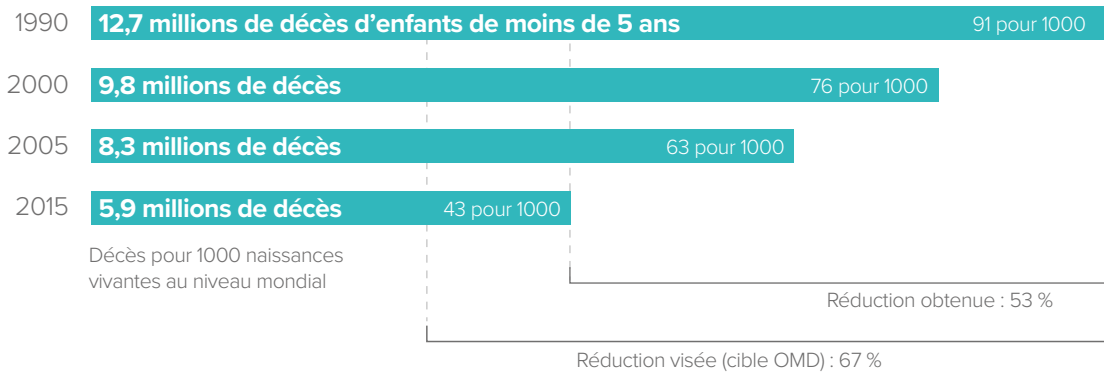
Les données servant à estimer la mortalité de la mère et de l'enfant sont issues en large partie d'enquêtes et non de registres officiels des décès. On les obtient donc avec retard et les conclusions concernant l'ampleur de la réduction manquent de précision. Mais cette réduction est bien réelle. La situation s'est progressivement améliorée pendant

les années 1990, mais les choses se sont accélérées depuis l'an 2000. La baisse de la mortalité maternelle va de pair avec : la forte réduction de la mortalité due au VIH ; l'introduction généralisée d'incitations à l'accouchement en maternité ; un meilleur accès aux soins prénatals ; une meilleure disponibilité d'antibiotiques contre la fièvre puerpérale ; et la baisse du taux de fécondité (notamment grâce à l'accès à la contraception et aux services de planification familiale). Quant à la mortalité de l'enfant, l'amélioration est également due à une pluralité de facteurs : les progrès en matière de nutrition et de disponibilité des vaccins (surtout contre la rougeole) ont notamment joué un rôle déterminant. Tout n'est pas dû au seul secteur de la santé ; le développement socioéconomique a également joué un rôle très significatif.

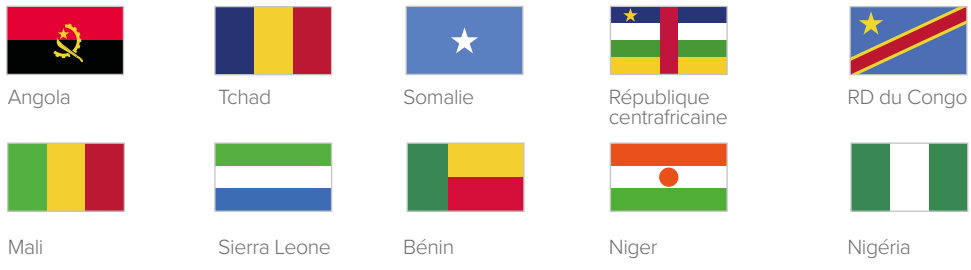


Diminution de la mortalité des moins de 5 ans d'un tiers entre 2005 et 2015

Les progrès réalisés en matière de santé de la mère et de l'enfant ne signifient cependant pas qu'on a avancé sur le front de l'équité. Les inégalités persistent et tendent même à s'aggraver. Le décès



Les 10 pays les moins bien classés : en moyenne, un enfant sur 8 décède avant l'âge de 5 ans



Les 10 pays les mieux classés : en moyenne, un enfant sur 400 décède avant l'âge de 5 ans

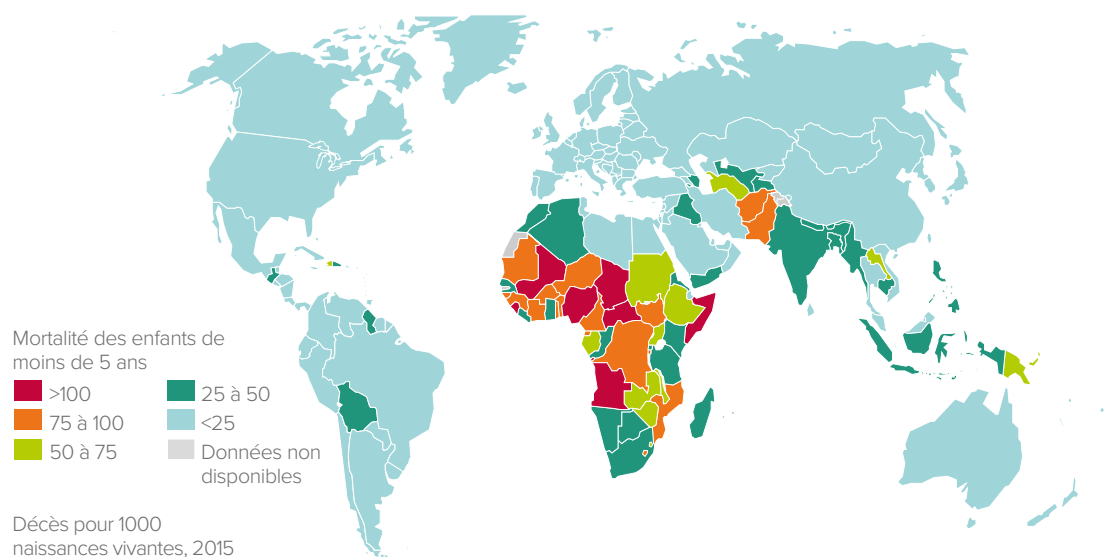


Données de 2015

maternel sur la vie entière touche une femme sur 36 en Afrique subsaharienne contre une femme sur 4900 dans les pays à revenu élevé. Le risque de décès avant l'âge de 5 ans est en moyenne de 1 sur 400 dans les 10 pays les mieux classés. Il est 50 fois plus grand dans les 10 pays les moins bien classés où il touche un enfant sur 8. Dans 24 pays – plus fragiles et/ou touchés par un conflit – la mortalité maternelle est toujours classée comme élevée. Malheureusement, ces statistiques sont si familières qu'elles n'émeuvent pas toujours comme elles le devraient. Pourtant de tels chiffres sont inacceptables et il faut en être bien conscient et les avoir à l'esprit si

l'on veut maintenir l'élan qui a déjà permis de sauver tant de vies.

À première vue, les objectifs de développement durable mettent moins en relief la mortalité de la mère et de l'enfant que ne le faisaient les objectifs spécifiques et distincts du Millénaire pour le développement. Mais des cibles ambitieuses ont été fixées pour ces deux indicateurs et sont ancrées dans les objectifs de développement durable. Des occasions peuvent se présenter prochainement pour les atteindre. On peut apporter des améliorations simples aux maternités les plus rudimentaires qui



n'ont même pas d'eau. D'autres solutions sont moins faciles à mettre en œuvre : il faudrait par exemple des millions d'agents de santé supplémentaires, notamment des personnels qualifiés pour l'accouchement.

Les interventions techniques et sociales individuelles ont apporté une grande différence et peuvent continuer d'avoir un effet. Il faut, cependant, aller au-delà des initiatives individuelles et privilégier une action plus complexe pour la mise au point de systèmes. Afin de régler durablement et équitablement le problème de la mortalité de la mère et du nouveau-né, il faut créer une base de soins prénatals universels, disposer d'un personnel qualifié pour l'accouchement dans des établissements de qualité et en fin de compte offrir des soins intégrés complets et de bonne qualité. Il faut également une intervention humanitaire efficace en cas d'instabilité. Les mouvements de population consécutifs à des conflits, la désorganisation des services de santé et les situations d'urgence alimentaire sont encore trop fréquents en 2017, et les jeunes enfants sont souvent les premières victimes.

Une grande partie des progrès réalisés à ce jour ont pu se prévaloir du développement socioéconomique. Sa poursuite est nécessaire, mais elle n'est nullement garantie, car on ne peut faire abstraction des effets de la corruption, de l'insécurité alimentaire et du changement climatique, par exemple.

Il est essentiel d'éviter les décès pendant la période néonatale (les premiers 28 jours). La mortalité néonatale a moins baissé que les autres indicateurs dans les premiers stades de la vie et représente de ce fait une part importante et croissante de la mortalité de l'enfant. En 2015, un million de nourrissons sont décédés le jour de leur naissance et plus de 2,6 millions avant l'âge d'un mois. En 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a souligné la nécessité d'apporter une solution en approuvant le plan d'action pour la santé du nouveau-né intitulé « *Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables* ». Le plan propose que d'ici 2030 tous les pays enregistrent un taux égal ou inférieur à 12 mortinaissances pour 1000 naissances. Il vise aussi à mettre fin aux mortinaissances évitables en parvenant au même taux en 2030.

Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, les objectifs du Millénaire pour le développement mettaient l'accent sur la diminution de la mortalité, un objectif certes louable et essentiel, mais qui tend à reléguer au second plan d'autres besoins et d'autres activités concernant par exemple le développement du jeune enfant. À mesure que la mortalité diminue, ils devront davantage retenir l'attention.

L'Organisation mondiale de la Santé a su se prévaloir de manière très efficace de sa position dans la famille élargie des Nations Unies pour défendre la cause de la santé de la mère et de l'enfant. *La Stratégie mondiale* du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies *pour la santé de la femme et de l'enfant*, tout comme l'initiative *Chaque femme, chaque enfant* qui y est associée, a été adoptée en 2010. La Stratégie a ensuite été actualisée et élargie aux adolescents. Le Secrétariat de l'OMS y a collaboré étroitement et l'Assemblée mondiale de la Santé a examiné et approuvé ces documents. *La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* couvre la période 2016-2030. Son ambition va au-delà de la diminution de la mortalité, puisqu'elle envisage :

« un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent dans quelque situation que ce soit jouit de son droit à la santé et au bien-être physiques et mentaux, a des perspectives sociales et économiques, et peut participer pleinement à l'édification de sociétés prospères et pérennes. »

Elle définit comment les objectifs et les cibles alignés sur les objectifs de développement durable pourront être atteints par des mesures allant du leadership des pays et de la résilience des systèmes de santé, à l'engagement communautaire, la recherche et l'innovation.



L'initiative « Chaque femme, chaque enfant » adoptée par l'Organisation des Nations Unies

L'OMS et l'Assemblée mondiale de la Santé ont joué un rôle clé dans la *Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025)* lancée plus récemment. La malnutrition reste un facteur important de mortalité et de morbidité de l'enfant. Elle empêche toujours l'épanouissement physique et cognitif de l'enfant. Il reste beaucoup à apprendre dans ce domaine.

Les progrès de la santé de la mère et de l'enfant ont été une réalisation phare pour la santé mondiale – des améliorations majeures et mesurables d'une grande valeur humaine et économique. Comme pour les autres innovations majeures des 10 dernières années, le défi consiste désormais à poursuivre sur la voie tracée.



ENNEMIS D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Les efforts pour combattre, vaincre ou maîtriser les maladies transmissibles ont figuré parmi les principales priorités de l'action sanitaire mondiale au cours des 10 dernières années. Les maladies les plus meurtrières – l'infection par le VIH, la tuberculose et le paludisme – restent en tête de liste et des progrès sont réalisés. Mais la menace de maladies nouvelles et émergentes – et le risque de leur propagation mondiale – est aussi une constante préoccupation et lors de catastrophes naturelles, de famines et de conflits notamment, des maladies comme la fièvre typhoïde et le choléra peuvent réapparaître brutalement en faisant de nombreuses victimes. Depuis les temps immémoriaux, les régions tropicales et subtropicales abritent des agents infectieux à l'origine de nombreuses incapacités, provoquant des maladies rarement présentes dans les pays riches, mais qui ont des effets dévastateurs dans les zones les plus pauvres des pays touchés. Beaucoup d'infections courantes

associées aux soins de santé peuvent provoquer des pathologies aiguës et nécessiter de coûteux séjours hospitaliers. Une infection non traitée peut aboutir à une incapacité ou à la mort. Une flambée à large échelle peut même affaiblir l'économie nationale. Une bonne planification, plus de résilience, des systèmes de surveillance de haut niveau, des mesures de prévention et de lutte efficaces et des traitements dispensés en temps utile à ceux qui en ont besoin sont indispensables pour y faire face de manière satisfaisante.

Ces 10 dernières années, des succès marquants ont été enregistrés dans la lutte contre les maladies transmissibles, même si certains problèmes familiaux persistent.

L'épidémie de VIH, ainsi que la riposte mondiale dont elle fait l'objet, ont changé l'image de la santé

publique mondiale. À l'aube du nouveau Millénaire, l'épidémie était bien implantée et la riposte ne faisait que commencer. Tout a changé à la suite d'un puissant mouvement de la société civile suivi d'un très large engagement politique et d'une mobilisation de fonds considérable contre le nouvel ennemi.

Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a apporté US \$16 milliards aux programmes de lutte contre le VIH. Grâce aux donateurs du Fonds mondial et à bien d'autres, l'utilisation des thérapies antirétrovirales a connu une véritable explosion – 16 millions de personnes reçoivent aujourd'hui le traitement contre seulement 700 000 en 2000. Des baisses de prix ont été négociées avec les fabricants de médicaments. De 2005 à 2015, le taux de mortalité dû au VIH a diminué de 50 %, ce qui a largement contribué à la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant. Le nombre de nouveaux cas d'infection a chuté de 18 %.



La mortalité due au VIH a diminué de moitié entre 2005 et 2015

De 2005 à 2010, les thérapies se sont généralisées et la riposte a commencé à se perfectionner. La prévention étant restée en retrait par rapport aux traitements, des efforts ont été consentis pour

Montants fournis par le Fonds mondial, 2000-2015



rééquilibrer les choses. L'approche de la *santé dans toutes les politiques* suivie par le Directeur général a conduit à tenir compte du VIH dans la lutte contre la drogue, dans le dialogue sur les droits humains et en matière d'égalité des sexes. On s'est appuyé de plus en plus sur des données ventilées pour venir en aide aux groupes les plus concernés – notamment les jeunes filles et les adolescentes en Afrique subsaharienne. L'innovation à la fois technologique et dans les modèles de prestation de services a été rapide. Les effets protecteurs de la circoncision masculine ont été reconnus et elle a été encouragée particulièrement en Afrique orientale et australe.

Ces dernières années, les projets individuels ont eu tendance à être remplacés par des programmes intégrés nationaux. Certains sont plus avancés que d'autres, mais les meilleurs offrent une chaîne de services ininterrompue concernant le VIH, la réduction des risques, des tests de dépistage, un traitement et des soins tout au long de la vie.

L'OMS recommande désormais le traitement antirétroviral dès la confirmation du diagnostic, dans l'intérêt du patient lui-même et parce que le risque de transmission du virus est alors considérablement réduit. On rappellera que selon les estimations la moitié des porteurs du VIH ignorent qu'ils sont infectés.

Progrès majeurs de 2005 à 2015

		Diminution du taux de nouveaux cas	Diminution du taux de mortalité
VIH		18 %	50 %
Paludisme		21 %	49 %
Tuberculose		16 %	25 %

En 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une nouvelle Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, centrée sur le renforcement des services VIH dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et soulignant les liens avec la lutte contre la tuberculose et l'hépatite, notamment.

Une des cibles de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement qui a été atteinte visait « *D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle* ». De nombreux enseignements ont pu être tirés de ces efforts concernant le rôle de catalyseur que peut jouer la société civile, la façon de mettre sur pied les services de santé conjointement avec les communautés et l'intensification rapide et massive des interventions. Plusieurs d'entre eux, comme par exemple l'importance des négociations sur les prix des médicaments, sont maintenant étendus à la lutte contre l'hépatite. Comme le souligne bien la Stratégie mondiale, le VIH n'a pas encore été vaincu, loin de là.

Le paludisme est une maladie très ancienne qui affectait déjà les premières populations humaines et dont il était question dans l'Antiquité. Mais quand on écrira l'histoire définitive du paludisme, les réalisations des 10 dernières années occuperont une large place. La mortalité palustre a pratiquement diminué de moitié entre 2005 et 2015, aussi bien à cause de la prévention de nouveaux cas que de l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques.



La mortalité palustre a diminué de 49 % de 2005 à 2015

Plus de six millions de décès ont pu être évités depuis le début du Millénaire, pour la plupart des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne, grâce à une intensification massive des efforts de prévention, de diagnostic et de traitement. L'augmentation de la couverture par les

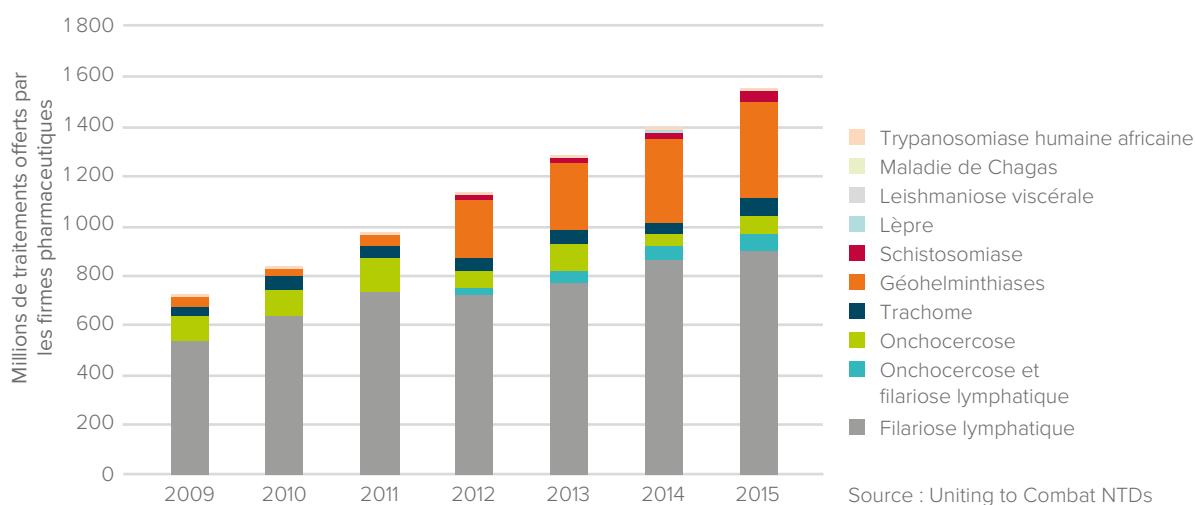
moustiquaires imprégnées d'insecticide y est pour beaucoup et depuis 2004 plus de 900 millions de moustiquaires ont été distribuées uniquement en Afrique subsaharienne. L'utilisation accrue des tests diagnostiques rapides ont permis de faire passer de 40 % en 2010 à 76 % en 2015 la proportion des cas suspects soumis à un dépistage en Afrique subsaharienne. Enfin, des progrès ont été enregistrés concernant l'accès et l'utilisation d'associations thérapeutiques efficaces à base d'artémisinine.

Sur la base des modèles de prévalence du parasite et d'incidence des cas, on estime que des interventions antipaludiques sont à l'origine de 70 % de la réduction des cas en Afrique subsaharienne de 2000 à 2015. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques ont joué un rôle capital dans cette percée de la lutte antipaludique, mais on estime que la prévention grâce aux moustiquaires est à elle seule à l'origine de la moitié de cette réduction. L'utilisation généralisée de ces outils a été rendue possible par les contributions financières du Fonds mondial et d'autres donateurs bilatéraux en plus des ressources nationales.



900 millions de moustiquaires distribuées en Afrique depuis 2004

Outre la diminution notable de la morbidité et de la mortalité, les pays poursuivent maintenant l'objectif de l'élimination. Entre 2007 et 2016, six pays ont été certifiés exempts du paludisme et 13 autres ont signalé zéro cas locaux. Malgré cela, l'endémie touche encore plus de 90 pays, avec 200 millions de cas et 429 000 décès en 2015 selon les estimations. L'OMS et ses partenaires ont une vision claire des objectifs à réaliser d'ici 2030, énoncés dans la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* qui a pour cible par rapport à la base de 2015 de diminuer l'incidence et les taux de mortalité de 90 % et d'arriver à l'élimination dans 35 pays supplémentaires.



Au cours de la dernière décennie, des progrès ont également été réalisés contre la tuberculose. Les nouveaux cas ont diminué de 16 % et les décès de 25 % entre 2005 et 2015. Le diagnostic et le traitement ont permis de sauver 50 millions de vies selon les estimations entre 2000 et 2015. Les avancées sont notables, même si elles restent moins marquées que les progrès réalisés contre le VIH et le paludisme, en partie, car la lutte contre la tuberculose avait déjà connu d'importants succès au cours de la décennie précédente. La tuberculose reste une des principales causes de décès de personnes vivant avec le VIH, provoquant chez elles un tiers des décès.

Actuellement, 60 % de tous les cas de tuberculose sont enregistrés dans six pays – 27 % en Inde et 33 % en Indonésie, en Chine, au Niger, au Pakistan et en Afrique du Sud. Différents aspects de la santé publique sont en cause. La malnutrition est un facteur de risque clé, notamment pour ce qui est de la mortalité, tout comme le tabagisme. La surveillance basée généralement sur la déclaration des cas est un élément vital. Le diagnostic et le traitement supposent des systèmes de santé ayant atteint un certain degré de développement.

En 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la *Stratégie pour mettre fin à la tuberculose*. L'objectif général de mettre un terme à l'épidémie

de tuberculose fait également partie des objectifs de développement durable. D'ici 2030, la Stratégie vise à réduire l'incidence de 80 %, la mortalité par tuberculose de 90 % et à ce qu'aucun patient ni aucune famille ne subisse des coûts catastrophiques du fait de la maladie. Elle est fondée sur trois piliers : des soins et une prévention intégrés, centrés sur le patient ; des politiques audacieuses et des systèmes de soutien ; et une intensification de la recherche et de l'innovation.

La prise en charge de l'épidémie est rendue plus complexe par la résistance aux antimicrobiens. Aujourd'hui, moins de la moitié des patients atteints de tuberculose multirésistante et seulement un quart des patients atteints de tuberculose ultrarésistante sont traités avec succès.

La lutte contre la tuberculose n'a pas bénéficié d'un financement aussi important que le VIH ou le paludisme. Elle n'a pas non plus suscité le même intérêt politique de haut niveau. La Conférence ministérielle de l'OMS sur la tuberculose prévue pour novembre 2017 et une réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018 devraient y remédier.



De 2000 à 2015, 50 millions de décès par tuberculose évités

Un groupe de maladies caractérisées par les incapacités et les lésions défigurantes à long terme qu'elles peuvent provoquer, et qui sont parfois mortelles, touchent un milliard de personnes à travers 149 pays, c'est-à-dire pas moins d'une personne sur sept dans le monde. Ces 17 maladies sont appelées « maladies tropicales négligées » parce qu'elles affectent les communautés les plus pauvres, sans voix ni pouvoir. Échappant à la vue des pays riches, elles posent rarement un risque de transmission mondiale.

S'adressant à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan a déclaré :

« Le mois dernier a eu lieu la première réunion des partenaires mondiaux pour les maladies tropicales négligées, qui a constitué un véritable tournant. En effet, les perspectives qui s'offrent de réduire la charge de ces maladies débilitantes pour au moins un milliard de personnes n'ont jamais paru aussi favorables. »

En 2012, l'OMS a établi une feuille de route à mettre en œuvre intitulée *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées* et prévoyant des cibles pour chaque maladie et des mécanismes clés permettant de produire un changement – organisation de la distribution et de l'administration à large échelle de médicaments à dose unique lorsque ceux-ci suffisent, lutte contre les vecteurs et les hôtes intermédiaires, éducation pour la santé, approvisionnement en eau de meilleure qualité et moyens d'assainissement satisfaisants, et prévention des risques à l'interface entre l'homme et l'animal. Ce plan d'action très précis a constitué un grand pas en avant.

La réunion de janvier 2012 à Londres (Angleterre) intitulée *S'unir pour lutter contre les maladies tropicales négligées* a également constitué une avancée majeure. Les dirigeants des organisations de la santé mondiale, réunis avec des représentants de 13 entreprises pharmaceutiques et certains grands donateurs, ont convenu de s'engager en faveur des cibles très précises de la feuille de route de l'OMS pour 10 maladies tropicales négligées et ont adopté la Déclaration de Londres.

L'engagement des firmes pharmaceutiques à élargir la production de médicaments était essentiel. Bill Gates, le Coprésident de la Fondation Bill & Melinda Gates, a notamment déclaré lors de la réunion :

« Peut-être qu'avec le temps on se demandera s'il faut appeler ces maladies des maladies négligées. Peut-être, qu'à mesure que les étapes seront franchies, on en viendra simplement à parler de maladies tropicales. »

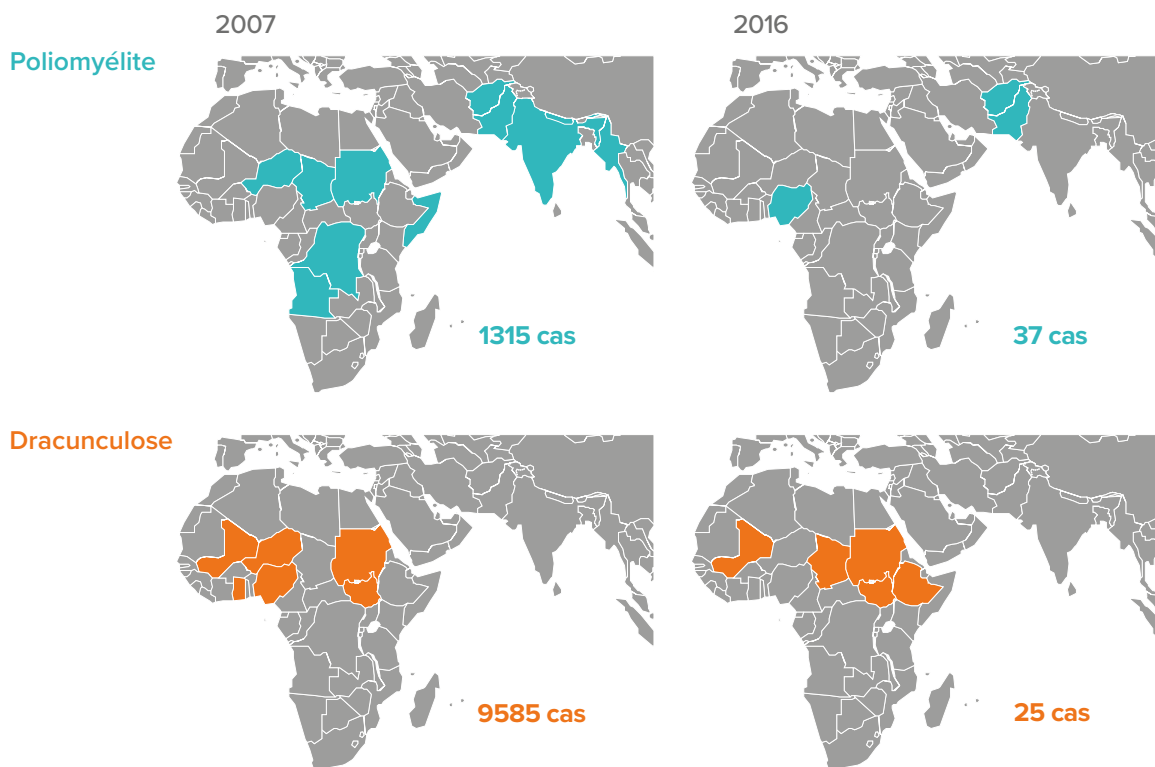


40 traitements par seconde contre les maladies tropicales négligées en 2015



Le plus grand partenariat entre la santé publique et le secteur privé : les firmes pharmaceutiques fournissent gratuitement 1,5 milliard de comprimés contre les maladies tropicales négligées en 2015

2017 marque le cinquième anniversaire de la Déclaration de Londres. Des progrès importants ont été réalisés, globalement, mais aussi par rapport à des maladies spécifiques et dans certains pays en particulier. En 2015, 1,2 milliard de traitements ont été administrés, soit 40 traitements par seconde. Chaque année depuis 2013, un pays des Amériques a pu libérer sa population de l'onchocercose. Seule une petite zone reste touchée et les Amériques en seront débarrassées. En 2015, 330 millions de personnes de



moins qu'en 2011 ont dû recevoir un traitement. En ce qui concerne la dracunculose, on ne dénombre plus que 25 cas dans le monde.



La lutte contre la résistance aux antimicrobiens à l'ordre du jour des Nations Unies

Au cours des 10 dernières années, il a fallu faire face à l'impensable, à savoir que malgré un accès aux soins et aux traitements essentiels, l'apparition chez les agents pathogènes (bactéries, virus, champignons, parasites) d'une résistance à un large éventail d'antimicrobiens mettrait en danger la vie de millions d'êtres humains dont la survie dépend de ces médicaments.

En 2010, l'OMS a constaté une résistance aux nouvelles thérapies antirétrovirales chez 7 % des porteurs du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et chez 10 % à 20 % des porteurs dans les pays à revenu élevé. En 2014, on a estimé à 480 000 le nombre de cas mondiaux

de tuberculose multirésistante, dont 10 % de cas ultrarésistants. En 2016, une résistance aux traitements de première intention contre le paludisme a été confirmée dans cinq pays.

La résistance aux antimicrobiens a retenu l'attention de manière croissante au fil des 10 dernières années.

En 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens* qui précisait cinq domaines d'action clés :

- mieux faire connaître et comprendre le problème de la résistance aux antimicrobiens grâce à une communication, une éducation et une formation efficaces ;
- renforcer les connaissances et les bases factuelles par la surveillance et la recherche ;
- réduire l'incidence des infections par des mesures efficaces d'assainissement, d'hygiène et de prévention des infections ;
- optimiser l'utilisation des médicaments antimicrobiens en santé humaine et animale ;

- dégager les arguments économiques en faveur d'investissements durables qui tiennent compte des besoins de tous les pays et accroître les investissements dans la mise au point de nouveaux médicaments, outils diagnostics, vaccins et autres interventions.

En élaborant ce plan, l'OMS a collaboré étroitement avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) selon l'approche « *Un monde, une santé* » afin de favoriser les meilleures pratiques et d'éviter l'émergence et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, notamment en optimisant l'usage des antibiotiques chez l'homme et l'animal.

Dans certaines parties du monde, la moitié des antimicrobiens sont destinés aux animaux d'élevage. Or en médecine, la consommation excessive ou abusive pose problème, tout comme la consommation insuffisante d'antibiotiques. Différents cas de figure peuvent se présenter : accès insuffisant ne permettant pas de suivre un traitement complet jusqu'au bout ; prescription abusive en cas d'infections à guérison spontanée ; accès en vente libre à des produits dont les consignes d'utilisation ne sont pas déterminées par un médecin ; et utilisation clinique simplement « au cas où ».

La résistance aux antimicrobiens qui n'intéressait auparavant que les professionnels ou les scientifiques, est devenue une priorité mondiale pour les responsables politiques. S'il s'agit désormais d'une question urgente pour les autorités nationales et les ministères de la santé du monde entier, ce n'est pas par hasard, mais c'est le résultat des analyses techniques, du travail de sensibilisation et des orientations des 10 dernières années. Le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas et d'autres pays ont joué à cet égard un rôle de chef de file.

En septembre 2016, les chefs d'État présents à l'Assemblée générale des Nations Unies ont adopté une déclaration politique pour combattre la résistance aux antimicrobiens. La *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens* reconnaît que, pour lutter au mieux contre la résistance aux antimicrobiens, il faut prévenir et combattre les infections chez l'homme et l'animal. L'importance de l'accès aux antibiotiques et aux vaccins nouveaux et existants et de leur disponibilité à un prix abordable a également été soulignée lors des délibérations.

Les chefs d'État se sont engagés à :

- renforcer la surveillance et la réglementation sur l'utilisation et la vente d'antimicrobiens destinés à l'homme et à l'animal ;
- encourager des approches novatrices fondées sur des produits susceptibles de remplacer les antimicrobiens et de nouvelles technologies pour le diagnostic et les vaccins ;
- sensibiliser la population et les professionnels de la santé aux moyens de prévenir des infections pharmacorésistantes ;
- intensifier la coopération internationale en faveur de plans d'action nationaux.

S'exprimant à la suite de cet engagement historique, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan a déclaré :

« *La résistance aux antimicrobiens représente une grave menace pour la santé humaine, le développement et la sécurité. Les engagements pris aujourd'hui doivent être concrétisés en actions rapides, efficaces et capables de sauver des vies dans les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale. Le temps presse.* »

Les mesures importantes ne doivent pas nécessairement prendre une dimension politique

Liste OMS publiée en février 2017 : agents pathogènes prioritaires

Priorité 1 : importance critique

Acinetobacter baumannii, résistant au carbapénème
Pseudomonas aeruginosa, résistant au carbapénème
Enterobacteriaceae, résistants au carbapénème, résistants aux céphalosporines de troisième génération

Priorité 2 : importance élevée

Enterococcus faecium, résistant à la vancomycine
Staphylococcus aureus, résistant à la méthicilline, résistant à la vancomycine (VISA et VRSA)
Helicobacter pylori, résistant à la clarithromycine
Campylobacter, résistant aux fluoroquinolones
Salmonella spp., résistant aux fluoroquinolones
Neisseria gonorrhoeae, résistant aux céphalosporines de troisième génération, résistant aux fluoroquinolones

Priorité 3 : importance moyenne

Streptococcus pneumoniae, non sensible à la pénicilline
Haemophilus influenzae, résistant à l'ampicilline
Shigella spp., résistant aux fluoroquinolones

ou faire la une de l'actualité. Des chercheurs au Royaume-Uni et en Chine ont par exemple collaboré à une étude sur la résistance à la colistine, un antibiotique peu coûteux utilisé à la fois comme promoteur de croissance dans l'alimentation animale, notamment dans l'élevage de porcins, et comme la dernière ligne de défense chez des sujets gravement malades dont l'infection résiste aux autres antibiotiques. Ce cas est typique de la résistance aux antimicrobiens de manière générale : un antibiotique utilisé en milieu vétérinaire et dans l'élevage produit des souches d'agents pharmacorésistants qui, en infectant un sujet, rendent le produit inefficace. Les chercheurs ont identifié un gène de la résistance (MCR-1) d'*E. coli* chez le porc. Ce gène possédait l'inquiétant pouvoir de transférer ou de conférer la résistance à d'autres bactéries.

À la suite de ces travaux, le Ministère chinois de l'agriculture a interdit, en novembre 2016, l'utilisation de la colistine comme additif alimentaire dans l'élevage. Selon un des chercheurs principaux, le Professeur Jianzhong Shen, du Centre d'innovation avancé de Beijing pour l'alimentation, la nutrition et la santé humaine :

« L'usage d'antibiotiques chez les animaux de boucherie devient effectivement un problème à l'échelle mondiale associé à la sécurité sanitaire des aliments et à la santé publique. Tous les pays devraient utiliser les antibiotiques chez les animaux avec prudence et de façon rationnelle. Sur la base des évaluations des risques liés à son utilisation, le Gouvernement chinois est intervenu pour retirer la colistine de la liste des additifs alimentaires utilisés comme promoteurs de croissance. Nous avons suggéré à notre Gouvernement de prendre très au sérieux le problème de la résistance aux antimicrobiens et en l'espèce sa réaction a été très efficace. »

Ce témoignage résume un des problèmes qui se posent pour atténuer une menace, mais montre aussi les occasions offertes d'agir résolument. Face aux problèmes complexes comme celui de la résistance aux antimicrobiens, il n'y a pas de solutions faciles. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y en a pas du tout. Une intervention suppose une orientation, une coordination et un suivi des plans d'action au niveau le plus élevé. Elle suppose aussi l'existence

de partenariats et une coopération de tous les secteurs et milieux intéressés : gouvernements, secteur médical et de la santé, milieux scientifiques, élaboration des politiques, industrie, agriculture, production alimentaire, firmes pharmaceutiques et société civile.



6,4 milliards de personnes vivent dans des pays dotés de plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens

La surveillance par l'OMS des progrès réalisés au niveau national montre qu'en avril 2017, 69 pays où vivent plus de 6,4 milliards de personnes (plus de 90 % de la population mondiale) avaient finalisé ou approuvé un plan d'action national pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

En février 2017, l'OMS a publié sa toute première liste de 12 agents pathogènes résistant aux antibiotiques contre lesquels la mise au point de nouveaux antibiotiques est une priorité. Le bacille de la tuberculose n'en faisait pas partie, car la liste devait servir à mettre en lumière des menaces pour la santé précédemment inconnues. Mais l'OMS a réaffirmé que la tuberculose reste une priorité absolue pour la recherche et le développement de nouveaux antibiotiques.



Éradication de la dracunculose : plus que 25 cas dans le monde en 2016

L'éradication d'une maladie est une solution attrayante puisqu'elle permet de débarrasser l'humanité de l'agent pathogène en cause pour toujours. Jusqu'ici, le compteur de l'éradication est resté bloqué à 1 : une seule maladie a pu être éradiquée, la variole. Mais désormais l'éradication de deux autres maladies – la poliomyélite et la dracunculose – est à portée de main. L'OMS est un chef de file des efforts d'éradication contre elles,

aux côtés des États Membres et d'un groupe de partenaires dont la composition est légèrement différente dans les deux cas.

Au cours des 10 dernières années, les progrès vers l'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose ont avancé de manière significative. Mais dans les deux cas, la baisse annuelle des taux de morbidité a connu un ralentissement considérable par rapport au début, ce qui est bien normal : plus on se rapproche de l'éradication, plus les défis sont difficiles à relever. Les derniers refuges d'un agent pathogène sont par définition les endroits où son élimination sera la plus problématique. Le ralentissement des progrès n'est donc pas surprenant, même s'il a pris des proportions auxquelles on ne s'attendait pas tout à fait. Il serait imprudent d'engager un pari, mais l'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose semble maintenant imminente. Et il y aura de nombreux enseignements à tirer de ces deux campagnes, que le monde décide ou non d'entreprendre l'éradication d'autres maladies.



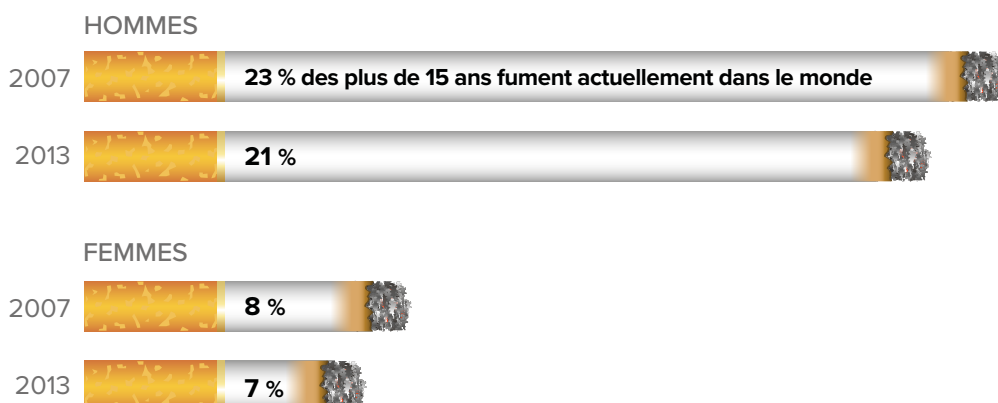
LA MONTÉE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

En 2010, l'OMS a publié un *Rapport de situation mondial sur les maladies non transmissibles*, où elle constatait que :

- les maladies non transmissibles viennent en tête des problèmes de santé dans le monde, provoquant près de deux tiers des décès. La charge de morbidité est due principalement aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux affections respiratoires chroniques ;
- le problème ne se limite pas aux pays riches : 80 % de la charge des maladies non transmissibles est supportée par les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- quatre facteurs de risque comportementaux, symptomatiques de la transition économique, de l'urbanisation rapide et des modes de vie modernes, en constituent les causes principales, à savoir le tabagisme, une alimentation

déséquilibrée, la sédentarité et l'usage nocif d'alcool.

Le rapport se voulait pragmatique et énonçait une liste des solutions les plus rentables pour les autorités, c'est-à-dire des interventions efficaces, réalisables et d'un coût abordable, même avec des ressources limitées. Certaines sont à l'échelle de la population, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou la réduction de la consommation de sel ; d'autres sont des interventions de soins de santé, comme l'usage de l'aspirine contre l'infarctus du myocarde ou d'inhalateurs simples chez les asthmatiques.



Dans l'avant-propos du rapport de 2010, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, déclarait :

« L'avertissement reste puissant. L'épidémie atteint déjà des proportions dépassant largement les capacités des pays à faible revenu pour y faire face. Si nous n'agissons pas d'urgence, la charge financière croissante de ces maladies atteindra des niveaux dépassant les moyens mêmes des pays les plus riches du monde pour pouvoir être gérée. »

En septembre 2011, à l'issue d'une *Réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, l'Assemblée générale des Nations Unies adoptait une Déclaration politique reconnaissant que :

« Le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, en ce qu'il vient de remettre en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromettre la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international. Nous reconnaissons que les maladies non transmissibles sont une menace pour l'économie de nombreux États Membres et peuvent accroître les inégalités entre pays et entre populations. »



Objectif fixé : réduire de 25 % les décès par maladies non transmissibles d'ici 2025

Huit mois plus tard, en mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé l'objectif ambitieux « 25 x 25 » visant à réduire de 25 % d'ici 2025 le nombre des décès prématurés par les quatre principales maladies non transmissibles – maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et affections respiratoires chroniques. Un plan et un cadre de surveillance ont suivi : le *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* offrait des orientations pour réduire l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité, la consommation excessive de sel, le tabagisme et l'hypertension artérielle, stopper la progression du diabète et de l'obésité, augmenter la proportion des bénéficiaires de soins cardiovasculaires préventifs de base et améliorer la disponibilité des technologies et des médicaments de base nécessaires pour les traitements. S'inspirant du Rapport de 2010, le Plan proposait aux États Membres les options politiques les plus rentables pour atteindre chacune des cibles. L'établissement d'un rapport de situation était prévu tous les trois ans et de nouvelles réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies seraient organisées.

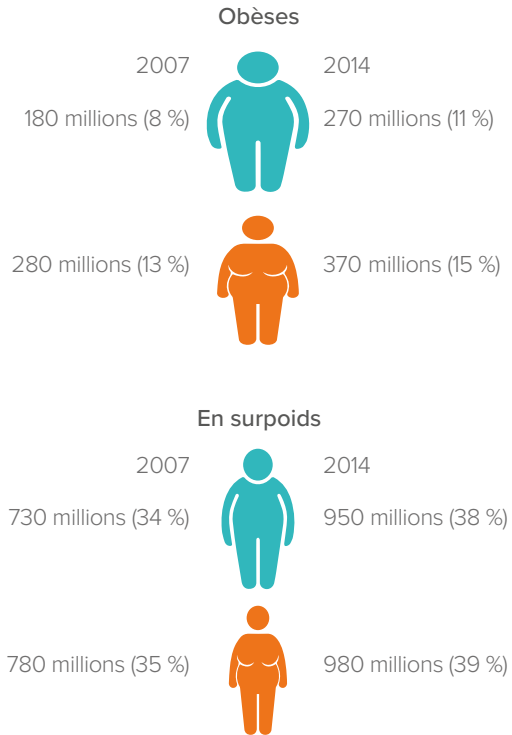
Parallèlement à l'élaboration de ce cadre général, des progrès plus ou moins importants ont été réalisés dans différents domaines clés.

La *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* est en place depuis 2005. L'Organisation base son appui en faveur des pays sur les mesures MPOWER, une série de six mesures efficaces et rentables, pour mettre en œuvre les principales dispositions de la Convention visant à réduire la demande de tabac. Depuis 2007, le nombre de personnes protégées par au moins une mesure MPOWER a triplé, mais tous les pays peuvent encore faire davantage. La prévalence du tabagisme, qui fait six millions de morts par année, a légèrement baissé, mais on compte encore un milliard de fumeurs dans le monde – dont 80 % vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le *Plan d'action mondial 2013-2020* fixe la cible d'une réduction du tabagisme de 30 % – qui est encore loin d'être atteinte. L'OMS surveille à la fois la mise en œuvre des mesures MPOWER et – quand les données et la modélisation le permettent – la prévalence du tabagisme. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une approche novatrice pour la santé mondiale, et certains espèrent que le modèle pourra être étendu à d'autres éléments des maladies non transmissibles.



Selon les *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, émises par l'OMS en 2010, les normes souhaitables n'étaient pas respectées dans le cas d'un adulte sur quatre et de quatre adolescents sur cinq. Le rôle de la sédentarité en tant que facteur de risque a été plus largement reconnu

ces 10 dernières années, comme cause directe et non diffuse de l'excès pondéral et de l'obésité.



Depuis 10 ans, l'OMS a joué un rôle de premier plan en matière d'alimentation et de santé. Sa déclaration concernant la consommation de sucre a eu un grand retentissement. En mars 2015, l'Organisation, s'appuyant sur une analyse technique concernant le lien entre les sucres libres et l'excès pondéral et les caries dentaires, a recommandé avec force que les sucres libres représentent moins de 10 % de l'apport énergétique total, une réduction à 5 % étant préférable pour la santé. Cette ligne directrice offrait des options politiques aux pays. Elle visait principalement les liens entre la consommation de boissons sucrées et l'obésité mis en lumière par la recherche. Très largement rapportée par les médias, cette ligne directrice a débouché sur une collaboration étendue avec l'industrie alimentaire et les fabricants de boissons aux niveaux international et national. L'année suivante, la *Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant* – mise sur pied par l'OMS en 2014 à l'initiative du Directeur général – publiait un rapport comprenant une recommandation explicite

aux États Membres de « *mettre en place une taxe efficace sur les boissons sucrées* ».



Nouvelles lignes directrices sur l'apport en sucre pour les enfants et les adultes

La progression inquiétante de l'obésité de l'enfant constituait une justification épidémiologique claire de l'action alors que de nouveaux éléments tendaient à démontrer la base épigénétique de l'obésité qui méritait de retenir particulièrement l'attention.

Les membres de la Commission venaient de milieux très différents, avec notamment des praticiens de la santé publique aux côtés de scientifiques, d'économistes, d'un industriel de premier plan et d'une athlète bien connue. L'industrie alimentaire et les fabricants de boissons ont collaboré étroitement aux travaux de la Commission, leurs hauts responsables ayant rencontré le Directeur général à plusieurs reprises. La Commission a soumis son rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016 et un plan de mise en œuvre a été présenté à l'Assemblée en mai 2017. Le rapport contient des recommandations destinées aux États Membres dans six domaines :

- favoriser la consommation d'aliments sains et diminuer celle des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées ;
- favoriser l'activité physique et réduire les comportements sédentaires ;
- intégrer des mesures pour réduire le risque d'obésité de l'enfant dans les soins avant et pendant la grossesse ;
- appuyer l'alimentation saine et l'activité physique pendant la petite enfance ;
- favoriser des milieux scolaires sains, les connaissances en matière de santé et de nutrition et l'activité physique chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents ;

- gérer le poids des enfants obèses et des jeunes obèses.

La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant a également permis de démontrer la complexité de la lutte contre l'obésité, le rôle crucial que jouent des secteurs multiples et le rôle essentiel de l'industrie. Tous ces aspects doivent être reflétés dans l'approche qu'il faudra continuer de suivre au cours des années à venir face à l'ensemble des maladies non transmissibles.



La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant offre un plan d'action mondial

D'autres éléments des maladies non transmissibles n'ont pas autant retenu l'attention. La charge de cette morbidité est surtout supportée par les groupes socioéconomiques défavorisés, plus souvent exposés à de nombreux facteurs de risque et frappés par des affections qui entraînent parfois pour les plus pauvres des coûts catastrophiques. Certains observateurs estiment qu'un objectif visant directement les déterminants socioéconomiques aurait dû figurer dans le Plan d'action 2013-2020.

En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* – le premier plan de ce type qui vise non seulement à combattre les troubles mentaux, mais à améliorer la santé mentale. Le Plan établit une série de cibles et de mesures recommandées pour les États Membres, et pour les organisations y compris l'OMS.

L'OMS s'est dotée depuis 2008 du *Programme d'action « Comblant les lacunes en santé mentale »*, lancé par le Directeur général, qui vise à améliorer les soins concernant une série de troubles prioritaires (dépression, démence, psychoses, épilepsie, etc.) dans 90 pays, en particulier en cas de ressources

limitées. Des initiatives OMS comme la campagne *Dépression : parlons-en* ont permis de mieux faire connaître d'importants problèmes de santé mentale. À l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale de 2012, l'OMS, avec pour partenaire l'auteur et dessinateur Matthew Johnstone, a produit une courte vidéo intitulée « *I had a black dog, his name was depression* », dans un but de sensibilisation et pour encourager les personnes atteintes de dépression à prendre des mesures efficaces pour « maîtriser leur chien noir ». Jusqu'ici, la vidéo a été visionnée plus de 7,5 millions de fois sur YouTube.

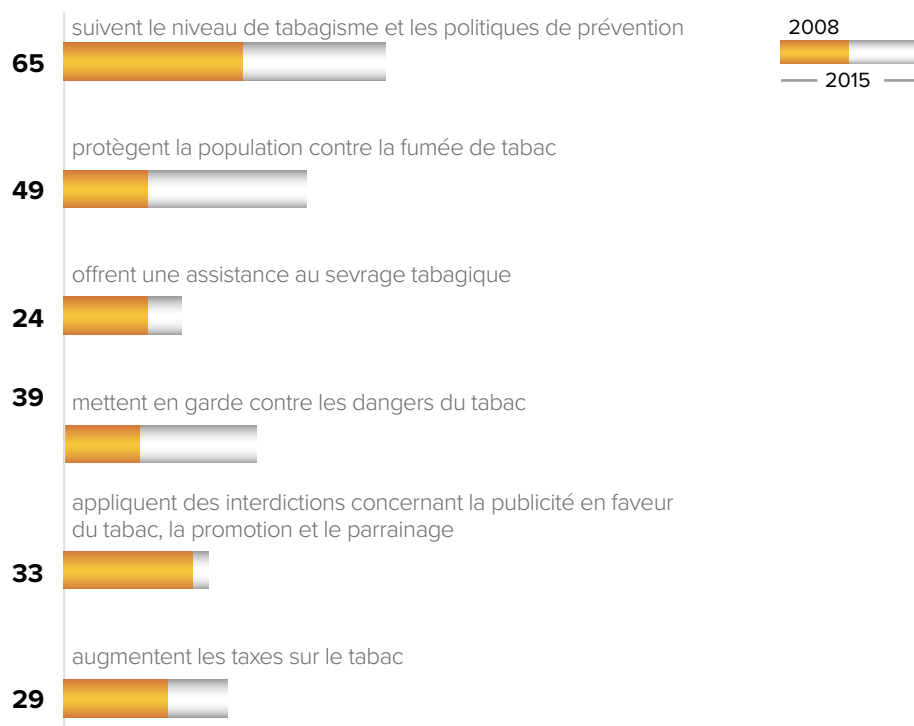
L'OMS estime que 4,4 % de la population mondiale est atteinte de dépression (plus de 300 millions de personnes) et 3,8 % d'anxiété, alors qu'on dénombre près de 800 000 suicides chaque année. La santé mentale figure dans les cibles des objectifs de développement durable. Il faut espérer que dans 10 ans la problématique de la santé mentale occupera dans les esprits une place plus importante.

Au cours des cinq dernières années, c'est ce qui est arrivé pour le dossier crucial de la démence : en mai 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a examiné un *plan d'action contre la démence* alors qu'en 2013 le G8 avait organisé un sommet extraordinaire sur le sujet. S'exprimant à cette occasion, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, avait notamment déclaré :

« La démence est une épidémie cruelle et coûteuse ayant un impact médical, psychologique, émotionnel et financier considérable. Nulle autre maladie ne me vient à l'esprit qui entraîne si profondément une perte des fonctions cognitives, une perte d'indépendance et un besoin criant de soins. Je ne vois nulle autre maladie qui fasse peser un fardeau aussi lourd sur les familles, les communautés et les sociétés. Je ne vois nulle autre maladie pour laquelle le besoin d'innovation, y compris de découvertes novatrices pour mettre au point un traitement, se fasse si cruellement sentir. »

La lutte contre les maladies non transmissibles est complexe, mais cette complexité est assumée de plus en plus, et il faut continuer sur cette voie. Cette lutte implique un engagement bien au-delà de la sphère de la santé et des soins de santé, car il faut en combattre les causes à la racine. Cela implique de faire face à des intérêts particuliers – en travaillant avec l'industrie de manière productive si c'est possible, mais en sachant aussi fixer des limites qui ne doivent pas être franchies. Cela suppose qu'en acceptant ce rôle d'éducateur l'Organisation s'expose à des critiques que les programmes de lutte contre les maladies transmissibles n'ont jamais connues. Cela suppose de maintenir le cap avec une volonté politique résolue dans la durée. Et cela suppose d'instaurer des systèmes de santé capables de mener des efforts de plus en plus complexes en sachant doser les aspects prévention, soins et traitements. C'est là une mission délicate mais essentielle pour l'avenir de la santé publique dans le monde.

Nombre de pays appliquant pleinement une politique antitabac



RESPECT COMPLET DES POLITIQUES MONDIALES



COMBLER LE FOSSÉ EN UNE GÉNÉRATION

La Commission des déterminants sociaux de la santé, présidée par l'épidémiologiste australo-britannique Sir Michael Marmot, a présenté au cours de l'été 2008 au Directeur général de l'OMS son rapport intitulé *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. En se félicitant du rapport, le Dr Chan a fait observer que « les systèmes de santé ne tendent pas naturellement vers l'équité » et elle a préconisé « un effort sans précédent pour amener tous les acteurs, même ceux travaillant en dehors du secteur de la santé, à examiner les effets de leurs politiques sur la santé ».

L'OMS s'est engagée depuis longtemps en faveur de l'équité en santé ; mais, en présentant au grand public les travaux de la Commission, elle a lancé une initiative plus ambitieuse et fondamentale associant équité, justice sociale, pauvreté et santé afin de

faire face à certaines des inégalités incontournables évoquées dans le rapport :

- l'espérance de vie des Australiens autochtones chez les hommes est inférieure de 17 ans à celle des autres Australiens ;
- la mortalité maternelle en Indonésie est trois à quatre fois plus élevée chez les pauvres que chez les riches ;
- à Nairobi, la mortalité infantile est 2,5 fois plus importante dans les bidonvilles que dans les autres parties de la ville ;
- en Bolivie, les enfants nés de mères n'ayant pas reçu de formation scolaire ont un risque de mortalité au cours de la première année de vie supérieur à 100 pour 1000, alors que chez les enfants nés de mères ayant reçu au moins un enseignement secondaire, le risque est inférieur à 40 pour 1000 ;

- en Ouganda, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 106 pour 1000 naissances vivantes dans le quintile des ménages les plus riches, mais de 192 pour 1000 dans le quintile des ménages les plus défavorisés (ce qui signifie que près d'un cinquième de tous les enfants nés vivants dans les ménages les plus défavorisés meurent avant l'âge de cinq ans).

Malgré le sombre tableau que brossent ces chiffres, le rapport n'était pas entièrement négatif et donnait plusieurs exemples d'actions ciblées, d'innovations locales et nationales et d'engagements au plus haut niveau ayant des effets concrets : une approche globale du développement du jeune enfant dans les communautés pauvres en Jamaïque ; la mise en place de services universels de développement de l'enfant à Cuba ; et l'extension de l'éducation préscolaire aux enfants socialement défavorisés au Chili.

La Commission des déterminants sociaux de la santé a énoncé trois principes directeurs pour l'organisation de programmes d'action pour relever les défis et répondre aux besoins mis en lumière :

- améliorer les conditions de vie quotidiennes – c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources – c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes aux niveaux mondial, national et local ;
- mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

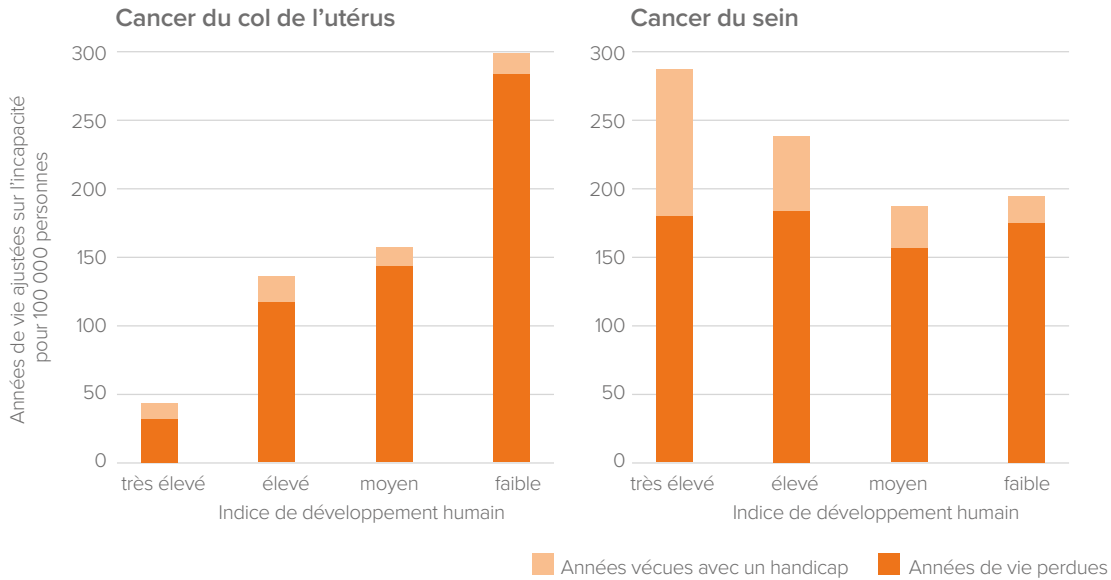
Dans le passé, l'OMS avait déjà pris des positions stratégiques à un niveau élevé sur les causes fondamentales des problèmes de santé. Par exemple, un précédent Directeur général, le Dr Brundtland a estimé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* qu'environ la moitié de la réduction de la mortalité au cours des 30 ans suivant 1960 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avait été due à deux principaux facteurs sous-jacents : le revenu et l'éducation. Néanmoins, les solutions offertes dans le rapport privilégiaient le renforcement des systèmes de santé plutôt que des initiatives plus générales dans d'autres secteurs.

En 2001, la *Commission Macroéconomie et santé*, dirigée par le Professeur Jeffrey Sachs, a mis l'accent sur les avantages que pouvaient présenter pour la santé les investissements dans des domaines tels que l'éducation, l'eau et l'assainissement et a exploré le rôle joué par la pauvreté et par l'amélioration de la santé pouvant découler de son atténuation.


La *Commission des déterminants sociaux de la santé* représente une des initiatives politiques les plus importantes lancées par l'OMS au cours des 10 dernières années. Elle a eu des répercussions sur les réseaux régionaux et nationaux, non seulement en rappelant sur le plan technique l'importance de l'équité en santé, mais en transformant la réflexion sur le sens même de la « santé » et en envisageant les moyens d'action pratiques sur les causes profondes des problèmes de santé et des désavantages socioéconomiques.

Traditionnellement, même si la communauté sanitaire mondiale a reconnu les éléments plus larges et profonds qui peuvent influencer la santé du point de vue du diagnostic, les mesures concrètes se sont souvent bornées à mettre l'accent sur les facteurs de risques établis (tabagisme, sédentarité, obésité, hypertension artérielle, mauvaise alimentation ou abus d'alcool, par exemple). Les déterminants

Tendances contradictoires : le lien entre le développement économique et la maladie n'est pas toujours évident



sociaux n'ont jamais été considérés comme susceptibles d'être modifiés comme peuvent l'être ces facteurs de risque établis. Or, les exemples de cas fournis dans le rapport de la Commission et la façon dont beaucoup de Régions de l'OMS et de pays ont examiné la situation et élaboré leurs plans en suivant la méthode Marmot ont donné l'impression que des mesures pratiques ne sont pas seulement réalisables, pas seulement nécessaires, mais qu'elles relèvent presque d'un impératif moral.

 **Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé a eu une profonde influence au niveau des Régions et des pays**

En 2011, le Gouvernement brésilien et l'OMS ont convoqué une importante réunion de chefs de gouvernement, de ministres et de représentants officiels qui a abouti à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Celle-ci a notamment réaffirmé :

« que les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables, et que la promotion de l'équité en santé est essentielle au développement durable, à une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous, facteurs qui contribuent à la paix et à la sécurité. »

Il est particulièrement important de noter que la réunion avait une orientation « politique ». C'est de ce niveau politique que doivent venir l'engagement, les idées et la volonté si l'on entend vraiment agir sur les « causes des causes » des problèmes de santé, de la mortalité prématurée et de l'incapacité. L'idée selon laquelle la santé est souvent déterminée dans d'autres secteurs est un thème récurrent dans les grandes réunions politiques, comme l'ont bien compris et su exprimer les chefs de gouvernement présents à Rio. La Déclaration politique a en outre

Source de la figure : Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Parkin DM, et al. Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *Lancet* 2012; 380: 1840–50.

préconisé cinq mesures essentielles :

1. adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement ;
2. promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ;
3. réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé ;
4. renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales ;
5. suivre les progrès et accroître la responsabilisation.

À l'avenir, un des rôles principaux de l'OMS consistera à continuer à cibler les déterminants sociaux de la santé avec la plus grande précision, non seulement pour que les nombreuses inégalités en santé soient combattues par des programmes

d'action pratiques, mais pour que l'Organisation soit le garant d'une philosophie de la santé publique diversifiée, interdisciplinaire et multisectorielle.

Les 10 dernières années ont permis de mieux prendre conscience des déterminants sociaux de la santé et des programmes d'action à mettre en place pour y faire face. Cette action aura un rôle critique à jouer dans l'ère du développement durable. Si l'on entend tenir la promesse des objectifs de développement durable de ne « laisser personne de côté », il faudra protéger et promouvoir la santé pour assurer un plein épanouissement à chacun, mais aussi cibler les conditions sociales défavorables pour assurer le niveau de santé le plus élevé possible.



VEILLIR EN BONNE SANTÉ

Quand on envisage le vieillissement de la population, ce sont tout d'abord les chiffres qui ont de quoi impressionner : dans 40 ans, 80 % des plus de 60 ans vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et leur nombre dépassera la population totale de l'ensemble des pays à revenu élevé, la Chine comptera 330 millions de plus de 60 ans et l'Inde 200 millions, et un quart de la population de l'Amérique latine et des Caraïbes aura plus de 60 ans.

L'allongement de la vie dans de nombreuses parties du monde a conduit à mettre de plus en plus l'accent sur l'espérance de vie en bonne santé, qui varie beaucoup d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. On croit souvent que la baisse du taux de mortalité entraîne automatiquement une baisse du taux de morbidité et de handicap. Certains soutiennent que ce n'est pas le cas et que les pays où l'espérance de vie a progressé vont compter

beaucoup de personnes âgées dont les dernières années seront assombries par la maladie et le handicap. Personne n'en est vraiment sûr, même si différents chiffres sont périodiquement avancés. En fait, les informations systématiques sur l'espérance de vie en bonne santé restent fragmentaires et nettement insuffisantes.

Le problème de la qualité de l'information peut paraître purement technique, mais il n'en est rien : il sera impossible de bien planifier l'impact du vieillissement de la population ou d'évaluer les programmes de santé publique axés sur le vieillissement en bonne santé si l'on n'est pas capable de mesurer de manière fiable et globale l'état de santé et le fonctionnement des aînés. Les experts ne s'entendent pas non plus sur le choix des méthodes à utiliser. Lorsqu'on se fonde sur la seule présence ou absence de maladies, on ne



Espérance de vie à la naissance ; valeurs totales arrondies : les « années en bonne santé » se réfèrent au nombre équivalent d'années en pleine santé ; les « années en mauvaise santé » se réfèrent au nombre équivalent d'années en pleine santé perdues à cause d'un handicap ou d'une mauvaise santé.

tient pas compte du fait qu'elles peuvent provoquer des niveaux d'incapacité bien plus prononcés chez certains à un âge avancé. La mise au point de moyens de mesure performants est plus complexe en présence de pathologies multiples. Il est facile de comprendre les moyens simples de mesurer le fonctionnement en demandant à des personnes âgées si elles sont capables d'accomplir de manière autonome des activités de la vie courante ou en évaluant leurs aptitudes. Mais il peut être plus difficile de déterminer si un déficit de fonctionnement est dû au sujet lui-même ou à des facteurs environnementaux. Telle personne pourra dire par exemple qu'elle a du mal à faire ses courses parce qu'elle marche avec difficulté ou parce qu'il n'y a pas de magasins à proximité de chez elle : il s'agira alors plus d'un problème d'accès que d'une perte de capacité.

La difficulté de caractériser la santé chez les personnes âgées a amené l'OMS à adopter la notion de capacité fonctionnelle :

« Les aptitudes fonctionnelles incluent les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. Elles sont

constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques. »

À mesure que les individus et les populations deviennent plus âgés, la proportion des années pendant lesquelles ils jouissent d'une bonne santé et d'une bonne vitalité acquiert plus d'importance aussi bien pour ce qui est de la qualité de vie individuelle et familiale que du niveau d'appui social sur lequel il faudra compter, et surtout en ce qui concerne les besoins et la demande de soins. De nombreux débats sur l'avenir des soins de santé s'ouvrent sur la sombre constatation du nombre croissant de personnes du troisième et du quatrième âge atteintes de maladies chroniques et que l'on considère comme un fardeau. C'est mal poser le problème, car l'hypothèse selon laquelle les aînés sont en grande partie dépendants et improductifs est démentie par les faits. Dans une perspective mondiale, de même qu'à l'intérieur des pays et des Régions, ils présentent une très grande diversité quant à l'état de santé, aux perspectives et attitudes, ainsi qu'aux liens avec le travail, la vie familiale et la société civile de manière plus générale.

Ils participent à la société dans laquelle ils vivent de manières très différentes : comme mentors, aidants, artistes, consommateurs, innovateurs, entrepreneurs ou travailleurs, autant de rôles qui en eux-mêmes peuvent contribuer à promouvoir leur santé et leur bien-être.

On a l'habitude de caractériser les pays à revenu faible ou intermédiaire par la jeunesse de leur population, or ce sont justement ces groupes-là qui sont appelés à vieillir. Si les niveaux actuels de ressources et les schémas de morbidité restent les mêmes, le vieillissement dans ces pays sera rendu plus complexe encore par une pauvreté croissante, mais aussi par la faiblesse des systèmes de santé, la menace accrue de maladies transmissibles et parasitaires graves, la vulnérabilité face aux catastrophes naturelles, les événements

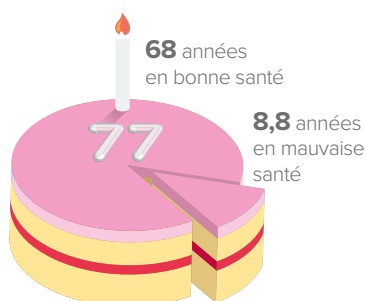
météorologiques extrêmes et les conflits régionaux générateurs de mouvements de population. Tous ces facteurs vont précariser encore davantage les personnes âgées. On a commencé – certes assez lentement – à relever ces défis au cours des 10 dernières années, les chefs d'État et ministres de la santé ayant pris conscience de l'impact majeur qu'aura le vieillissement sur tous les aspects sociétaux. En 2015, le Directeur général de l'OMS a contribué à une publication de l'ONG Help Age International (*Facing the facts : the truth about ageing and development*), en compagnie de Mary Robinson et d'autres experts et dirigeants. Au moment du lancement du rapport, le Directeur général a notamment déclaré :

« Les besoins de la population mondiale en matière de santé sont en train d'être transformés par le

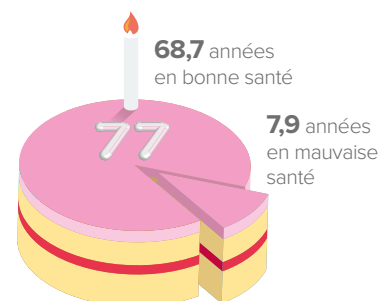
Amériques



Europe



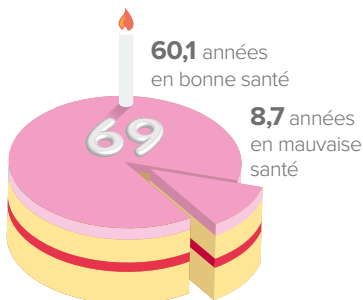
Pacifique occidental



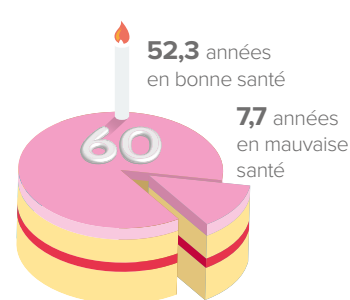
Asie du Sud-Est



Méditerranée orientale



Afrique



Espérance de vie à la naissance ; valeurs totales arrondies ; données pour 2015 : les « années en bonne santé » se réfèrent au nombre équivalent d'années en pleine santé ; les « années en mauvaise santé » se réfèrent au nombre équivalent d'années en pleine santé perdues à cause d'un handicap ou d'une mauvaise santé.

phénomène mondial du vieillissement, mais les gouvernements, les organismes de développement et les praticiens de la santé ont réagi avec un temps de retard. L'augmentation du nombre de personnes âgées est un des succès du développement international et notre façon de réagir à cette nouvelle réalité sera une des clés de la prospérité au cours des années à venir. »

En 2015, dans le *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, un document qui a fait date, l'OMS a présenté sa conception du vieillissement en bonne santé, qu'elle a défini comme « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être », en énonçant des priorités essentielles :

- aligner les systèmes de santé sur les besoins des populations vieillissantes qu'ils sont désormais appelés à desservir ;
- mettre au point des systèmes pour assurer des soins de longue durée ;
- créer des environnements favorables aux aînés ;
- améliorer les moyens de mesure, le suivi et la compréhension.

Ces priorités ont été réaffirmées dans un autre document important quand l'Assemblée mondiale de la Santé a été priée d'adopter en 2016 *la Stratégie et le Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la Santé*. Il s'agissait d'obtenir l'engagement des États Membres et leur leadership politique en vue de mesures pratiques et d'associer les partenaires de tout un éventail de secteurs pour atteindre les buts et mettre en œuvre les priorités du Rapport mondial de 2015.



Stratégie mondiale sur le vieillissement et la santé : d'ici à 2050, 80 % des plus de 60 ans vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire

Le *Rapport mondial* ainsi que la *Stratégie* et le *Plan d'action mondiaux* fixent un programme ambitieux mais passionnant de créer une décennie de vieillissement en bonne santé qui envisage l'allongement de la vie comme une occasion à saisir et non comme une menace :

« Si les personnes jouissent d'une bonne santé pendant ces années de vie supplémentaires, leurs capacités à réaliser des activités qu'elles apprécient ne connaîtront que peu de limites. »





DES SERVICES DE BONNE QUALITÉ POUR TOUS

Depuis sa création au milieu du XX^e siècle jusqu'à la fin du millénaire, l'OMS fondait son action pour les services de santé sur une conception du développement alignée sur les efforts des pays et organismes donateurs pour renforcer les systèmes de santé. L'accent a également été mis avec la *Déclaration* historique d'*Alma-Ata* en 1978 sur les soins de santé primaires, considérés comme le principal moyen d'atteindre les objectifs de la *Santé pour tous*.

S'il a conservé toute son importance, le renforcement des systèmes de santé n'a pas toujours permis d'orienter l'action et les investissements avec suffisamment de clarté et de précision. Certains observateurs peu charitables parlent même d'un « mantra développiste » à l'origine d'une assistance sans véritable cible et avec au bout du compte peu de progrès tangibles. Si la critique paraît excessive, il ne fait aucun doute que l'introduction

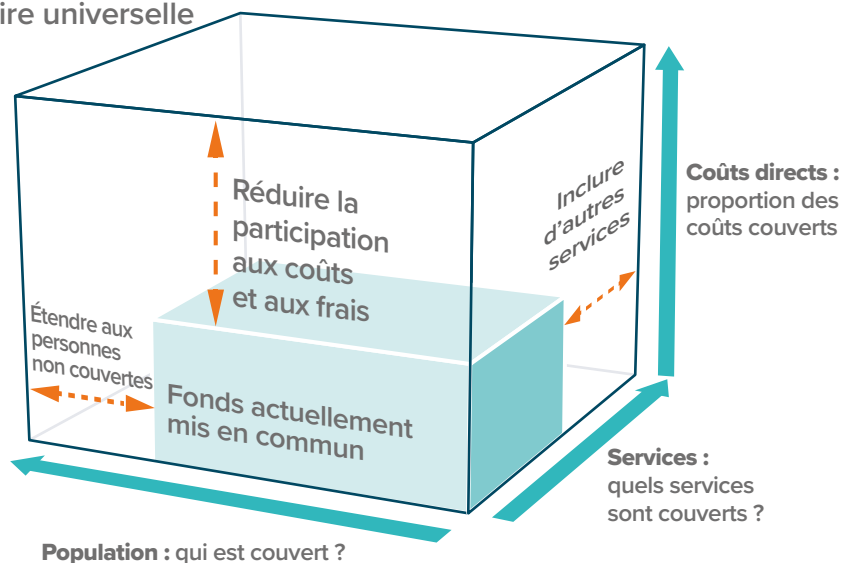
de l'objectif de la couverture sanitaire universelle, plus ciblée, axée sur la personne et fondée sur les droits (« *une situation où toutes les personnes bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières* » selon la définition qui en a été donnée) a permis de donner bien plus de relief aux préoccupations que suscitent les carences des systèmes de santé.



**Le but ultime de la couverture
sanitaire universelle**

Lors de la réunion ministérielle de Singapour sur la couverture sanitaire universelle en février 2015, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a déclaré :

Vers la couverture sanitaire universelle



« La couverture sanitaire universelle est, parmi toutes les mesures possibles, l'un des facteurs d'égalité sociale les plus puissants. Elle est l'expression suprême de la justice. La santé publique a les moyens d'aider notre monde agité et déséquilibré par l'intermédiaire de systèmes de santé ouverts et en bon état de fonctionnement qui contribuent à la cohésion, à l'équité et à la stabilité sociale. »

Ces cinq dernières années surtout, l'OMS a cherché avec les autres organisations mondiales, les chefs d'État et les ministres de la santé à faire en sorte que l'instauration de la couverture sanitaire universelle soit partout au centre des préoccupations. L'Assemblée générale des Nations Unies a invité les États Membres à « intensifier rapidement et considérablement leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables ».

La Banque mondiale a énoncé les trois objectifs essentiels de la couverture sanitaire universelle :

- améliorer les résultats en matière de santé et développement ;
- éviter que la maladie ne plonge les gens dans la pauvreté ;

- donner aux gens la possibilité d'avoir une vie plus productive en meilleure santé.

L'inclusion d'une cible explicite à cet égard dans les objectifs de développement durable (ODD) revêt une importance capitale. La cible 8 de l'objectif 3 vise en effet à :

« 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. »

Jouant le rôle de chef de file, l'OMS collabore avec toute une série de partenaires et de milieux, et notamment avec la société civile. Ainsi, à la suite d'une large consultation avec ses membres, l'International Association of Patient Organisations (IAPO) a défini une série de principes régissant l'accès universel à la couverture sanitaire fondés sur :

- l'accessibilité ;
- la nécessité d'être axé sur les patients et sur l'équité ;
- le choix et l'autonomisation ;

- la qualité ;
- le partenariat et la collaboration ;
- la pérennité et l'utilité ;
- la responsabilisation et la transparence.

Il convient de souligner les dimensions multiples que présente l'instauration de la couverture sanitaire universelle. L'OMS a consenti d'importants efforts sur toute une série de fronts – et plus particulièrement dans les domaines du financement, de la gouvernance et de l'alignement.

Les débats sur la couverture sanitaire universelle ont clairement montré qu'il ne s'agit pas d'offrir aux populations du monde entier des services de santé quelconques, mais des services solidement fondés sur la qualité et la sécurité. C'est là un domaine dans lequel l'OMS a vraiment fait œuvre de pionnier ces 10 dernières années. Elle a par exemple commencé par mettre l'accent sur la qualité des services de santé par un programme mondial complet sur la sécurité des patients, qui a lancé deux grands défis mondiaux successifs.

Le premier défi a visé à susciter un engagement mondial en faveur de la réduction des infections nosocomiales, un objectif très visible et facilement compris par les responsables politiques, les professionnels de la santé et la société civile, dans tous les pays, riches ou pauvres, et dans les économies émergentes. Chacun avait intérêt à ce qu'il soit relevé avec succès, car n'importe qui peut se retrouver dans un établissement de soins et y contracter une infection.

Un large éventail d'activités et de campagnes ont été menées sous le slogan « À bonne hygiène bons soins : un soin propre est un soin plus sûr ». Le défi a suscité un intérêt et un enthousiasme considérables dans les six Régions de l'Organisation. Les uns après les autres, les ministres se sont engagés solennellement à le relever à l'occasion de manifestations nationales

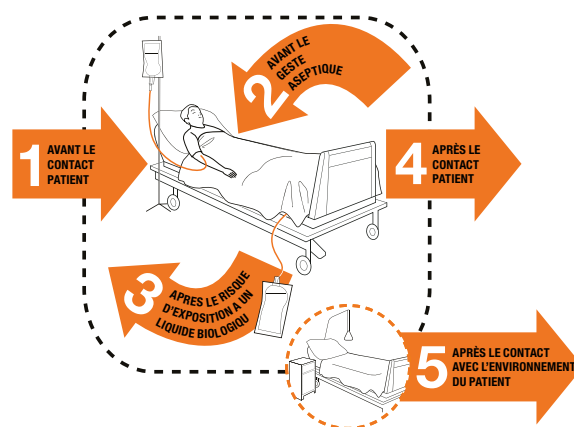
et régionales, et ce qui n'était au départ qu'une initiative modeste a fini par couvrir plus de 85 % de la population mondiale.



L'hygiène des mains : un défi mondial pour la sécurité des patients couvrant 85 % de la population mondiale

La campagne mondiale de l'OMS pour l'hygiène des mains lancée en 2009 (*SAUVEZ DES VIES : pratiquez l'hygiène des mains*) a été un succès retentissant. Auparavant la friction hydroalcoolique n'était pas couramment utilisée dans les hôpitaux partout dans le monde. Le message fondamental de la campagne était que l'impossibilité d'avoir immédiatement et en tout temps accès à un lavabo et à du savon ainsi qu'à des serviettes jetables (dans les pays à revenu élevé) et/ou à de l'eau propre (comme dans bien des pays à faible revenu) fait courir des risques aux patients. L'efficacité des solutions hydroalcooliques bien tolérées par la peau en ont fait la méthode à privilégier pour assurer l'hygiène des mains. L'OMS a fait en sorte que les hôpitaux les plus pauvres puissent se procurer ces solutions en obtenant que la formulation de l'Hôpital universitaire de Genève puisse être fabriquée localement sans restriction par un brevet.

Campagne de l'OMS : Les 5 indications à l'hygiène des mains



Plus de 400 millions de personnes dans le monde n'ont pas accès aux services de santé essentiels



Ce premier défi a représenté un modèle nouveau qui a fait ses preuves et permis de mobiliser l'attention mondiale sur la prévention de l'infection : a) en sensibilisant les parties concernées à l'étendue du problème pour les associer à des mesures pratiques ; b) en donnant aux pays un moyen de s'engager visiblement à le résoudre ; et c) en offrant des conseils et des outils de mise en œuvre fondés sur des données factuelles pour améliorer la situation.

Un deuxième défi mondial pour la sécurité des patients a reconnu la morbidité relativement importante liée aux soins chirurgicaux peu sûrs. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies comprenait une liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale ayant fait l'objet d'essais pilotes, d'évaluations et d'une promotion au niveau mondial. Il ressort des premières études sur son utilisation que la liste permet de réduire la morbidité et la mortalité associées aux interventions chirurgicales. Elle a reçu l'approbation de grandes associations du monde entier, est appliquée par les hôpitaux de nombreux pays et s'affirme de plus en plus comme un outil indispensable pour éviter les principaux risques chirurgicaux.



Une liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale dans les hôpitaux du monde entier.

L'idée de la *liste de contrôle* a été reprise avec la mise au point de la *liste de contrôle de l'OMS pour un accouchement sûr*, qui vise à réduire les risques et les issues indésirables lors de l'accouchement aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né. La liste de contrôle préconise les pratiques de soins maternels et périnataux essentiels et permet de répondre aux principales causes de décès maternels, de mortalité lors de l'accouchement et de décès néonatal. On espère qu'elle deviendra un instrument efficace qui permettra de sauver des vies dans un large éventail de situations.

Ces programmes – à savoir les deux défis mondiaux, le programme de recherche et de gestion des savoirs et l'initiative des patients pour la sécurité des patients – ont tous eu une portée mondiale. Le Programme OMS de sécurité des patients a permis une sensibilisation mondiale aux notions et stratégies essentielles de la sécurité des patients. Il a inspiré un

mouvement passionné en faveur de soins de santé plus sûrs. Il a suscité un engagement au niveau le plus élevé auprès des ministres et responsables de la santé des États Membres de l'Organisation. Il a fourni une structure normative, une orientation fondée sur des bases factuelles et des outils pratiques permettant d'aider tous ceux qui participent à la mise au point d'un programme national de sécurité des patients dans le système de santé de chaque pays. Il a su également se prévaloir du témoignage des patients et des familles qui avaient fait l'expérience et été victimes de soins peu sûrs.

Toutes ces approches revêtent une importance fondamentale dans l'optique du renforcement de tous les éléments de la prestation de services de santé de qualité où la sécurité joue un rôle central – même s'il est vrai qu'elle ne constitue pas le seul élément.

Afin de mieux préciser la nature de la couverture sanitaire universelle et les modalités de son instauration, l'OMS a élaboré un *Cadre de services de santé intégrés centrés sur la personne* visant à promouvoir une transformation fondamentale du financement, de la gestion et de la prestation

des services de santé ainsi qu'à offrir un moyen de rectifier deux caractéristiques peu souhaitables de nombreux systèmes de soins, le manque de coordination et la fragmentation.



Cadre de services de santé intégrés centrés sur la personne

Le Cadre évite sciemment les modèles de soins fondés uniquement sur les maladies pour mettre la personne et la communauté au centre des systèmes de santé. Dans son élaboration, on s'est inspiré des éléments montrant que les systèmes de santé centrés sur les besoins de la personne et de la communauté sont plus efficaces et moins coûteux, améliorent les connaissances sur la santé et l'engagement des patients et permettent de mieux faire face aux crises sanitaires.

La priorité clairement donnée à la couverture sanitaire universelle fait également ressortir la nécessité de mesurer et de suivre les progrès, ainsi que de stimuler l'intérêt des milieux universitaires pour qu'ils envisagent l'efficacité des nouveaux modèles de soins et évaluent les progrès accomplis.



VACCINS : PROTÉGER LES JEUNES VIES

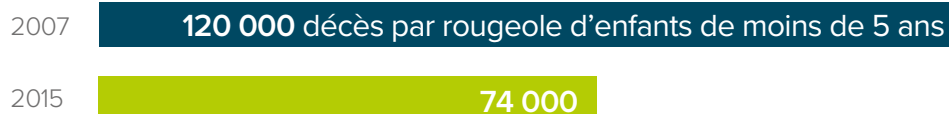
La possibilité d'éviter la vie durant tout un groupe de pathologies humaines constitue l'événement le plus marquant de l'histoire de la santé publique. On considère trop souvent comme allant de soi la protection pendant toute la vie apportée par la vaccination au cours de l'enfance. En 2012, en adoptant le Plan d'action mondial pour les vaccins, l'Assemblée mondiale de la Santé s'est fixé pour but :

« Un monde dans lequel tous les individus et toutes les collectivités jouissent de la vie sans craindre les maladies évitables par la vaccination. »

Les vaccins permettaient déjà de sauver chaque année 2,5 millions de vies – des enfants pour la plupart. Mais on comptait encore 1,5 million de décès causés par des maladies évitables par la vaccination. Le Plan d'action lançait donc un vibrant appel :

« Des preuves irréfutables démontrent les avantages de la vaccination comme l'une des interventions de santé les plus efficaces et rentables connues. Au cours des dernières décennies, la vaccination a permis beaucoup de choses, y compris l'éradication de la variole, une réalisation considérée comme l'un des plus grands triomphes de l'humanité. Les vaccins ont sauvé d'innombrables vies, abaissé l'incidence mondiale de la polio de 99 % et réduit les maladies, les infirmités et la mort. »

C'est en 1974 que l'Organisation mondiale de la Santé avait lancé son Programme élargi de vaccination. À l'époque, d'importants progrès étaient en cours en vue d'éradiquer la variole – la première fois (et jusqu'ici la seule fois) qu'un agent pathogène disparaissait de la surface de la planète. Cette réalisation sans précédent démontrait l'immense pouvoir de la vaccination et offrait la



perspective enthousiasmante de se débarrasser d'autres fléaux. En 1974, un enfant sur 20 seulement recevait dans le monde la série de vaccins de base contre la poliomyélite, la diphtérie, la tuberculose, la coqueluche, la rougeole et le tétanos. En 2010, la proportion était passée de 5 % à 85 %.

La première décennie du nouveau Millénaire a été marquée par une cible et une détermination nouvelles. GAVI, l'Alliance du vaccin, a été fondée en 2000. Puis l'OMS a dirigé le mouvement pour l'établissement de la première stratégie intitulée *La vaccination dans le monde : vision et stratégie*, couvrant la période de 2006 à 2015 et mettant sur pied à cette fin un cadre mondial pour les Régions et les pays. Mais il fallait plus que cela pour réussir. En janvier 2010, lors du Forum économique mondial à Davos, Bill Gates, le Coprésident de la Fondation Bill & Melinda Gates, annonçait :

« Nous devons faire de cette décennie la décennie des vaccins. Les vaccins sauvent et améliorent déjà des millions de vies dans les pays en développement. L'innovation permettra de sauver plus d'enfants que jamais auparavant. »

Tout l'arsenal des mesures nécessaires pour parvenir à cette transformation a alors commencé à être mis en place. En 2011, l'Assemblée mondiale de la Santé a examiné et défini l'orientation stratégique à suivre. Plus d'un millier de personnes dans 140 pays ont alors participé à une consultation approfondie. Finalement, en 2012, le *Plan d'action mondial pour les vaccins* voyait le jour.

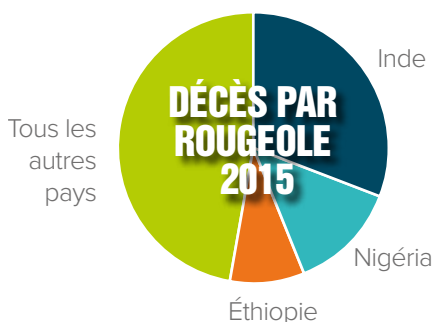


Lancement de la Décennie de la vaccination

Le *Plan d'action mondial pour les vaccins* énonçait une série de défis à relever :

- obtenir un monde exempt de poliomyélite – le dernier cas dû au poliovirus sauvage devant survenir au plus tard en 2014 ;
- parvenir à l'élimination régionale du tétanos, de la rougeole et de la rubéole – sans fixer à cet égard de cibles nouvelles, mais en réaffirmant les cibles déjà approuvées par les organes régionaux et mondiaux ;
- améliorer la couverture vaccinale – avec des objectifs nationaux et une couverture plus équitable à l'intérieur des pays ;
- introduire de nouveaux vaccins – avec des cibles visant à étendre l'utilisation des vaccins existants à de nouveaux pays ;
- promouvoir la recherche-développement – afin de rendre au moins une autre maladie évitable par la vaccination.

Le Plan s'engageait aussi davantage en faveur de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement – réduire la mortalité des moins de cinq ans – à la réalisation duquel les vaccins apportaient une contribution déjà substantielle.



Cible : 90 pays à revenu faible ou intermédiaire introduisent un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés, 2010-2015



Cible : 90 % de couverture par le DTC3 dans l'ensemble des 194 États Membres, 2015



Depuis le lancement du Plan, d'importants progrès ont été réalisés concernant l'introduction de nouveaux vaccins et la promotion de vaccins sous-utilisés. L'utilisation plus large des vaccins antipneumococcique et antirotavirus était particulièrement prometteuse en vue de prévenir les principales causes de mortalité respectivement par pneumonie et par diarrhée chez l'enfant de moins de cinq ans. Entre 2000 et 2015, les annonces de contributions à l'Alliance GAVI dont l'OMS est l'un des principaux membres ont atteint US \$10 milliards dont les trois quarts étaient destinés directement au financement de l'introduction de nouveaux vaccins. Depuis 2000, l'action de l'Alliance, intensifiée parallèlement à la Décennie de la vaccination, a permis d'introduire le vaccin pentavalent dans 68 pays, le vaccin antipneumococcique dans 58 pays et le vaccin antirotavirus dans 43 pays. À la suite de projets pilotes entrepris dans 27 pays, elle a plus récemment introduit le vaccin contre le papillomavirus humain – avant tout pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

Les auteurs du Plan, qui pensaient surtout à la tuberculose, à la grippe et au paludisme, ne pouvaient pas prévoir la crise de la maladie à virus Ebola. Mais en créant des besoins nouveaux, cette crise a offert l'occasion de rechercher rapidement un vaccin potentiel utilisable, un défi que l'OMS et son Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) n'ont pas hésité à relever.

L'innovation a été réelle tant du point de vue technique que normatif et les leçons de cette crise permettront d'accélérer la mise au point d'autres vaccins à l'avenir.

Le Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS sur la vaccination (SAGE) a été prié de suivre la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins et de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces rapports successifs font bien ressortir les problèmes de couverture vaccinale qui restent à surmonter :

« Les enfants non vaccinés ou sous-vaccinés dans le monde sont encore au nombre de 19 millions, et ils représentent les membres les plus défavorisés de la société : les populations qui fuient les catastrophes, qui sont marginalisées, démunies ou simplement non répertoriées. »

Au niveau mondial, il n'y a pas eu d'amélioration significative de la vaccination depuis 2010 si l'on se réfère à la couverture par le DTC3. En 2015, 68 pays n'étaient pas encore parvenus à atteindre la cible de 90 % de couverture à mi-parcours de la Décennie. On a observé un aplatissement de la courbe, voire une régression, dans plus d'une cinquantaine de pays. Les résultats concernant cette vaccination ont constamment varié, aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre eux. Lorsque le vaccin n'est pas administré, c'est parce que le système de santé doit faire face à

des problèmes dans la chaîne d'approvisionnement, à des problèmes de gestion simples, à des carences au niveau de la formation du personnel, des effectifs en première ligne et du financement. La disponibilité des données et leur qualité sont également en cause – un problème qui affecte depuis longtemps la santé publique et qui rejait sur la qualité de l'analyse nécessaire pour améliorer la couverture.



Éradication de la poliomyélite : le nombre des pays d'endémie a été réduit à trois et il n'y a jamais eu aussi peu de cas enregistrés

L'éradication occupe une place spéciale mais controversée en matière de vaccination. L'éradication de la variole a fait date dans l'histoire de la santé publique. Au cours des 10 dernières années, des progrès considérables ont été accomplis en vue d'éradiquer la poliomyélite. En 2007, 1315 cas ont été enregistrés dans 12 pays ; en 2016, plus que 37 cas dans trois pays. Mais la « dernière ligne droite » s'avère beaucoup plus longue qu'on ne l'avait prévu en 1988 quand l'Assemblée mondiale de la Santé s'est engagée en faveur de l'éradication. En attendant, toutes les Régions de l'OMS ont désormais fixé un but pour l'élimination d'une autre maladie, la rougeole, avec un calendrier propre à chacune, la dernière date cible étant 2020. La transformation de ces objectifs régionaux en une cible mondiale pour l'éradication n'est pas encore intervenue, en grande partie à cause de l'expérience de la poliomyélite. Mais l'amélioration de la couverture vaccinale antirougeoleuse a sensiblement contribué à la diminution de la mortalité de l'enfant enregistrée ces 10 dernières années.



Au cours d'une fenêtre de deux semaines en 2016, plus de 150 pays sont passés au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent

Le financement des vaccins devient de plus en plus controversé. En 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur les prix des vaccins pour encourager les États Membres à faire preuve de davantage de transparence et d'efforts collectifs en demandant au Secrétariat de prendre toute une série de mesures. La préoccupation principale concerne les pays qui n'ont plus droit au soutien financier de l'Alliance GAVI ainsi que les pays à revenu intermédiaire qui n'en ont jamais bénéficié.

La *Décennie de la vaccination* entre dans sa troisième année et l'Assemblée mondiale de la Santé suit chaque année les progrès accomplis. Le *Plan d'action mondial pour les vaccins* a réaffirmé que les vaccins constituent la pierre de touche de la politique mondiale de la santé. Mais beaucoup d'enfants parmi ceux qui en ont le plus besoin restent hors de portée et ne reçoivent pas leurs vaccins. Au début de la Décennie, Melinda Gates, Coprésidente de la Fondation Bill & Melinda Gates, l'a bien rappelé :

« Les vaccins ont ceci de miraculeux qu'avec quelques doses à peine ils permettent d'éviter des maladies mortelles tout au long de la vie. »

Cet objectif qui reste le même doit continuer d'inspirer les dernières années de la Décennie et jeter les bases pour la période ultérieure.



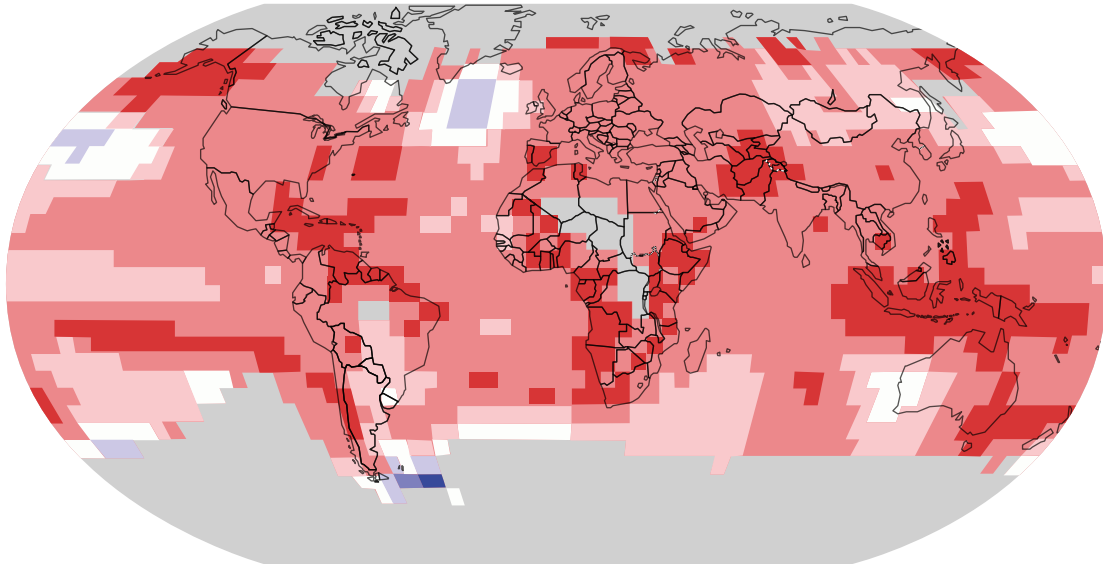
AIRS, EAUX, LIEUX

Sur la base de données issues d'un large éventail de sources qui lui ont permis de déterminer les moyennes de température régionales et mondiales, l'Organisation météorologique mondiale a confirmé que 2016 a été l'année la plus chaude que le monde ait jamais connue. Les concentrations de dioxyde de carbone et de méthane – deux indicateurs du changement climatique d'origine humaine – ont atteint des niveaux record.

Au cours des 10 dernières années, le changement climatique, la recherche de moyens d'en ralentir et d'en atténuer les effets et les efforts en vue de conclure des accords internationaux contraignants en bonne et due forme ont plus que jamais retenu l'attention de l'Organisation des Nations Unies, des gouvernements, des organismes de santé publique, des organisations non gouvernementales,

de la société civile et des milieux scientifiques et universitaires. La majorité continue de souligner que c'est là la principale menace pour l'avenir de la planète. C'est aussi l'avis du *Groupe intergouvernemental de l'évolution du climat* (GIEC) qui établit des rapports d'évaluation globaux pour faire le point des connaissances sur le changement climatique, du point de vue scientifique, technique et socioéconomique, sur les causes et les effets potentiels du phénomène, ainsi que sur les stratégies à adopter pour y faire face. Le GIEC publie aussi des rapports spéciaux d'évaluation sur des sujets déterminés et des rapports méthodologiques qui fournissent des orientations techniques pour l'élaboration d'inventaires des gaz à effet de serre. Le dernier rapport d'évaluation est paru en 2013 et 2014.

2016 : l'année la plus chaude depuis que les relevés existent



Source: NOAA-NCEI

Le GIEC est notamment parvenu aux conclusions suivantes :

« Les émissions anthropiques de gaz à effet de serre, qui ont augmenté depuis l'époque préindustrielle en raison essentiellement de la croissance économique et démographique, sont actuellement plus élevées que jamais, ce qui a entraîné des concentrations atmosphériques de dioxyde de carbone, de méthane et d'oxyde nitreux sans précédent depuis au moins 800 000 ans. Leurs effets, associés à ceux d'autres facteurs anthropiques, ont été détectés dans tout le système climatique et il est extrêmement probable qu'ils aient été la cause principale du réchauffement observé depuis le milieu du XX^e siècle. »

et

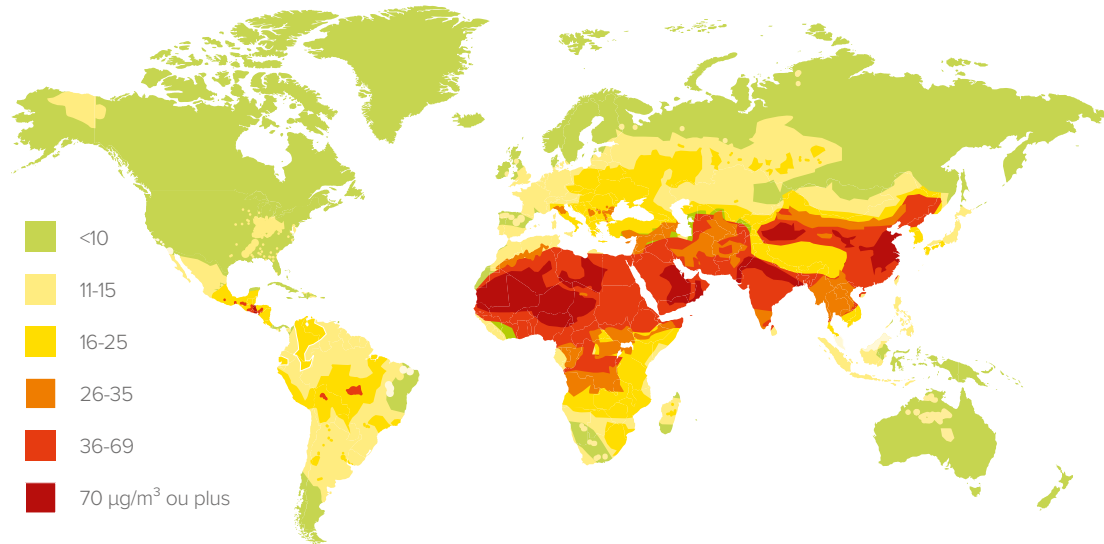
« Si elles se poursuivent, les émissions de gaz à effet de serre provoqueront un réchauffement supplémentaire et une modification durable de

toutes les composantes du système climatique, ce qui augmentera la probabilité de conséquences graves, généralisées et irréversibles pour les populations et les écosystèmes. Pour limiter l'ampleur des changements climatiques, il faudrait réduire fortement et durablement les émissions de gaz à effet de serre, ce qui, avec l'adaptation, est susceptible de limiter les risques liés à ces changements. »

Malgré ces conclusions claires et concordantes, certains contestent encore que les facteurs humains ont largement contribué au changement climatique, estimant que les observations météorologiques actuelles ne sortent pas de l'ordinaire.

Le changement climatique et ses effets sur la santé de la planète et des populations humaines ont constamment été un des principaux sujets de préoccupation de l'OMS tout au long des 10 dernières années. D'importants efforts ont été

Pollution de l'air : extension des bandes jaunes et rouges



Niveau annuel moyen de particules fines dans l'air ambiant (PM2,5)

consentis pour déterminer la portée des effets sanitaires spécifiquement dus au phénomène, réunir des données et élaborer des modèles. Il en ressort que le changement climatique entraîne : un risque accru de traumatismes, de morbidité et de mortalité consécutifs à des événements météorologiques extrêmes (comme des vagues de chaleur prolongées et des inondations) ; la propagation de maladies à transmission vectorielle ou d'origine hydrique et de zoonoses ; la dégradation de la qualité de l'air qui est elle-même à l'origine de pathologies cardiaques et respiratoires ; des problèmes d'approvisionnement en eau potable ; des effets néfastes dus à l'exposition aux rayons ultraviolets ; un problème de malnutrition en faisant baisser le rendement des cultures ; et des effets socioéconomiques sur le bien-être et la santé mentale.

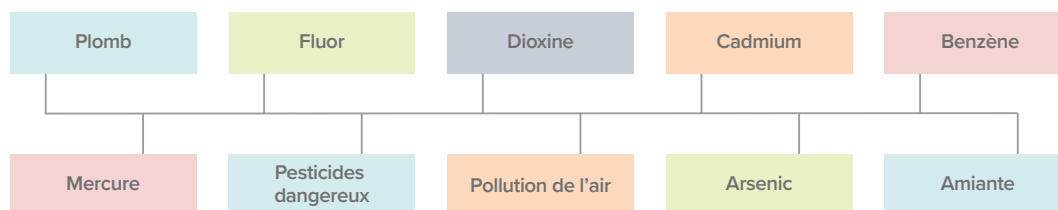
L'OMS estime qu'entre 2030 et 2050, le changement climatique provoquera quelque 250 000 décès annuels supplémentaires dus à la malnutrition, au paludisme, aux maladies diarrhéiques et à la

chaleur. Les coûts directs pour la santé (c'est-à-dire à l'exclusion des coûts supportés par les secteurs qui conditionnent la santé comme l'agriculture, l'eau et l'assainissement) devraient atteindre US \$2 à 4 milliards par année d'ici à 2030.

Depuis la résolution marquante adoptée en 2008 par ses États Membres, l'OMS a élaboré et mis en œuvre des plans d'activités pour prévenir et atténuer les effets sanitaires du changement climatique. Le dernier, approuvé en 2015, couvre :

- *les partenariats* : assurer la coordination avec les partenaires au sein du système des Nations Unies et veiller à ce que la santé soit au centre des préoccupations concernant le changement climatique ;
- *la sensibilisation* : fournir et diffuser des informations sur les menaces que présente le changement climatique pour la santé humaine et les occasions de promouvoir la santé en réduisant les émissions de carbone ;

Substances chimiques préoccupantes pour la santé publique



- *les données scientifiques* : coordonner l'examen des données scientifiques sur les liens entre le changement climatique et la santé et élaborer un programme de recherche mondial ;
- *l'appui à l'action de santé publique* : aider les pays à renforcer leurs capacités de réduire leur vulnérabilité face au changement climatique en matière de santé et promouvoir celle-ci en réduisant les émissions de carbone.

Sur ces bases, un programme d'action élargi pour la communauté sanitaire mondiale a été approuvé à la Conférence de l'OMS sur le climat et la santé en 2016.



La menace majeure du changement climatique reste au centre des préoccupations du programme mondial d'action sanitaire

En 2015, la *Lancet Commission on Health and Climate Change* a diffusé une série de rapports sur les aspects sanitaires du changement climatique et les mesures qui pourraient être prises pour y faire face qu'elle a considérées comme « *la plus grande occasion du XXI^e siècle offerte en matière de santé mondiale* ».

La Commission, tout comme d'autres groupes sanitaires mondiaux mis en place par la revue médicale *The Lancet*, constitue un excellent exemple montrant comment des groupes indépendants

de scientifiques, d'experts et de leaders d'opinion jouent un rôle indispensable pour faire progresser la santé dans le monde. En l'occurrence la *Lancet Commission on Health and Climate Change* a formulé la série suivante de propositions en s'engageant à suivre les progrès accomplis :

- investir en faveur de la recherche, du suivi et de la surveillance concernant le changement climatique et la santé publique ;
- améliorer partout dans le monde le financement de systèmes de santé aptes à faire face au changement climatique pour permettre le renforcement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et réduire l'impact des soins de santé sur l'environnement ;
- protéger la santé cardiovasculaire et respiratoire en veillant à un abandon rapide du charbon comme source d'énergie ;
- encourager une transition vers des villes qui s'efforcent d'appuyer et de promouvoir des modes de vie sains au niveau individuel et pour la planète ;
- mettre en place le cadre nécessaire en vue d'un mécanisme international solide et prévisible pour fixer le prix du carbone ;
- améliorer rapidement l'accès aux énergies renouvelables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de façon à assurer un approvisionnement fiable en électricité aux communautés et établissements de santé, à dégager des avantages économiques considérables et à promouvoir l'équité en santé ;

Stratégies « gagnant-gagnant » pour l'environnement et la santé



1. Appliquer des **stratégies à faible émission de carbone** pour la production d'énergie, le logement et l'industrie.



2. Utiliser plus activement les **transports publics**.



3. Introduire **des combustibles propres** pour la cuisson, le chauffage et l'éclairage, ainsi que des technologies propres.



4. Réduire l'**exposition professionnelle** et améliorer les conditions de travail.



5. Améliorer l'**accès à l'eau potable** et à un assainissement adéquat et promouvoir l'hygiène des mains.



6. Modifier les **modes de consommation** pour réduire l'utilisation de substances chimiques néfastes et les déchets et réaliser des économies d'énergie.



7. Mettre en œuvre des interventions propres à accroître la **protection solaire**.



8. Introduire des **interdictions de fumer** pour réduire l'exposition au tabagisme passif.



9. Toujours suivre l'approche de la **santé dans toutes les politiques** pour créer des environnements plus favorables à la santé et prévenir la maladie.

- appuyer une quantification fiable de la charge de morbidité évitée, de la réduction des coûts des soins de santé et de l'amélioration de la productivité associées à l'atténuation du changement climatique ;
- adopter des dispositifs de collaboration entre les ministères de la santé et les autres départements officiels pour qu'il soit tenu compte des considérations sanitaires et climatiques dans les stratégies générales de l'État ;
- conclure et mettre en œuvre un accord international apportant un soutien aux pays pour la transition vers une économie pauvre en carbone.

Les mêmes technologies non durables et polluantes qui favorisent le changement climatique contribuent aussi à la menace plus immédiate et locale de la pollution atmosphérique. En mars 2017, s'exprimant à la BBC, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan déclarait à ce propos :

« La pollution atmosphérique est l'une des menaces les plus pernicieuses auxquelles se trouve aujourd'hui confrontée la santé publique dont l'échelle est plus vaste que le VIH ou le virus Ebola. »

L'OMS a estimé que 92 % des habitants de la planète respirent de l'air contenant trop de particules fines.

Ces particules dites PM_{2,5} ont un diamètre inférieur à 2,5 micromètres – un septième de celui d'un cheveu – ce qui leur permet de s'introduire en profondeur dans les poumons. Les particules fines et ultrafines figurent avec le monoxyde de carbone, l'oxyde d'azote et l'ozone parmi les composants les plus nocifs de l'air extérieur pollué.

L'OMS a estimé à environ sept millions le nombre de décès annuels dus à la mauvaise qualité de l'air à l'extérieur et à l'intérieur des habitations, l'Asie étant particulièrement touchée. La pollution atmosphérique a des effets tout au long de la vie et un lien de causalité a été établi avec l'insuffisance pondérale à la naissance, les affections pulmonaires aiguës et chroniques, les accidents vasculaires cérébraux, la démence, les cardiopathies coronariennes, le cancer ainsi que les dommages causés à l'ADN et au système immunitaire.

Le bilan est particulièrement lourd pour les enfants et l'on compte par exemple chaque année chez les moins de cinq ans près de 600 000 décès par infections respiratoires dues à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des habitations ainsi qu'au tabagisme passif.

Entre 2008 et 2013, la pollution atmosphérique en milieu urbain a augmenté de 8 % en moyenne mondiale, même si quelques améliorations ont été constatées par endroits. Les sources de pollution de l'air extérieur sont nombreuses : la consommation d'énergie à des fins domestiques et commerciales, le trafic routier (notamment à cause des moteurs diesel), l'agriculture, les groupes électrogènes, la production industrielle, la combustion de végétaux morts ou vivants (par exemple pour le défrichage). Dans certaines parties du monde, les tempêtes de sable et de poussière provenant des zones désertiques et de la déforestation sont également des sources de pollution.

La pollution de l'air intérieur provoque aussi des décès prématurés, des maladies et des problèmes de santé partout dans le monde. L'OMS estime qu'elle est à l'origine de 4,3 millions de décès annuels.

En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la *feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé*, couvrant les mesures à prendre entre 2016 et 2019 et définissant quatre domaines d'intervention. Premièrement, l'élargissement de la base des connaissances et notamment des données concernant les effets de la pollution de l'air sur la santé et l'efficacité des politiques pour les prévenir et les atténuer. Deuxièmement, l'amélioration des systèmes de suivi et de notification et des moyens de mesurer les progrès en vue des cibles associées à la pollution de l'air dans le cadre des objectifs de développement durable. Troisièmement, la mise au point de moyens d'exploiter le leadership du secteur de la santé aux niveaux local, national, régional et mondial afin d'améliorer la sensibilisation au problème. Quatrièmement, le renforcement de la capacité institutionnelle du secteur de la santé d'analyser l'élaboration des politiques et la prise de décisions à l'appui d'une action commune sur la pollution de l'air et la santé.



Feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé : 2016-2019

La feuille de route cherche avant tout à assurer une collaboration multisectorielle en associant les secteurs des transports, de l'énergie, de la gestion des déchets, de l'agriculture, de l'aménagement urbain et de l'industrie.

Ces 10 dernières années, la satisfaction des besoins individuels essentiels en matière d'eau (pour boire et se laver et pour les usages domestiques), d'assainissement (accès à des toilettes et élimination sans risque des déchets solides) et d'hygiène a acquis une importance croissante dans le programme mondial d'action. Dans les zones les plus pauvres, la population souffre cruellement de l'insuffisance des moyens de les satisfaire.

L'objectif du Millénaire pour le développement concernant l'approvisionnement en eau potable a été l'un des premiers à être atteint. La situation reste cependant très sérieuse comme le montrent les données de l'ONU :

- 2,6 milliards de personnes supplémentaires ont pu bénéficier d'un accès à un meilleur approvisionnement en eau de boisson depuis 1990, mais 663 millions en sont encore dépourvues ;
- au moins 1,8 milliard de personnes utilisent une source d'eau de boisson contaminée par des matières fécales ;
- plus de 40 % de la population mondiale est confrontée à un approvisionnement en eau insuffisant et cette proportion est appelée à augmenter ;
- plus de 1,7 milliard de personnes vivent actuellement dans des bassins fluviaux dont le bilan hydrique est déficitaire ;
- 2,4 milliards de personnes n'ont pas accès à des moyens d'assainissement de base, tels que des toilettes ou des latrines ;
- plus de 80 % des eaux usées issues d'activités humaines sont déversées dans les cours d'eau ou dans la mer sans aucun traitement préalable ;
- près de 1000 enfants meurent chaque jour de maladies diarrhéiques évitables liées à un approvisionnement en eau et à des moyens d'assainissement insuffisants ;

- les inondations et autres catastrophes liées à l'eau sont à l'origine de 70 % des décès provoqués par des catastrophes naturelles.

Les objectifs de développement durable envisagent une approche élargie, l'objectif 6 visant à « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement ». L'eau, l'assainissement et l'hygiène font désormais partie de nombreux programmes sanitaires mondiaux, en particulier ceux relevant d'un large éventail d'organisations non gouvernementales. L'application de ces programmes fait appel à une expertise particulière en cas d'inondations et d'autres événements météorologiques extrêmes, ainsi que dans les camps et implantations de réfugiés et de migrants.

La pollution des sols affecte elle aussi la santé. De nombreux membres de communautés défavorisées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent entrer en contact avec des composés toxiques de différentes manières, par exemple en s'établissant sur des sites industriels abandonnés ou à proximité, là où la contamination par des métaux lourds et d'autres substances dangereuses peut présenter des risques pendant des années, voire des décennies. Les enfants qui y jouent sont particulièrement exposés.

Pour nettoyer ce genre de site, mais aussi pour évaluer de manière plus exhaustive les risques, informer les communautés concernées et les éduquer et trouver des moyens créatifs de générer des emplois de remplacement, un effort international accru et concerté s'impose. Des programmes encourageants ont déjà vu le jour, comme un programme de US \$25 millions de la Banque mondiale qui a permis d'évacuer plus de 3000 tonnes de pesticides obsolètes et dangereux de 900 sites contaminés en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Mali, en République Unie de Tanzanie et en Tunisie.

Ce n'est pas uniquement par la pollution des sols que la santé est exposée à des substances chimiques dangereuses. Les risques restent trop fréquents sur le lieu de travail, à domicile, ou même à l'école. Présents dans tous les pays, ils sont souvent plus marqués dans les pays plus pauvres. Les gens se rendent parfois sur des sites contenant des déchets industriels dans l'espoir de trouver des objets ou des matériaux dont ils pourront tirer un certain revenu. Il peut s'agir parfois – et le cas est de plus en plus fréquent – de déchets électroniques qui sont démontés ce qui peut entraîner une exposition à des produits toxiques, comme le plomb. Parfois la main d'œuvre travaille sans aucune protection ou est exploitée. Le recyclage des piles ou l'extraction de l'or au moyen de mercure permettent à certains de générer un revenu, mais ces activités présentent des dangers, car leurs connaissances et leur conscience des risques sont généralement très limitées. Les

exemples abondent et l'éventail des risques est très large. Sur la base de données fournies par des experts, l'OMS a estimé que plus de 12 millions de personnes meurent chaque année après avoir été exposées aux différents risques présents dans l'environnement. L'Assemblée mondiale de la Santé de 2017 a été saisie d'une feuille de route sur les moyens pour le secteur de la santé de faire face aux préoccupations liées aux risques chimiques.

Hippocrate, le médecin grec de l'Antiquité, auteur du *Traité des airs, des eaux et des lieux* a été l'un des premiers à penser que la qualité de l'air, de l'eau et des sols ainsi que les conditions climatiques risquaient bien d'avoir une profonde influence sur la santé. Près de 2500 ans plus tard, l'impact du climat et de l'environnement sur la santé reste plus que jamais d'actualité.



SITUATIONS D'URGENCE : PROTÉGER ET ATTENUER

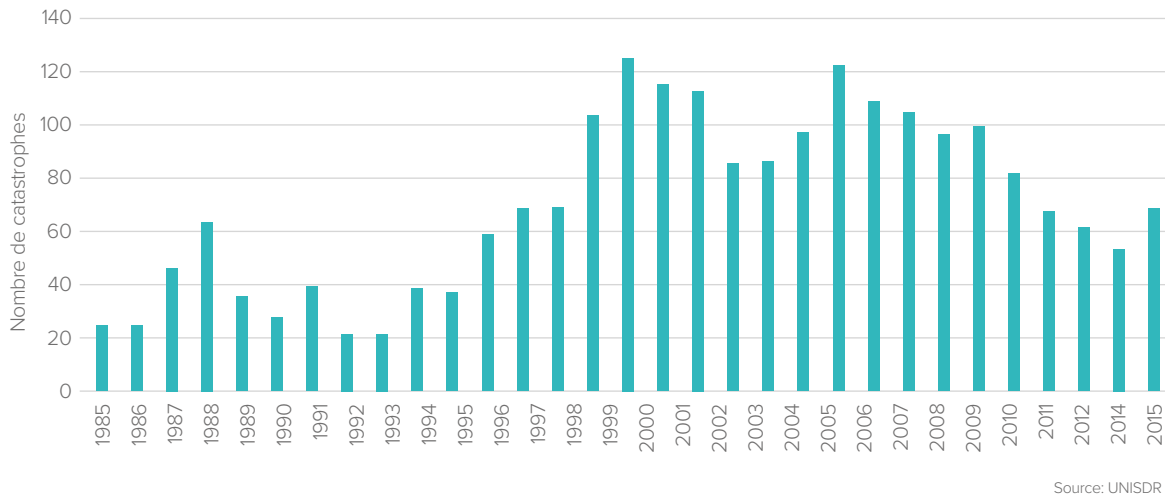
Le rôle de chef de file de l'action sanitaire mondiale qu'assume l'OMS prend toute sa signification lorsque des flambées ou des épidémies de maladies transmissibles présentent une menace internationale sérieuse, que ce soit en raison du caractère nouveau de l'agent infectieux en cause, de l'ampleur et de la rapidité de sa propagation ou de la sévérité et des conséquences de la pathologie qu'il provoque.

C'est précisément ce genre de situation d'urgence qui est survenu à l'aube du XXI^e siècle quand un virus respiratoire qui n'avait jamais jusque-là provoqué d'affection humaine répandue a brutalement frappé en précipitant une crise mondiale. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a causé de profonds bouleversements socioéconomiques et les systèmes

nationaux et internationaux de santé publique se sont brusquement retrouvés sous les feux de la critique. En fin de compte, plus de 8000 cas de SRAS ont été signalés par 29 pays et territoires, provoquant près de 800 décès.

De nombreuses évaluations des aptitudes et capacités de santé publiques ont dû être entreprises, en particulier dans des pays comme la Chine et le Canada qui ont été les plus touchés. La crise a également conduit à un élargissement du *Règlement sanitaire international*, étendu désormais à un large éventail de risques, qui représente un accord de portée majeure par lequel 196 pays s'engagent à œuvrer en faveur de la protection de la santé dans le monde.

Risques naturels prononcés signalés en Afrique



L'expérience du SRAS a permis de tirer de nombreux enseignements et notamment de faire ressortir la nécessité pour les pays d'échanger entre eux et de fournir sans retard à l'OMS des données de surveillance et aussi de faire parvenir des isollements de virus à des laboratoires spécialisés le plus rapidement possible et de coordonner étroitement la riposte mondiale. Pour l'avenir, il était impératif de reconnaître le rôle de chef de file de l'OMS.

Une grande partie des enseignements tirés de la crise du SRAS se sont révélés cruciaux lors des différentes urgences de santé publique qui allaient bientôt se succéder, en particulier la grippe pandémique, la maladie à virus Ebola et l'infection à virus Zika. Mais chacune devait apporter son lot de nouveaux défis.

Au siècle passé, le monde a connu trois pandémies de grippe bien documentées (en 1918, 1957 et 1968) qui ont fait jusqu'à 100 millions de morts. En 2007, la planification en vue de faire face à une pandémie de grippe a été intensive pour différentes raisons : 40 années s'étaient écoulées depuis la précédente pandémie ; plusieurs flambées alarmantes de

« grippe aviaire » avec des cas humains avaient été enregistrées ; et le virus H5N1 – à forte propension au réassortiment – infectait les populations aviaires sauvages et domestiques mondiales.

En mars 2009, un nouveau virus grippal est apparu au Mexique (l'affection étant initialement qualifiée de « grippe porcine »), les premières indications faisant état d'un taux de létalité de 64 %. Si cette virulence avait été confirmée, cette grippe aurait eu des effets catastrophiques pour l'humanité. L'évolution ultérieure du virus grippal pandémique A[H1N1] pdm09, le premier depuis 40 ans, en a fait un des moins dévastateurs puisqu'il a provoqué selon les estimations entre 105 700 et 395 000 décès dans le monde entier, c'est-à-dire beaucoup moins que les trois pandémies du siècle passé – un bilan davantage comparable à celui de la grippe saisonnière. De nombreux commentateurs ont toutefois fait abstraction du nombre disproportionné de décès d'enfants et de jeunes adultes, ce qui est une caractéristique d'une « transformation » virale et non d'une grippe saisonnière. Si les services de santé publique, avaient laissé leurs plans détaillés dans les tiroirs, le bilan aurait certainement été beaucoup plus lourd chez les enfants et les jeunes. Du point de vue

Recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009

- Accélérer la mise en œuvre des principales capacités prévues par le RSI
- Renforcer le site OMS d'information sur les événements
- Renforcer les décisions fondées sur des bases factuelles concernant les voyages et le commerce internationaux
- Veiller à ce que tous les points focaux nationaux aient les pouvoirs et les ressources nécessaires
- Renforcer la capacité interne à l'OMS d'assurer une riposte durable
- Améliorer les modalités pratiques de nomination d'un comité d'urgence
- Réviser les orientations concernant la préparation à une pandémie
- Mettre au point et appliquer des mesures permettant d'évaluer la gravité d'une pandémie
- Rationaliser la gestion des documents d'orientation
- Mettre au point et appliquer une politique stratégique de communication à l'échelle de l'Organisation
- Encourager des accords conclus à l'avance pour la distribution et la livraison de vaccins
- Mettre sur pied des effectifs de réserve plus importants au plan mondial pour la santé publique
- Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique
- Parvenir à un accord sur l'échange de virus, l'accès aux vaccins et d'autres avantages
- Poursuivre un programme complet de recherche sur la grippe et d'évaluation

épidémiologique, il serait certes resté modeste, mais le décès d'un enfant est très difficile à supporter par les parents. Les perceptions publiques du risque ont bien changé en 40 ans et des amas de décès d'enfants et d'hospitalisations d'adolescents sont peu compatibles avec l'idée qu'on peut se faire d'un événement « bénin ».

L'OMS disposait de plans précis en cas de pandémie qui ont été mis en œuvre. On ne pouvait prévoir de manière fiable le cours des événements. En fait, la pandémie H1N1 de 2009 a été d'une très grande utilité comme « répétition générale » des mesures à prendre en cas de pandémie ultérieure plus sévère. Elle a représenté une première mise à l'épreuve du Règlement sanitaire international (2005).

L'examen indépendant a conclu que plusieurs aspects de la riposte avaient donné satisfaction : l'identification et la caractérisation rapide du virus, la fourniture de souches vaccinales et la mise sur pied de solides réseaux pour la gestion de la pandémie. D'autres ont toutefois donné lieu à des critiques par exemple la lenteur de la distribution du vaccin, la capacité de production insuffisante du vaccin (qui ne pouvait couvrir qu'un tiers de la population mondiale),

les carences de la définition d'une pandémie fondée uniquement sur l'échelle de propagation, et non sur la gravité, ce qui a conduit à des communications publiques peu crédibles, l'absence de transparence concernant la composition des comités consultatifs scientifiques et les conflits d'intérêts perçus.

Des recommandations ont été formulées en vue de renforcer l'approche à suivre à l'avenir. Une des mesures les plus importantes devrait consister à intensifier les efforts de recherche d'un vaccin antigrippal multipotent capable d'écarter le spectre d'une pandémie future. La transformation qu'apporterait un tel vaccin capable de sauver des millions de vies en cas de pandémie sévère n'a pas été entièrement appréciée. On peut croire comme le fait peut-être la communauté mondiale de la santé que les pandémies grippales ne frappent que tous les 40 ans. En réalité, un virus grippal facilement transmissible d'une virulence exceptionnelle peut très bien surgir la semaine prochaine.

Un des aspects les plus importants de la crise du SRAS a été la mesure dans laquelle une flambée peut se propager de manière incontrôlée dès que des cas sont traités dans des établissements

hospitaliers lorsque les normes de prévention et de lutte laissent à désirer. Si cela a bien été compris à l'époque, on n'a pas systématiquement cherché à évaluer de manière critique et plus générale les risques dans le cadre des établissements de soins, surtout dans les pays à faible revenu.

En 2014, la maladie à virus Ebola, une infection à taux de létalité élevé, a commencé à se propager en milieu urbain dans trois pays d'Afrique de l'Ouest – la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria. Les flambées dans les pays voisins – Mali, Nigéria et Sénégal – ont rapidement été maîtrisées. Dans les trois pays les plus touchés, elles se sont au contraire prolongées pour atteindre des proportions sans précédent. Auparavant le virus Ebola n'avait été observé que dans des zones relativement peu peuplées et un endiguement avait été possible. Cette fois, il s'est implanté dans des zones à faible infrastructure sanitaire caractérisées par de sensibles carences en matière de prévention et de lutte. Faute d'intervention rapide, le virus a pu devenir une menace beaucoup plus sérieuse au plan régional, et potentiellement au plan mondial.

L'OMS a été critiquée pour la lenteur de sa riposte. Après des débuts difficiles, celle-ci s'est organisée – grâce à la fois à l'OMS et à beaucoup de ses partenaires – en présentant trois caractéristiques principales. Tout d'abord, un centre d'opérations d'urgence de santé publique, créé à l'origine par l'OMS et ses partenaires de la lutte contre la poliomyélite afin de coordonner l'action en vue de l'éradication de cette maladie au Nigéria, a immédiatement été déployé avec succès contre le virus Ebola. Il est largement admis que si l'on avait permis à celui-ci de s'étendre dans une ville de la taille de Lagos au Nigéria, le monde aurait pu être confronté à une véritable catastrophe de santé publique. Ensuite, l'équipe de l'OMS qui avait conduit le premier défi mondial pour la sécurité des patients, *Un soin propre est un soin plus sûr*, s'était dotée

d'une forte capacité de prévention et de lutte et avait acquis une grande expérience de l'intervention dans des milieux pauvres en ressources avec un large réseau d'experts internationaux. Cette équipe a rejoint d'autres experts de la lutte contre l'infection à l'OMS. Elle a eu pour mandat de coordonner les efforts et elle s'est également déployée dans les zones touchées pour aider à réduire les risques et à renforcer la résilience des pays concernés. Enfin, l'OMS et ses partenaires ont mis sur pied une solide alliance multinationale d'États Membres, d'organisations internationales, de donateurs et d'ONG pour coordonner l'action et apporter l'appui nécessaire sous forme de moyens financiers, d'expertise, d'effectifs et de fournitures.

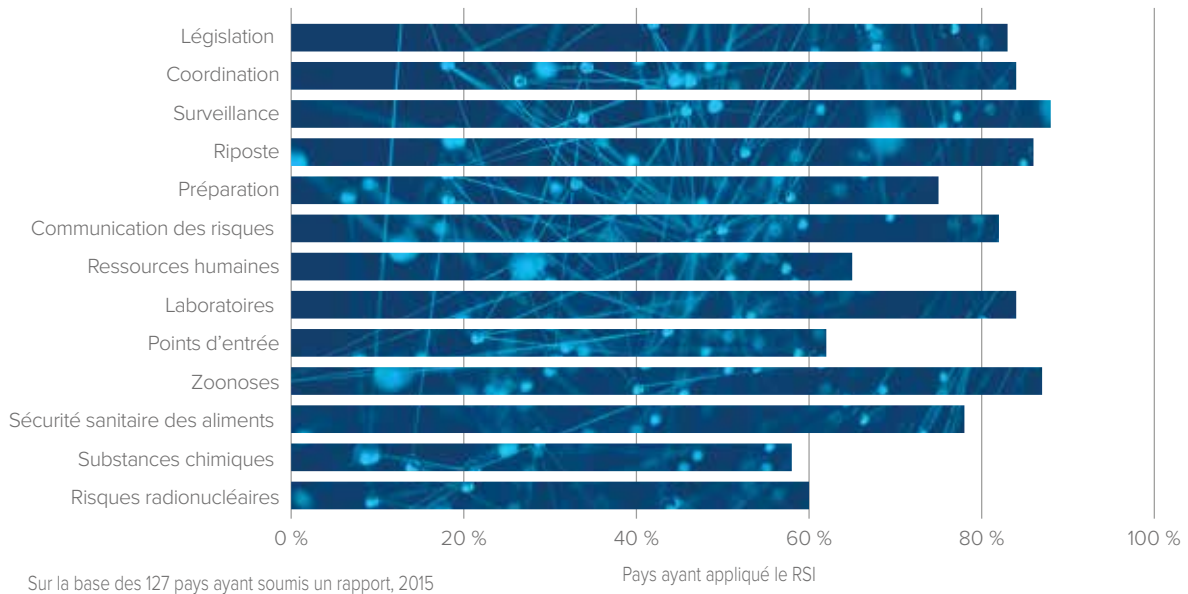


Un centre d'opérations d'urgence contre la poliomyélite a stoppé le virus Ebola au Nigéria

La fin de l'épidémie d'Ebola a été déclarée le 14 janvier 2016. Si le bilan officiel fait état de 11 315 morts, les victimes ont été bien plus nombreuses en réalité.

Le *Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* qui a présenté son rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016 a relevé que beaucoup des recommandations formulées lors de l'examen de la riposte à la pandémie de 2011 n'avaient pas été pleinement mises en œuvre. Le monde était encore mal préparé et restait vulnérable lorsque l'épidémie d'Ebola a frappé. Les recommandations de 2016 ont donc mis l'accent sur la nécessité de veiller à la pleine application du Règlement sanitaire international avec tout ce que cela implique. En fait, il a essentiellement été reconnu que pour apporter les améliorations recherchées, notamment un sensible renforcement des capacités, il faudrait suivre une approche multisectorielle et disposer en outre de moyens financiers bien plus importants.

Application du Règlement sanitaire international



L'OMS dirige des programmes de travail visant à renforcer la résilience des systèmes de soins de santé après l'épidémie d'Ebola. Sous réserve du soutien financier voulu, elle sera en mesure de fournir l'aide d'urgence nécessaire pour intervenir en cas d'infrastructure insuffisante et d'application limitée des pratiques de prévention et de lutte, et aussi de veiller à la qualité des principes en matière de soins. Il apparaît aussi que la prestation de services de santé essentiels pour la mère et l'enfant – comme les soins prénatals et la vaccination – a régressé depuis que la fin de l'épidémie d'Ebola a été déclarée.

L'OMS aide les pays à évaluer leurs principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international qui constituent une base essentielle pour la détection, l'appréciation et la notification des événements et pour la riposte aux risques et urgences de portée internationale. Un programme d'évaluations externes conjointes permet de déterminer la capacité des pays de prévenir et de détecter les risques pour la santé publique et d'y répondre, en mettant en lumière les lacunes les plus graves.

Les améliorations qui suivront les réformes de l'OMS consécutives à l'épidémie d'Ebola auront le double avantage de mieux préparer les pays à faire face à la prochaine menace ainsi qu'aux fléaux actuels. Parmi les principales flambées de maladies transmissibles au cours des dernières années, on peut mentionner la grippe aviaire A(H7N9) en Chine ; la peste à Madagascar ; la fièvre jaune au Brésil, en Angola, en Ouganda et en République démocratique du Congo ; le MERS-CoV en Arabie saoudite ; l'hépatite E au Tchad ; le virus de Séoul aux États-Unis d'Amérique et au Canada ; la maladie à méningocoque au Togo et la fièvre de Lassa en Afrique de l'Ouest. La fréquence et la gravité de ces événements ont fait ressortir non seulement la nécessité de renforcer la santé publique dans les pays, mais aussi l'importance du rôle de l'OMS dans la coordination et la riposte mondiales.

Un autre événement important depuis l'épidémie d'Ebola est la création du Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies à Addis-Abeba (Éthiopie) financé par l'Union africaine ; opérationnel depuis le 31 janvier 2017, il est appelé à jouer un rôle central pour aider le continent à

Intervenir en cas d'urgence de santé publique. Des centres régionaux sont prévus en différents points – au Kenya, en Zambie, en Égypte, au Gabon et au Nigéria. L'action du Centre africain permettra certainement de mieux comprendre les populations africaines plus exposées aux risques et de recommander les mesures de prévention et de lutte qui sont nécessaires pour assurer une meilleure protection.



Le nouveau Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies

L'OMS a élargi sa perspective pour passer de la préparation aux grandes flambées et pandémies à une conception plus large des urgences de santé publique. Des progrès sont réalisés pour mieux comprendre l'impact direct et indirect des catastrophes et des crises humanitaires sur la santé et pour y faire face. Le Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes a été créé en 1999 à la suite de la résolution 56/195 de l'Assemblée générale des Nations Unies pour servir de point focal du système des Nations Unies chargé de coordonner la réduction des risques de catastrophes. Il assure les synergies entre les activités de réduction des risques de catastrophes du système des Nations Unies et des organisations et les activités régionales dans les domaines socioéconomique et humanitaire. En 2015, il a été saisi de près de 350 rapports du monde entier faisant état de catastrophes, à l'origine de plus de 22 000 décès, ayant affecté 98,6 millions de personnes et provoqué des dégâts d'un montant total de US \$66,5 milliards.

Le Cadre de Sendai est une initiative étroitement liée aux travaux du Bureau qui représente une innovation majeure des Nations Unies face aux catastrophes, car il associe la santé publique et la réduction des risques de catastrophes en suivant une démarche

associant l'ensemble des menaces afin de réduire le risque et d'alléger le bilan qu'elles provoquent en termes de vies humaines perdues, de moyens de subsistance et de santé.

L'OMS ne s'occupe pas seulement des urgences de santé publique, mais aussi des aspects sanitaires liés aux catastrophes naturelles (par exemple lors du récent séisme au Népal) et aux situations humanitaires complexes (en République arabe syrienne et en Iraq, par exemple). Les éléments constitutifs de cette approche comprennent un réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN), un système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) et une initiative des équipes médicales d'urgence. L'OMS assume de plus en plus un rôle de chef de file au sein du Comité permanent interorganisations, notamment en ce qui concerne les risques infectieux.

Le nouveau *Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire* est en train de modifier la façon dont l'OMS intervient en faveur des pays en cas de crise et de situation d'urgence : alors qu'il s'agissait avant tout d'un organisme technique de caractère normatif, elle se transforme en une organisation entièrement opérationnelle.



Le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire : préparer, prévenir, protéger, riposter, relever

Le Programme comporte cinq divisions techniques et opérationnelles :

- *gestion des risques infectieux* : veiller à ce que les stratégies et capacités soient établies contre les risques infectieux prioritaires ;
- *préparation des pays à faire face aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005)* : veiller à la mise en place des principales capacités pour la gestion des risques d'urgence ;

- *informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques* : fournir en temps voulu une analyse de la situation, une évaluation des risques et un suivi de la riposte qui soient fiables pour tous les événements et menaces concernant la santé ;
- *opérations d'urgence* : veiller à ce que les populations touchées par les situations d'urgence aient accès à un ensemble essentiel de services de santé permettant de sauver des vies ;
- *services essentiels pour l'action d'urgence* : assurer que les opérations d'urgence de l'OMS soient dotées rapidement et durablement des ressources financières et humaines nécessaires.

C'est là une transformation profonde qui met l'accent sur des domaines nouveaux et élargit le rôle de l'Organisation. Le Programme collabore avec les pays et les partenaires pour les préparer à faire face à tous les dangers donnant lieu à des situations d'urgence sanitaire, à les prévenir, à assurer la riposte et le relèvement, notamment en cas de catastrophe et de conflit et non plus seulement dans le cadre traditionnel des flambées de maladies. Le Programme sera aussi appelé à diriger et coordonner la riposte internationale en santé pour soulager les populations touchées et contribuer à leur relèvement.



CONCLUSIONS

Lorsqu'on envisage certains des défis, des situations nouvelles, des problèmes complexes, des crises, des situations d'urgence ou des succès d'actions sanitaires mondiales au cours des 10 dernières années, le tableau qui semble se dégager est celui d'une grande complexité tant aux niveaux mondial que national : nous appartenons tous à la même planète sur laquelle tant d'hommes et de femmes, d'équipes et d'organisations œuvrent sans relâche dans tous ses recoins en faveur de la santé, de la longévité, du bien-être et de l'atténuation des souffrances de sept milliards d'êtres humains.

« One World », un seul et même monde, c'est l'évidence qui sous-tend bien des objectifs de la santé : la couverture sanitaire universelle, l'initiative « chaque femme, chaque enfant », l'accès aux médicaments essentiels permettant de sauver des vies. « One World » : ces deux mots sous-tendent aussi l'idée d'une seule OMS dans laquelle les États Membres, les bureaux régionaux et de pays, les partenaires mondiaux, les ONG et la société civile s'efforcent d'atteindre le même objectif

commun. Ils s'imposent lorsqu'on songe à tous les adversaires auxquels la santé se trouve confrontée : changement climatique, pandémies, catastrophes naturelles, conflits, ou résistance aux antimicrobiens. Ils inspirent la solidarité, la compassion et l'idéalisme face aux statistiques de la santé et de la pauvreté, aux inégalités en santé, aux réalités de la vie et de la mort analysées dans les rapports ou reflétés sur les écrans. Ils sont présents aussi lorsqu'on évoque l'alignement et la collaboration entre la théorie et la pratique, le public et le privé, le niveau national et le niveau local.

L'OMS et son Directeur général ont des rôles essentiels à jouer dans la création et le maintien de cette conception holistique de la santé mondiale et dans leurs efforts pour forger une large coalition en faveur de plus de santé, d'équité et de sécurité. L'Organisation utilise ses moyens en assumant son rôle de chef de file, en faisant valoir son expertise technique, par son action normative, en intervenant sur la scène internationale pour coordonner, faciliter ou influencer.

Les 10 dernières années ont clairement montré que les besoins en matière de santé dans le monde sont à la fois si différents et si urgents que l'OMS ne peut simplement pas se concentrer sur un petit nombre de priorités comme le préconisent certains. Au cours de cette période, tous ceux qui sont intervenus au niveau individuel ou au sein d'organisations aux niveaux mondial, national et local en partenariat avec l'OMS et souvent sous sa direction l'ont bien montré en obtenant des progrès dans les domaines les plus divers. Le présent rapport illustre beaucoup de ces réalisations comme l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, les percées dans le domaine de la fourniture des vaccins, les deux maladies qu'on est en passe de faire disparaître, la réduction de la mortalité due aux principales affections, les mesures prises pour stopper la progression des maladies non transmissibles, les nouveaux cadres et les nouvelles structures pour faire face aux urgences de santé publique (grâce aux enseignements tirés de la pandémie de grippe et de la crise due au virus Ebola). Certes de nombreux problèmes et défis subsistent et beaucoup sont liés aux sources des inégalités, à la charge de morbidité, aux décès et handicaps prématurés dont souffrent avant tout les populations les plus pauvres.

Une vue d'ensemble de tous les domaines dans lesquels des progrès ont été réalisés permet de dégager un certain nombre de thèmes importants.

Inspirer un avenir fondé sur plus de santé et d'équité

Tout au long de son histoire, l'OMS a lancé des idées-forces qui ont transformé l'élaboration des politiques, inspiré des initiatives majeures et continué de guider l'action aux niveaux mondial et national pendant des années voire des décennies. Un bon exemple est celui de la *Santé pour tous*, la vision lancée par le Dr Halfdan Mahler en 1981. Directeur général de l'Organisation de 1973 à 1983, le Dr Mahler est décédé en décembre 2016 à l'âge de 93 ans et le

personnel de l'OMS n'a pas manqué de lui rendre hommage et de rappeler son parcours et ses réalisations. En évoquant son idée de base en 1981, le Dr Mahler déclarait :

« Le concept de « santé pour tous » signifie que, dans un pays donné, la santé soit mise à la portée de chaque individu. Et par « santé » il faut entendre un état personnel de santé qui permette à chacun non pas seulement d'accéder à des services sanitaires, mais de mener une vie socialement et économiquement productive. « La santé pour tous » implique la suppression des obstacles à la santé, c'est-à-dire la disparition de la malnutrition, de l'ignorance, de l'eau de boisson contaminée et des logements insalubres tout autant que la solution de problèmes purement médicaux, que le manque de médecins, de lits d'hôpital, de médicaments et de vaccins. »

On évoque rarement le rôle de maître de pensée que joue l'OMS. Quand des idées comme la santé pour tous sont lancées, il ne s'agit pas de simples slogans. Elles peuvent devenir de puissants moteurs du changement, un principe fondamental sur lequel appuyer la santé dans le monde. Souvent elles reposent sur de solides impératifs moraux : en l'occurrence la santé en tant que droit humain.



La Déclaration de Shanghai de 2016 sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030

Au cours de la période pendant laquelle elle a dirigé l'OMS, le Dr Margaret Chan a continué à mettre l'accent sur les fondamentaux.

À plusieurs reprises ces 10 dernières années, l'OMS a invité le monde à envisager la santé d'un autre point de vue, sans mettre uniquement l'accent sur les maladies. Il en a été ainsi lors de la constitution de la

Commission sur les déterminants sociaux de la santé qu'elle a ensuite cherché à promouvoir. Presque immédiatement après sa publication, le rapport de la Commission a commencé à influencer la réflexion et à façonner le programme de santé. Il s'est imposé dans les Régions et les pays, poussant ceux qui revoyaient les politiques et les plans existants à penser différemment.

L'idée de la *Couverture sanitaire universelle* a également marqué les esprits en raison de son caractère fondamental et de l'importance donnée à la justice sociale, à l'équité et à la compassion.

Troisième idée transformatrice, quoique dans un sens différent, le *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, doublé de son plan de mise en œuvre *la Stratégie et le Plan d'action sur le vieillissement et la santé*, énonce un cadre non seulement pour l'avenir de la santé et des soins de santé, mais aussi pour renforcer le tissu même de la société, stimuler l'économie, transformer la nature des villes et promouvoir la cohésion entre les générations. Passer du vieillissement dans la maladie au vieillissement en bonne santé est un des objectifs les plus ambitieux jamais fixés par une organisation internationale. Inversement l'option de la passivité serait catastrophique.

Quatrième véritable tournant pour la santé dans le monde, le premier *Rapport mondial sur le handicap* où le Professeur Stephen Hawking déclare dans l'avant-propos :

« En fait, nous avons le devoir moral de lever les obstacles à la participation et d'investir des fonds suffisants et l'expertise nécessaire pour libérer l'immense potentiel des personnes handicapées. Les gouvernements du monde entier ne peuvent plus oublier les centaines de millions de personnes handicapées à qui on dénie l'accès à la santé, à la réadaptation, aux aides, à l'éducation et à l'emploi et

qui jamais n'ont la chance de pouvoir briller. »

Le Rapport donne des orientations claires sur les mesures à prendre pour donner suite à la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Environ 15 % de la population mondiale est confrontée à une certaine forme de handicap. Traditionnellement, le classement des incapacités et les moyens de les mesurer ont toujours retenu l'attention de l'OMS, mais ses travaux étaient fondés avant tout sur une perspective médicale. Le *Rapport mondial sur le handicap*, publié en 2011 (conjointement avec la Banque mondiale), a modifié le paradigme du handicap sur la scène de la santé mondiale en présentant la vision d'un modèle social pour le handicap qui est considéré comme découlant d'une interaction entre l'individu et son environnement. L'accent est mis sur la suppression des obstacles à l'inclusion.



Le premier Rapport mondial sur le handicap marque un changement de paradigme

Dans ces quatre domaines d'activité fondamentaux, l'OMS contribue non seulement à inspirer l'action voulue pour améliorer la santé, mais à façonner la manière d'envisager la santé à l'avenir. Elle cherche aussi à renforcer les valeurs fondamentales sous-jacentes. Ces politiques clés constitueront aussi un puissant stimulant de nature à modifier la conception et les prestations des services de santé et servant plus généralement de base essentielle de l'élaboration des politiques dans les pays.

La santé au centre des préoccupations mondiales

Dans le passé, en sa qualité d'institution spécialisée de premier plan au sein du système des Nations Unies, l'OMS a fixé ses propres programmes et la santé se retrouvait rarement au cœur des débats de l'ONU au niveau le plus élevé. Mais au cours des 10 dernières années, la situation a changé

du tout au tout et son engagement en matière de santé mondiale a été sans précédent. En juin 2011, la déclaration d'une réunion de haut niveau invitait les États Membres à intensifier leurs efforts pour éliminer le VIH et le sida. En septembre 2011, une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies adoptait une Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. En décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies adoptait une résolution sur la *couverture sanitaire universelle*. En 2014, l'Assemblée générale des Nations Unies et le Conseil de sécurité examinaient la crise due au virus Ebola et autorisaient toute une série de mesures. En décembre 2016, les États Membres de l'ONU signaient une déclaration visant à combattre la résistance aux antimicrobiens.



Maladies non transmissibles, résistance aux antimicrobiens et couverture sanitaire universelle à l'ordre du jour de l'Assemblée générale des Nations Unies

On ne saurait exagérer l'importance de l'engagement de l'ONU en faveur des priorités sanitaires mondiales qu'il a été possible d'obtenir. Il ne s'agit plus désormais de programmes confinés au secteur de la santé, mais d'engagements formels pris par les présidents et les premiers ministres et dont ils sont redevables. La santé mondiale figure de plus en plus au centre des débats du G7 et du G20.

Par leur caractère universel, les objectifs de développement durable des Nations Unies – ou plus exactement les 17 objectifs, 169 cibles et 230 indicateurs – occupent une autre place essentielle dans l'actualité. L'examen des objectifs, cibles et indicateurs liés à la santé ne fait que commencer et ils sont de nature à pouvoir transformer la santé dans le monde. Il sera indispensable de déterminer dans quelle mesure les futures priorités devront uniquement relever des objectifs de développement

durable ou auront besoin d'un autre type d'action.

De nouvelles façons d'intervenir

Ces 10 dernières années, l'OMS a engagé son propre processus de réforme qui a fait l'objet de discussions avec les États Membres, les partenaires et toute une série d'organisations et de particuliers. Une partie des débats a concerné les principes de base : que doit faire une organisation d'action sanitaire mondiale composée de l'ensemble des pays ? La complexité du paysage sanitaire mondial est l'un des principaux moteurs de la nécessité pour l'OMS de réexaminer son propre rôle et sa position. Les organisations et les intérêts en cause sont plus nombreux, les rapports entre eux en constante mutation. Le climat du financement s'est aggravé surtout au lendemain de la crise financière mondiale.

Au moment où le débat sur la santé dans le monde est particulièrement nourri, il est juste que le rôle de l'OMS soit régulièrement réexaminé. Les milieux universitaires et d'autres déversent un flot intermittent de critiques, faisant valoir que l'Organisation ne fait pas tout ce qu'elle pourrait faire pour améliorer la santé dans le monde.

D'une manière générale, l'OMS apparaît aux observateurs comme disposant d'un choix pour son action : elle peut être un organisme normatif et fixer des normes axées sur le développement ; elle peut militer activement pour une meilleure santé et intervenir sur les déterminants sociaux qui y font obstacle ; elle peut jouer un rôle consultatif et fournir un appui technique à ses États Membres. Mais le choix n'est qu'apparent : en réalité pour faire progresser la santé dans le monde, elle doit faire les trois choses à la fois.

Dans l'exercice de son mandat pour la santé dans le monde dans le contexte du XXI^e siècle, l'Organisation se trouve face à une tâche d'une difficulté extrême. Il y a d'abord le principe fondamental qui veut que

l'amélioration de la santé suppose non seulement des interventions techniques fondées sur des données scientifiques, mais aussi tout un éventail d'autres activités essentielles – avec un engagement et un alignement politiques, l'acceptation d'un rôle de chef de file, le bon fonctionnement de partenariats, une collaboration multisectorielle et une collaboration avec les communautés et les citoyens. Cette complexité est manifeste dans tant de domaines où l'action ou le changement s'imposent. Elle est manifeste, car la crise due au virus Ebola interpelle beaucoup d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et pas seulement l'OMS. Elle est manifeste, car il faut démanteler les environnements obésogènes et la vingtaine ou plus de points névralgiques conditionnant l'apport calorique et la sédentarité des communautés. Elle est manifeste, car l'éradication du poliovirus suppose d'avoir accès aux enfants dans des zones de conflit où les agents de vaccination interviennent au péril de leur vie.

La lenteur des progrès de la santé mondiale engendre parfois des frustrations chez les principaux donateurs dont les contributions visent à atteindre des améliorations précises et mesurables. Des organismes et des partenariats spécialisés ont également vu le jour (comme l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI) et certains ont reçu des allocations considérables de manière tout aussi ciblée.

Cette approche a permis d'obtenir certains succès, mais elle pose aussi des questions fondamentales sur le meilleur moyen de procéder pour améliorer la santé dans le monde. Les programmes dits verticaux atteignent généralement leur but aux dépens d'interventions horizontales plus larges visant à renforcer les systèmes de santé des pays pour les rendre autonomes et capables d'apporter des améliorations durables. Dans les pays à revenu faible, le ministère de la santé est encouragé à aller à la chasse à l'aide extérieure avec le risque de

déformer sa réflexion et d'adopter des programmes préétablis qui ne correspondent pas aux besoins. Et il y a aussi le fait que le financement de l'OMS a subi une transformation profonde en 10 ans : alors qu'elle disposait auparavant d'une large base de crédits qu'elle pouvait déployer de manière discrétionnaire avec ses États Membres, elle se retrouve aujourd'hui dans une situation où 80 % de son budget est financé par des contributions volontaires destinées souvent à des priorités bien précises définies par les donateurs. La popularité des programmes verticaux est compréhensible : ils permettent effectivement d'atteindre des résultats positifs. Et il est également vrai que les priorités traditionnelles du développement qui consistent à renforcer les systèmes de santé ont conduit dans le passé les grands pays donateurs à allouer des sommes considérables sans toujours obtenir des avantages qu'il était possible de démontrer.

Lorsqu'on envisage globalement comment le changement a été apporté ces 10 dernières années et où les progrès ont été insuffisants, on doit aussi tenir compte de toute une série d'autres facteurs qui ne représentent pas un élément spécifique du rôle de l'OMS, et notamment des suivants :

- la difficulté éprouvée au niveau des pays de suivre l'approche multisectorielle essentielle ;
- la qualité insuffisante des données sanitaires qui ne permettent pas de suivre les progrès et d'évaluer le changement, surtout dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- le caractère diffus et imprécis de beaucoup de mécanismes de responsabilisation ;
- l'incapacité à changer d'échelle, à exploiter les meilleures pratiques et à généraliser les solutions innovantes ;
- la difficile transition en situation d'urgence vers des structures de commandement et de contrôle.

En matière de santé mondiale, on ne consacre pas assez de temps à un examen critique de la bonne

façon de procéder pour arriver à un changement stratégique. C'est ce qu'illustre de manière certes limitée, mais néanmoins avec clarté l'amélioration frappante des résultats du programme d'éradication mondiale de la poliomyélite à la suite d'indications indépendantes préconisant une action systémique.

Pouvant se prévaloir de sources précieuses de soutien et de critiques constructives, l'Organisation a engagé un processus de réforme dans trois domaines : les priorités et les programmes ; la gouvernance ; et la gestion. D'importantes modifications ont été apportées à son fonctionnement dans chacun de ces domaines, avec notamment :

- des priorités clairement définies, les bureaux de pays allouant la plus grande partie de leur budget aux domaines prioritaires ;
- une responsabilisation gestionnaire, une transparence et une gestion des risques efficaces ;
- une collaboration renforcée avec les parties prenantes (et en particulier avec les acteurs non étatiques) ;
- une amélioration de la prise de décisions en matière stratégique ;
- une capacité accrue de riposte en cas de flambée et de situation d'urgence ayant des conséquences pour la santé ;
- une meilleure gestion des ressources humaines ;
- une gestion stratégique de l'information.

Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques est une innovation importante qui a été négociée et adoptée par les États Membres. Reconnaissant que l'OMS doit pour être efficace collaborer avec un large éventail de partenaires (ONG, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et établissements universitaires), le Cadre oriente cette collaboration. C'est en particulier la collaboration avec le secteur privé dans des conditions soigneusement définies qui a pu aller de l'avant. C'était là un domaine que l'OMS avait plutôt

cherché à éviter dans le passé, ce qui lui avait valu de perdre certaines occasions d'agir.

Le nouveau Cadre de collaboration qui couvre une large partie des activités de l'Organisation se fonde sur les efforts consentis ces 10 dernières années pour unir les différentes parties prenantes. Plus particulièrement, le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011 associe le secteur public et le secteur privé en faveur de l'objectif commun crucial de l'échange de virus potentiellement pandémiques et de l'amélioration de l'accès des pays plus pauvres aux vaccins et autres fournitures liées à une pandémie.

Ces réformes donnent à l'OMS la possibilité d'exploiter sa capacité traditionnelle de rassembler et son expertise dans la formulation de règles et de normes grâce à sa position reconnue de chef de file de l'action sanitaire mondiale.

Comme le montre le présent rapport, les réalisations de ces 10 dernières années ont été nombreuses. Elles peuvent et elles doivent donner des fruits au cours des décennies à venir.

Sauf indication contraire, les données sont tirées de sources officielles du système des Nations Unies publiquement disponibles.

