



Assemblée générale

Distr. générale
26 septembre 2014
Français
Original : anglais

Soixante-neuvième session
Point 124 de l'ordre du jour
Santé mondiale et politique étrangère

Santé mondiale et politique étrangère

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre ci-joint un rapport établi par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé en application de la résolution 68/98 de l'Assemblée générale.



Rapport du directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur les partenariats en faveur de la santé mondiale

Résumé

L'Assemblée générale, dans sa résolution 68/98, a appelé au renforcement des partenariats afin d'améliorer la santé pour tous, en considérant la santé comme un tout, en l'abordant dans une optique multisectorielle qui devrait s'inspirer des principes d'appropriation nationale, d'optimisation des résultats et de l'efficacité, de transparence, de partage des responsabilités, de responsabilité mutuelle, d'intégration et de pérennité.

Au cours des deux dernières décennies, l'architecture sanitaire mondiale a considérablement évolué. Le présent rapport porte sur les partenariats dans le domaine de la santé publique mondiale qui contribuent à faire progresser la mise en œuvre des priorités sanitaires adoptées collectivement visant à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et à réaliser la couverture sanitaire universelle. Ce programme d'action sanitaire mondiale est modelé principalement par le douzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier les six priorités de leadership qui y sont énoncées et qui ont été convenues par tous les États membres de l'OMS, ainsi que par les objectifs, cibles et indicateurs relatifs à la santé qui sont discutés dans le cadre du pacte pour les objectifs du programme de développement durable pour l'après-2015.

Les interventions futures des partenariats dans le domaine de la santé devraient être alignées sur ces principaux axes stratégiques de l'action sanitaire au niveau mondial et identifier les moyens efficaces de contribuer à leur promotion. Des partenariats multipartites bien coordonnés peuvent jouer un rôle fondamental grâce à l'appui qu'ils peuvent apporter à la mise en œuvre des priorités de santé publique adoptées collectivement qui contribuent à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Ils devraient constituer des plateformes pour la promotion des programmes mondiaux, régionaux et nationaux, ajouter de la valeur et avoir un but et une portée clairs.

Cependant, la coordination de ces courants concernant le programme d'action sanitaire mondiale pose des problèmes considérables s'agissant de la gouvernance sanitaire mondiale.

I. Introduction

1. L'Assemblée générale, dans sa résolution 68/98, a réaffirmé que la santé est une importante question intersectorielle de politique générale qui figure au premier rang des préoccupations de la communauté internationale, en tant que préalable, résultat et indicateur des trois dimensions du développement durable. L'Assemblée a également reconnu que les problèmes de santé mondiale appellent une action concertée et soutenue et que les partenariats entre toutes sortes d'acteurs, y compris les gouvernements nationaux, les autorités locales, les institutions internationales, les entreprises, les organisations de la société civile, les fondations, les philanthropes, les investisseurs dans des projets à caractère social, les scientifiques et les universitaires et les particuliers, jouent un rôle important dans le développement.

2. Dans la même résolution, l'Assemblée générale a engagé les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé et à en améliorer la qualité. De plus, elle a appelé à promouvoir les partenariats pour aider les États Membres à accélérer la transition vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. En particulier, elle a appelé l'attention sur les engagements pris au titre de l'initiative du Secrétaire général : sauver les vies de 4,6 millions d'enfants et de mères; lutter contre les maladies non transmissibles; améliorer l'accès aux médicaments et aux vaccins; agir sur les déterminants économiques et sociaux, ainsi qu'environnementaux.

3. L'Assemblée générale a également prié le Secrétaire général, agissant en étroite collaboration avec le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, de lui présenter, à sa soixante-neuvième session, un rapport sur les partenariats pour la santé mondiale, où il présente un bilan de la gouvernance de la santé mondiale et une étude des liens réciproques entre la santé et tous ses déterminants, notamment sociaux, économiques et environnementaux, et où il recommande aux parties prenantes les mesures à prendre pour améliorer la gouvernance de la santé mondiale, en tenant compte en particulier des droits de l'homme, de la bonne gouvernance, du respect mutuel, de l'équité, de la viabilité à long terme, de la solidarité, des responsabilités partagées de la communauté internationale et d'une démarche axée sur l'être humain.

4. Le présent rapport traite brièvement de la protection des agents de santé comme moyen de promouvoir la santé publique et de renforcer les systèmes de santé, afin de prêter un appui aux discussions sur la prochaine résolution de l'Assemblée générale sur la question Santé mondiale et politique étrangère.

II. Rôle actuel des partenariats dans le domaine de la santé publique mondiale

5. Créer de nouveaux partenariats mondiaux est une des cinq grandes réorientations nécessaires pour le programme de développement pour l'après-2015 en tant que cadre universel pour le développement à l'avenir, selon le rapport intitulé « Pour un nouveau partenariat mondial : vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable » établi par

le Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015.

6. Les partenariats comprennent toutes sortes d'acteurs, y compris les gouvernements nationaux, les autorités locales, les institutions internationales, les entreprises, les organisations de la société civile, les fondations, philanthropes et investisseurs dans des projets à caractère social, les scientifiques et universitaires, et les particuliers. Les principes sur lesquels ces partenariats devraient être basés sont l'appropriation nationale, l'optimisation des résultats et de l'efficacité, la transparence, le partage des responsabilités, la responsabilité mutuelle, l'intégration et la pérennité. Les partenariats peuvent concerner le niveau mondial, régional ou national.

7. Les partenariats peuvent adopter différentes modalités d'organisation, depuis des mécanismes de coordination fonctionnelle à des coalitions effectives de multiples parties prenantes et à de nouvelles entités structurelles ayant leur gouvernance personnelle et leurs membres. Un partenariat ne nécessite pas nécessairement la mise en place d'une structure distincte, et des alliances collaboratives informelles ont montré qu'elles pouvaient être utiles en de nombreux cas. Toutefois, dans certaines situations, un arrangement plus structuré est nécessaire pour améliorer la coordination. Il est très important de créer une plateforme efficace pour encourager la collaboration des partenaires concernés. Les plateformes pour la concertation sont parfois extrêmement utiles; dans d'autres cas, il arrive que la collaboration nécessite une planification ou des opérations conjointes.

8. La mise en place de partenariats pertinents et significatifs devrait avoir pour objectif de fournir un appui aux efforts faits par les États Membres aux fins indiquées ci-après :

- Atteindre de meilleurs résultats dans le domaine de la santé;
- Mettre au point des systèmes de santé viables et globaux qui favorisent l'équité, encouragent l'innovation en vue de satisfaire les besoins sanitaires actuels et futurs et assurent la promotion de la santé tout au long de la vie;
- Accélérer la transition vers la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès à des soins de santé préventifs et curatifs de qualité, aux médicaments, la promotion de soins de santé primaire, en évitant les difficultés financières, tout spécialement concernant les pauvres et les personnes vulnérables et marginalisées;
- Adopter une approche intégrant la santé dans toutes les politiques, agissant sur ses déterminants économiques et sociaux, ainsi qu'environnementaux dans un ultime effort pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et préparant le terrain en vue du programme de développement pour l'après-2015;
- Appuyer la recherche-développement concernant les produits pharmaceutiques, les diagnostiques, les vaccins, les services et les appareils médicaux, ainsi que d'autres technologies et innovations dans le domaine de la santé;
- Promouvoir le renforcement des mécanismes de réglementation nationale portant sur les produits pharmaceutiques et produits de santé, le contrôle de la

qualité et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que la production nationale et régionale;

- Encourager la coopération Nord-Sud et Sud-Sud et la coopération triangulaire, y compris le transfert de technologies;
- Se préparer aux situations d'urgence et aux catastrophes et y faire face et réduire leurs effets sur la santé publique.

9. Les partenariats multipartites ont apporté d'importantes contributions à l'action en faveur de la santé mondiale en mettant en œuvre les priorités en matière de santé mondiale, en maximisant les activités d'information et de plaidoyer et en éclairant l'élaboration de politiques. Il est possible de mieux réaliser les objectifs de santé publique en agissant en partenariat qu'en agissant indépendamment. Les partenariats ont particulièrement réussi à appeler l'attention sur certaines questions de santé publique inscrites dans les politiques au moyen de leurs activités de communication. Les partenariats ont renforcé les activités de plaidoyer en profitant de la contribution d'une large gamme de parties prenantes et en appelant l'attention sur les questions précises qui occupent une place centrale dans le mandat du partenariat. Ils ont également fourni de vastes plateformes qui facilitent la participation et l'engagement de diverses parties prenantes, y compris les gouvernements, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales, la société civile et le secteur privé. De plus, ils ont permis d'obtenir des engagements de financement à l'égard des initiatives de santé publique et ont galvanisé des formes indirectes d'appui en faveur des programmes de l'OMS. Les partenariats axés principalement sur le financement et l'achat de médicaments et les diagnostics ont été très efficaces pour accroître l'accès à ces produits dans les collectivités qui en ont besoin. Les partenariats en matière de santé basés sur des initiatives public-privé ont eu un effet de catalyseur pour l'innovation en matière de produits et ont promu la responsabilisation en matière de ressources et de résultats. Ils ont également joué un rôle essentiel dans la gestion et l'échange d'informations dans le domaine de la santé. Ainsi, ils ont créé des possibilités qui ont contribué à la réussite de nombreuses initiatives mentionnées dans le douzième programme général de travail de l'OMS ainsi que dans les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies.

10. L'OMS assume la responsabilité, définie dans sa Constitution, d'« agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ». L'OMS gère un réseau de plus de 800 centres de collaboration, participe à de nombreux partenariats multipartites et multisectoriels pour la santé, elle héberge elle-même sept partenariats et a des relations officielles avec près de 200 organisations non gouvernementales (ONG) et des relations de travail avec un nombre bien plus élevé. Dans le cadre de la réforme de l'OMS, il a été reconnu combien il importe de renforcer les partenariats et d'étendre l'engagement de multiples parties prenantes, et les discussions entre les États membres sur les principes et sur les règles pratiques relatifs à l'engagement avec ces nouveaux acteurs ont commencé.

11. La politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement, approuvée en 2010 par la soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé (voir résolution WHA63.10, annexe), souligne qu'il est primordial de veiller à ce que le mandat global du partenariat hébergé par l'OMS soit conforme au mandat et aux principes définis dans la

Constitution de l'Organisation. La politique précise également que les activités du partenariat devraient être en harmonie et en synergie avec les normes et critères techniques de l'OMS.

12. La politique susmentionnée relative aux partenariats a énuméré 10 critères pour évaluer la participation de l'OMS à des partenariats à l'avenir et guider sa relation avec les partenariats existants : a) il doit être démontré que le partenariat apporte une nette valeur ajoutée dans le domaine de la santé publique; b) le partenariat doit avoir un objectif bien défini qui concerne un domaine prioritaire pour l'OMS; c) le partenariat doit se conformer aux normes et critères techniques; d) les rôles des partenaires doivent être clairement définis; e) le partenariat doit garantir une participation adéquate et appropriée de toutes les parties intéressées; f) les rôles des partenaires doivent être clairement définis; g) le coût des transactions liées à un partenariat doit être évalué, de même que ses avantages et risques potentiels; h) la poursuite de l'objectif de santé publique doit prendre le pas sur les intérêts particuliers des participants; i) la structure du partenariat doit correspondre aux fonctions proposées; et j) le partenariat doit être doté d'un mécanisme d'évaluation et/ou d'autosurveillance indépendant et extérieur.

III. Relever les principaux défis sanitaires au moyen de partenariats

13. Le programme d'action sanitaire mondiale est modelé principalement par le douzième programme général de travail de l'OMS, qui a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé, en particulier les six priorités de leadership qui y sont énoncées et que tous les États membres de l'OMS ont approuvées, ainsi que par les objectifs, cibles et indicateurs relatifs à la santé qui sont discutés dans le cadre du pacte pour les objectifs du programme de développement durable pour l'après-2015.

A. Six priorités de leadership énoncées dans le douzième programme général de travail de l'OMS

14. Le douzième programme général de travail de l'OMS offre une perspective stratégique de haut niveau pour les activités de l'OMS. Il présente une analyse du contexte politique, économique et institutionnel en mutation dans lequel œuvre l'OMS, expose à grands traits l'incidence de ces changements sur la santé des populations et les systèmes de santé des pays et examine ce qu'implique cette analyse pour l'action de l'OMS et montre les liens entre l'évolution du contexte et les éléments de la réforme de l'OMS ayant trait aux programmes, à la gouvernance et à la gestion.

15. Le douzième programme général de travail fixe les priorités de leadership qui déterminent les domaines essentiels dans lesquels l'OMS cherche à exercer son influence sur l'action sanitaire à l'échelle mondiale. Ces priorités reflètent les grands éléments de la réforme de l'OMS en matière de programmation et d'établissement des priorités.

16. Au début de 2012, les États membres de l'OMS ont adopté les critères suivants pour définir les priorités pour la période couverte par le douzième programme général de travail :

- La situation sanitaire actuelle, notamment les tendances et les changements démographiques et épidémiologiques, les problèmes de santé urgents, émergents ou négligés, en tenant compte de la charge de morbidité aux niveaux mondial, régional et/ou des pays;
- Les besoins de chaque pays concernant l'appui de l'OMS, tels qu'ils sont exprimés dans la stratégie de coopération avec le pays, lorsqu'elle existe, et dans les plans nationaux pour la santé et le développement;
- Les instruments ayant fait l'objet d'un accord international et qui concernent la santé ou ont une incidence sur la santé, tels que les déclarations et accords, ainsi que les résolutions, décisions et autres documents adoptés par les organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional;
- L'existence d'interventions fondées sur des données probantes et économiques, et la possibilité de mettre à profit les connaissances, la science et la technologie pour améliorer la santé;
- L'avantage comparé de l'OMS, à savoir :
 - La capacité de mettre au point des bases factuelles pour faire face aux problèmes de santé actuels et émergents;
 - L'aptitude à contribuer au renforcement des capacités;
 - La capacité de répondre à des besoins qui évoluent, sur la base d'une appréciation continue des résultats;
 - La possibilité de travailler avec d'autres secteurs, organisations et partenaires afin d'exercer un impact important sur la santé.

17. Ces critères ont servi de point de départ pour définir les six priorités de leadership décrites ci-après. Elles se rattachent au rôle de l'Organisation en matière de gouvernance de l'action sanitaire et font ressortir les domaines dans lesquels on a le plus besoin de son action de sensibilisation et de son autorité technique pour la santé mondiale. Ce sont les domaines dans lesquels l'OMS cherchera à structurer le débat mondial, à obtenir l'engagement des pays et à fixer sa façon d'agir.

18. Les six priorités de leadership sont les suivantes :

- **Faire progresser la couverture sanitaire universelle** : Permettre aux pays de maintenir ou d'élargir l'accès aux services de santé essentiels et à la protection financière, et promouvoir la couverture sanitaire universelle en tant que concept unificateur de l'action sanitaire mondiale;
- **Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé** : S'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, accélérer la réalisation des OMD actuels liés à la santé d'ici à 2015 et au-delà. Dans cette priorité est inclus l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées;
- **Relever le défi des maladies non transmissibles**, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, et des handicaps;
- **Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005)** : Veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005);

- **Améliorer l'accès à des produits médicaux essentiels, de grande qualité et abordables** (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies de la santé);
- **Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé** en tant que moyen de réduire les inégalités en matière de santé au sein des pays et entre ceux-ci.

B. Objectifs et cibles sanitaires envisagés dans le cadre des discussions sur le programme de développement pour l'après-2015

19. Le Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale chargé d'élaborer les objectifs mondiaux de développement durable a proposé un objectif sanitaire intitulé « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ». Plusieurs sous-objectifs sont énumérés :

- D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes;
- D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans;
- D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles;
- D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être;
- Renforcer la prévention et le traitement de la consommation de substances toxiques, y compris l'abus de stupéfiants et la consommation nocive d'alcool;
- D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route;
- D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et l'intégration de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux;
- Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable;
- D'ici à 2030, réduire considérablement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et la contamination de l'air, de l'eau et du sol;
- Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac;

- Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès à des médicaments et vaccins essentiels à un coût abordable, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, adoptée à la Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) en 2001, dans laquelle les membres de l'OMC ont réaffirmé le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments;
- Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement;
- Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

20. Plusieurs autres objectifs proposés contiennent également des cibles ayant trait à la santé. Ce sont notamment :

- L'élimination de la violence contre les femmes et les enfants;
- L'accès de tous à la santé sexuelle et procréative et aux droits en matière de procréation;
- L'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable;
- L'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et l'élimination de la défécation en plein air;
- La coopération internationale renforcée en vue de faciliter l'accès aux recherches et technologies relatives à l'énergie propre, y compris les technologies liées à l'énergie renouvelable, à l'efficacité énergétique et à l'exploitation perfectionnée et moins polluante de combustibles fossiles, et des investissements dans l'infrastructure énergétique et les technologies d'exploitation de l'énergie propre;
- L'accès de tous à des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable, en améliorant la sécurité routière, notamment en développant les transports publics, une attention particulière étant accordée aux besoins des personnes en situation vulnérable, des femmes, des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées;
- L'accès de tous, en particulier des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, à des espaces verts et des espaces publics sûrs;
- Réduction considérable du nombre de personnes tuées et du nombre de personnes touchées par les catastrophes, et réduction de [x] pour cent du montant des pertes économiques dues à ces catastrophes exprimé en proportion du produit intérieur brut;

- Gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets tout au long de leur cycle de vie, conformément aux principes directeurs arrêtés à l'échelle internationale et réduction considérable de leur déversement dans l'air, l'eau et le sol, afin de minimiser leurs effets négatifs sur la santé et l'environnement;
- Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation, à la traite, à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants;
- Garantie à tous d'une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances;
- Systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des mesures plancher, et part importante des pauvres et des personnes vulnérables bénéficiant d'une protection sociale;
- Mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans arrêtés à l'échelle internationale, et répondre aux besoins en matière de nutrition des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées.

21. Ces objectifs et ces cibles spécifiques constitueront le cadre fondamental de priorités convenues collectivement dans le domaine de la santé qui feront partie du pacte universel relatif aux objectifs de développement durable pour l'après-2015. Les nouveaux impératifs du programme pour l'après-2015 passeront par une transition d'une approche centrée sur l'appui aux pays en développement à une approche ayant un caractère universel, dans laquelle l'action collective répond à l'ensemble des divers besoins de tous les États membres. Les partenariats joueront un rôle majeur en la matière s'ils sont alignés sur ces priorités convenues collectivement et organisés en conséquence.

IV. Meilleures pratiques touchant aux partenariats axés sur les six priorités de leadership du douzième programme général de travail de l'OMS et les objectifs et cibles relatifs à la santé du programme de développement pour l'après-2015

22. Certains exemples de meilleure pratique, que ce soit au moyen de partenariats, d'initiatives, de coalitions ou d'engagements politiques de haut niveau, sont énoncés ci-après :

a) Promotion de la couverture sanitaire universelle

23. **Partenariat international de la santé.** Le Partenariat s'emploie résolument à améliorer la santé des citoyens dans les pays en développement et obtient des résultats en mobilisant les gouvernements, les organismes de développement, la société civile et d'autres entités afin de soutenir une stratégie sanitaire nationale unique, dirigée par le pays. Les partenaires collaborent en vue de mettre en pratique les principes internationaux de coopération au service du développement dans le secteur de la santé. Le Partenariat est ouvert à tous les gouvernements, organismes

de développement et organisations de la société civile qui s'efforcent d'améliorer la santé et souhaitent souscrire aux engagements énoncés dans le Pacte mondial du Partenariat international de la santé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

24. Social Health Protection Network (Réseau de protection sociale de la santé). Une centaine de millions de personnes chaque année sont poussées dans la pauvreté au moment où elles payent de leur poche les soins de santé en cas de nécessité. Le Réseau cherche à résoudre ce problème mondial. Le Réseau s'efforce principalement de fournir un appui cohérent et renforcé à la création et à l'élargissement de systèmes durables de protection en matière de santé et de protection sociale afin d'assurer une couverture sanitaire universelle et une protection sociale de la santé, en faisant fond sur les valeurs d'universalité et d'équité. Les membres du Réseau sont notamment l'OMS, la Banque mondiale, l'Organisation internationale du travail, la Banque africaine de développement, la France, l'Allemagne, la United States Agency for International Development (USAID), la Suisse et l'Espagne.

25. Partenariat Union européenne-Luxembourg-OMS pour la couverture sanitaire universelle. Cet accord de collaboration entre l'Union européenne, le Luxembourg et l'OMS vise à renforcer les capacités des pays pour le développement, la négociation, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation de politiques, stratégies et plans de santé nationaux globaux et robustes en vue de promouvoir la couverture sanitaire universelle, des soins primaires axés sur les gens et la santé dans toutes les politiques. Le programme actuel, qui couvre la période 2012-2015, met l'accent sur le renforcement des processus au niveau des pays et, là où cela est nécessaire, l'efficacité de l'aide conformément aux principes du Partenariat international de la santé. En créant des synergies, l'objectif d'ensemble est d'améliorer les résultats obtenus dans le secteur de la santé dans les pays concernés, qui sont le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Guinée, le Liberia, le Mali, le Mozambique, le Niger, la République démocratique du Congo, la République de Moldova, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan du Sud, le Soudan, le Tchad, le Timor-Leste, le Togo, la Tunisie, le Viet Nam et le Yémen.

26. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, mesures et objectifs. En mai 2014, l'OMS et la Banque mondiale ont publié un projet de cadre pour suivre les progrès accomplis au niveau national et mondial sur la voie de la couverture sanitaire universelle en vue d'éclairer et de guider les discussions portant sur la couverture à la fois globale et équitable des services de santé essentiels ainsi que sur la protection financière. Suivre les progrès accomplis vers ces deux composantes de la couverture sanitaire universelle complétera les objectifs sanitaires visés et sera essentiel pour atteindre ceux-ci, qui peuvent être les décès évitables et la promotion de l'espérance de vie en bonne santé, ainsi que la réduction de la pauvreté et la protection des revenus des ménages.

27. Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale. Le Conseil est un mécanisme de coordination interorganisations composé des représentants d'organisations internationales et d'institutions bilatérales qui a pour objectif de renforcer la coordination mondiale et le plaidoyer en faveur des questions de protection sociale et de coordonner la coopération internationale dans des actions soutenues par la demande dans les pays.

28. **Alliance mondiale pour les personnels de santé.** L'Alliance est un partenariat hébergé par l'OMS créé en 2006 en tant que plateforme d'action commune pour faire face à la pénurie chronique de personnel de santé. La pénurie de médecins, infirmières et sages-femmes est à l'heure actuelle un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs internationaux dans le domaine de la santé, y compris la couverture sanitaires universelle. Le personnel de santé joue également un rôle essentiel pour se préparer et faire face aux menaces en matière de sécurité à l'échelle mondiale que posent les maladies émergentes et à tendance épidémique. L'Alliance est un partenariat de plus de 400 organisations, dont des gouvernements, des organisations de la société civile, des organismes internationaux, des institutions financières, des chercheurs, des enseignants et des associations professionnelles qui s'emploient à identifier la mise en œuvre de solutions efficaces et concrètes et à faire connaître celles-ci. L'Alliance engage ses partenaires relevant des multiples dimensions de ressources humaines pour la santé – que ce soit dans le secteur de la santé, de l'enseignement, de la finance ou du travail. Cette approche a fortement contribué à un éventail d'initiatives et de réalisations aux niveaux mondial, régional et national qui ont permis et continueront à permettre de mettre l'accent de façon multisectorielle sur les ressources humaines pour la santé dans le cadre de l'action sanitaire mondiale.

29. **Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.** L'Alliance est un partenariat hébergé par l'OMS créé en 1999 qui a pour but général de promouvoir la production et l'utilisation de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé afin d'améliorer la santé et les systèmes de santé des pays en développement. L'Alliance a un caractère interdisciplinaire, mêlant économie, sociologie, anthropologie, science politique, santé publique et épidémiologie pour dresser une image complète de la façon dont les systèmes de santé répondent et s'adaptent aux politiques sanitaires et dont les politiques sanitaires peuvent façonner les systèmes de santé et les déterminants plus larges de la santé et être façonnées par ces systèmes et déterminants. Ce partenariat contribue directement à la mise en place de systèmes de santé qui s'emploient à assurer l'accès universel à des services de santé de qualité et le passage à une couverture sanitaire universelle. L'Alliance compte plus de 360 partenaires dans le monde, y compris des membres appartenant notamment aux établissements de recherche, aux universités, aux gouvernements et collectivités locales, aux organismes multilatéraux et bilatéraux, aux organisations internationales, aux organisations non gouvernementales et aux fondations. Ces membres participent activement aux consultations et ateliers de l'Alliance, ce qui leur permet d'influencer les décisions programmatiques et stratégiques de l'Alliance.

b) Faire face aux défis tenaces liés aux objectifs du Millénaire pour le développement

30. **Équipe spéciale de haut niveau sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire.** L'Équipe spéciale a été créée par le Secrétaire général pour faire face à l'instabilité des prix alimentaires au niveau mondial au moyen d'une action coordonnée dans l'ensemble du système des Nations Unies. L'Équipe spéciale s'occupe à présent plus largement de la sécurité alimentaire mondiale et conduit des activités de plaidoyer et des interventions en vue d'appliquer l'Initiative du Secrétaire général « Défi faim zéro ». L'OMS, de concert avec l'UNICEF et le Programme alimentaire mondial (PAM), coordonne le groupe de travail sur

l'élimination complète du retard de croissance et collabore à l'élaboration de lignes d'action appropriées.

31. **Mouvement Renforcement de la nutrition.** Le mouvement Renforcement de la nutrition réunit des représentants de 54 pays en développement, des donateurs, des entités des Nations Unies, des organisations de la société civile et des entreprises, qui font partie de réseaux distincts, en vue de mettre en place des actions multisectorielles d'ensemble dans le domaine de la nutrition et des cadres de résultats connexes et d'accroître les investissements. Le Mouvement a mobilisé un engagement politique considérable et de nouvelles ressources financières et facilité une coordination multipartite.

32. **Semaine mondiale de l'allaitement maternel.** À l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, en août 2014, l'OMS a lancé un réseau en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et plusieurs organisations de la société civile en vue de renforcer le suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel¹. Il concerne particulièrement le renforcement des services de santé et la promotion de l'initiative Hôpitaux amis des bébés², ainsi que l'application de la Convention sur la protection de la maternité de l'OIT, 2000 (n° 183)³ et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

33. **La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant,** lancée en 2010 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, a retenu l'attention mondiale et donné lieu à des annonces de contribution d'environ 40 milliards de dollars. L'OMS a travaillé en relation étroite avec les gouvernements et ses partenaires pour fournir un appui à la stratégie et a hébergé la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant. L'OMS a également apporté un appui à d'autres grandes composantes techniques de cette entreprise, notamment les travaux de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. Les plans d'action mondiaux approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé, tels que le Plan d'action mondial pour les vaccins, ainsi que les plans régionaux ont également aidé à traduire l'engagement politique dans des stratégies techniques et feuilles de route spécifiques.

34. **Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.** Le Partenariat a été lancé en 2005 pour mobiliser les partenaires et les gouvernements en vue d'accélérer l'action mondiale visant à améliorer la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile. Le Partenariat s'unit aux communautés pour la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile pour constituer une alliance de plus de 600 membres représentant sept groupes : universités, établissements de recherche et de formation; donateurs et fondations; professionnels des soins de santé; organismes multilatéraux; organisations non gouvernementales; pays partenaires; secteur privé. Le Partenariat aide les pays à atteindre tout spécialement les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement et à accomplir des progrès sur la voie de la réalisation des autres objectifs en améliorant les relations entre partenaires et en maximisant leurs avantages comparatifs respectifs en vue de

¹ Voir www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/ (en anglais).

² Voir www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/ (en anglais).

³ Voir http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312328.

collecter des ressources en faveur de la santé de la procréation, des mères, des enfants, des nouveau-nés et des adolescents; de promouvoir des interventions à forte incidence fondées sur des données factuelles et le moyen de les mettre en œuvre; et assurer le suivi des engagements des partenaires et la mesure des progrès accomplis. Le Partenariat est dirigé par un conseil de 25 membres et administré par un secrétariat hébergé par l'OMS. Le Partenariat n'est pas une entité indépendante, mais un mécanisme de collaboration entre ses membres.

35. **Partenariat pour un monde sans paludisme.** Lancé en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale en vue d'assurer une action coordonnée contre le paludisme, le Partenariat se compose de plus de 500 partenaires, regroupant pays endémiques, donateurs et organisations de développement multilatérales, partenariats pour la mise au point de produits, organisations non gouvernementales, établissements de recherche et universités et secteur privé. Le principal objectif du secrétariat est de rassembler les partenaires mondiaux contre le paludisme et de faciliter la collaboration, la coordination des politiques et la communication entre les partenaires. Le Conseil d'administration du Partenariat rassemble les États membres et les représentants de chaque groupe composant le Partenariat. L'OMS joue un double rôle, fournissant des conseils techniques en matière de politique mondiale à tous les partenaires et ayant des représentants permanent au Conseil d'administration.

36. **Partenariat mondial Halte à la tuberculose.** Créé en 2000, le Partenariat constitue la principale plateforme pour faciliter, favoriser et coordonner l'action de plus de 1 000 partenaires, dont des pays où la tuberculose est endémique, des donateurs et des organisations de développement multilatérales, des partenariats pour la mise au point de produits, des organisations non gouvernementales, des établissements de recherche et universités et le secteur privé. Le Partenariat est administré par un Conseil de coordination, appuyé par deux comités permanents, le Comité exécutif et le Comité des finances. L'OMS joue un double rôle, fournissant des conseils techniques en matière de politique mondiale à tous les partenaires et ayant des représentants permanent au Conseil de coordination. En janvier 2015, le Partenariat devrait être hébergé par le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets.

37. **Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.** L'Initiative est conduite par les gouvernements, en partenariat avec les quatre principaux partenaires : l'OMS, Rotary International, les United States Centers for Disease Control and Prevention et l'UNICEF⁴. Au moyen de cette initiative, l'incidence mondiale de la polio a été réduite de plus de 99,9 %; plus de 10 milliard de doses de vaccin oral antipoliomyélique ont été administrées à plus de 2,5 milliards d'enfants dans le monde entier. La taille et la portée du programme ont nécessité une collaboration et une coopération entre les pays et entre les institutions et entre les secteurs public et privé. Les effets de l'Initiative vont au-delà de la poliomyélite et d'autres priorités sanitaires en ont bénéficié. L'infrastructure de l'Initiative peut

⁴ Les autres partenaires sont la Fondation Bill et Melinda Gates, des fondations privées, des banques de développement, des gouvernements donateurs, la Commission européenne, des organismes humanitaires et organisations non gouvernementales, des entreprises partenaires et des volontaires de pays en développement.

offrir une solide plateforme pour combattre d'autres maladies à prévention vaccinale et apporter un appui aux systèmes de santé nationaux.

38. **L'Alliance GAVI.** L'Alliance GAVI, autrefois l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, est un partenariat privé-public créé en 2002 en vue de lutter contre les inégalités mondiales en matière d'accès aux vaccins vitaux et de couverture des vaccins disponibles. Sa mission, qui est de sauver la vie d'enfants et de protéger la santé des populations en accroissant l'accès à la vaccination dans les pays pauvres, est accomplie en réalisant quatre objectifs stratégiques : a) appuyer les processus décisionnels des pays relatifs à l'utilisation de vaccins sous-utilisés et nouveaux; b) contribuer à renforcer la capacité des systèmes de santé; c) assurer un financement durable; et d) modifier les marchés des vaccins pour le bénéfice des pays en développement. En 2013, l'Alliance GAVI, avec l'appui de ses membres, comprenant les pays donateurs, les pays bénéficiaires, la société civile, les institutions techniques, les membres non affiliés et les organismes des Nations Unies, avait contribué à prévenir plus de 5 millions de décès dus à des maladies à prévention vaccinale.

39. **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.** Créé en 2002, le Fonds mondial mobilise, gère et décaisse des ressources nouvelles importantes par l'intermédiaire d'un partenariat public-privé visant à contribuer à la réduction de la prévalence de l'infection, des maladies et des décès causés par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays dans le besoin, contribuant ce faisant à réduire la pauvreté dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La stratégie 2012-2016 du Fonds mondial intitulée « investir pour maximiser l'impact » fixe des objectifs en vue de sauver 10 millions de vies et d'éviter 140 à 189 millions de nouvelles infections durant la période de 2012 à 2016 en fournissant des fonds pour des interventions clefs épargnant des vies, dont la thérapie antirétrovirale pour lutter contre le VIH, un traitement de la tuberculose et des moustiquaires imprégnées durablement d'insecticides pour prévenir le paludisme. Pour mieux satisfaire les besoins du pays, le Fonds mondial a adopté des politiques, des stratégies visant à renforcer l'appui aux priorités, systèmes de santé et plans nationaux en vue d'accroître les effets sur les trois maladies, encourageant l'égalité des sexes, l'attention aux minorités et aux autres populations vulnérables telles que les groupes ethniques, les migrants et les populations migrantes. En 2012, le Fonds a changé son modèle de financement, passant d'un financement fondé sur les projets à un modèle plus rationalisé mieux aligné sur les plans stratégiques nationaux. Le Conseil d'administration international du Fonds mondial comprend des gouvernements donateurs et bénéficiaires, des organisations non gouvernementales, le secteur privé, des collectivités touchées et des organismes des Nations Unies.

c) Relever les défis que posent les maladies non transmissibles

40. En septembre 2011, les chefs d'État et de gouvernement ont adopté la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2 de l'Assemblée générale, annexe) et se sont engagés à promouvoir, établir ou soutenir et renforcer des politiques et des plans nationaux multisectoriels de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles (ibid., par. 45). La Déclaration, si elle ne constitue pas en soi un partenariat, a induit un large éventail d'activités menées par les organismes des Nations Unies et le reste de la communauté internationale qui ont

contribué à prendre un certain nombre de mesures d'envergure mondiale accélérant les efforts déployés au niveau national. Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020 a mis en place un cadre mondial basé sur neuf cibles concrètes à l'échelle mondiale à atteindre d'ici à 2025. Le Plan a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013 (résolution WHA66.10) et comprend un ensemble de mesures qui, mises en œuvre collectivement par les États membres, les partenaires internationaux et l'OMS, contribuera à atteindre une cible mondiale consistant dans une réduction de 25 % de la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles d'ici à 2025 et à réaliser les engagements pris par les chefs d'État et de gouvernement en septembre 2011.

41. L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, que le Secrétaire général a créée en juin 2013 (voir résolution 2013/12 du Conseil économique et social) et placée sous la direction de l'OMS, coordonne les activités des organismes des Nations Unies et autres organismes intergouvernementaux compétents en vue d'appuyer la réalisation des engagements pris en 2011 par les chefs d'État et de gouvernement dans la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en particulier au moyen de l'application du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020. Le mandat de l'Équipe spéciale a été adopté par le Conseil économique et social en juin 2014 (voir résolution 2014/10).

42. Le mandat du mécanisme mondial de coordination de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles mis en place par l'OMS a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014⁵. La portée et l'objectif du mécanisme est de faciliter et d'améliorer la coordination des activités, l'engagement et les activités multipartites dans les différents secteurs en vue de contribuer à l'application du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020. Le mécanisme est dirigé par les États membres. Les autres participants sont des organismes des Nations Unies et d'autres organismes intergouvernementaux, ainsi que des acteurs non étatiques⁶.

43. Un certain nombre de partenariats et initiatives prêtent un appui à la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et à la lutte antitabac de manière générale. En partenariat avec la Fondation Bill et Melinda Gates, les Bloomberg Philanthropies⁷, les United States Centres for Disease Control⁸, la John Hopkins Bloomberg School of Public Health⁹ et deux organisations non gouvernementales, L'Union¹⁰ et Campaign for Tobacco Free Kids¹¹, l'OMS aide les pays à mettre en œuvre les mesures clefs de réduction de la demande de tabac¹². Bloomberg Philanthropies a consacré plus de 600 millions de dollars depuis 2007 à la lutte contre la consommation de tabac dans le monde entier et à l'appui aux pays en développement en la matière. En 2011, l'OMS a créé le Centre de lutte antitabac en

⁵ Voir document A/67/14 Add.1.

⁶ Conformément au paragraphe 5 du document A/67/14/Add.1.

⁷ Voir www.bloomberg.org.

⁸ www.cdc.gov.

⁹ Voir www.jhsph.edu.

¹⁰ Voir <http://www.theunion.org/francais>.

¹¹ Voir www.tobaccofreekids.org.

¹² Voir <http://www.who.int/fctc/fr/>.

Afrique, en Ouganda, en vue de fournir une assistance technique concernant les politiques, programmes et législations de lutte contre le tabac aux six pays en développement voisins.

44. Le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière, dirigé par l'OMS et les commissions régionales des Nations Unies, est un mécanisme consultatif informel qui a pour objet de faciliter la coopération internationale et de renforcer la coordination mondiale et régionale entre les organismes des Nations Unies et les autres partenaires internationaux en vue d'appliquer les résolutions de l'Assemblée générale sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale et recommandations du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*¹³, aidant à ce titre les pays du programme à atteindre les objectifs de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. Au titre de la collaboration, des réunions semestrielles se tiennent en vue de coordonner les activités relatives à la sécurité routière menées par les 81 organisations partenaires, qui comptent des organismes des Nations Unies, des États membres, des organisations non gouvernementales, des fondations et des établissements universitaires, et le secteur privé.

45. La Campagne mondiale pour la prévention de la violence vise à mettre en œuvre les recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*¹⁴ en sensibilisant le grand public au problème de la violence, en mettant l'accent sur le rôle crucial que peut jouer la santé publique en s'attaquant à ses causes et conséquences, et en encourageant la prévention. Elle s'efforce aussi de parvenir à une coordination de l'action au niveau international. Pour soutenir ces objectifs, la Campagne offre une plateforme permettant la diffusion et l'échange des connaissances scientifiques sur la prévention de la violence, et le partage des politiques, des plans et des expériences en matière de prévention de la violence. Un des mécanismes clefs sur lesquels la campagne s'appuie pour atteindre ses objectifs est l'Alliance pour la prévention de la violence. L'Alliance est un réseau d'États membres, d'organismes internationaux et d'organisations de la société civile qui œuvrent en vue de prévenir la violence. Les membres de l'Alliance ont en commun une approche de la santé publique fondée sur des données factuelles qui cible les facteurs de risque qui conduisent à la violence et encourage la coopération multisectorielle. Les participants s'emploient à appliquer les recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*.

d) Améliorer les interventions sanitaires d'urgence et appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international

46. **Groupe sectoriel mondial pour la santé.** Dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire et sous l'égide du Comité permanent interorganisations, l'OMS a collaboré avec plus de 30 partenaires depuis 2006 en vue d'étendre et de renforcer la capacité mondiale en matière d'action humanitaire efficace. Les mesures prises visent à accroître le nombre de partenaires, à œuvrer en vue d'accroître le nombre des acteurs sanitaires dans les situations de crise humanitaire, à élaborer des mécanismes d'envoi de renforts, à effectuer des analyses et planifications conjointes en vue de combler les lacunes en matière de couverture des services de santé dans

¹³ OMS, *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, Genève, 2004.

¹⁴ OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002.

les situations d'urgence, à mettre au point et appliquer des outils et directives communs et à renforcer les mécanismes des différents partenaires ayant pour objet de fournir un appui technique aux programmes de pays. Les principaux partenaires sont International Medical Corps, Save the Children UK, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, World Vision, l'UNICEF, l'Organisation internationale pour les migrations, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne, le Ministère du développement international du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et USAID. Le Groupe sectoriel est administré par un groupe restreint composé d'un nombre limité de partenaires qui siègent par roulement. Le groupe restreint se réunit trimestriellement, tandis que le Groupe sectoriel se réunit en plénière deux fois par an.

47. **Modules sectoriel Santé des pays.** Lorsque les capacités nationales ne suffisent pas en cas de situation d'urgence d'origine naturelle ou anthropique, les partenaires internationaux se réunissent en vue d'aider à coordonner les interventions d'urgence dans le secteur de la santé et de fournir en temps voulu des services de santé de façon prévisible et efficace à l'appui des États membres. Les principaux partenaires internationaux diffèrent selon la situation du pays mais ils comprennent toujours le ministère de la santé, la société civile locale et des organisations non gouvernementales nationales ainsi que des organisations non gouvernementales internationales. Le module fonctionne selon les principes du consensus et de la collaboration; il est convoqué par l'entité chef de file, qui dans la plupart des cas est l'OMS; la coordination du module au niveau sous-national est parfois assurée par des organismes partenaires. Les modules Santé font partie d'un ensemble plus vaste de modules sectoriels dont l'orientation est assurée dans le pays par le Coordonnateur de l'action humanitaire et l'équipe de pays d'action humanitaire.

48. **Initiative Équipes médicales étrangères.** L'OMS travaille de concert avec ses partenaires en vue de fixer et de faire respecter des normes minimales prévisibles pour la qualité des soins de santé dispensés lors d'une intervention d'urgence et d'élaborer des mesures visant à faire en sorte que les États membres soient prêts à recevoir les équipes médicales étrangères et à les incorporer dans l'intervention d'urgence nationale. Les principaux partenaires sont la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), International Medical Corps, le Comité international de secours, Save the Children, différentes institutions universitaires, l'Australie, l'Espagne, les États-Unis, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suisse. L'Initiative est administrée par un groupe consultatif sous l'égide de l'OMS.

49. **Attaques contre l'Initiative relative aux soins de santé.** Le CICR, l'Association médicale mondiale, le Conseil international des infirmières et l'OMS collaborent pour sensibiliser à l'ampleur et à la nature des attaques contre la fourniture des soins de santé, réaffirmer le principe du caractère sacré des soins de santé et du droit à la santé, demander que des mesures soient prises par les États membres en vue de prévenir les attaques, suivre la continuité des services, mettre en place d'autres moyens de fournir des soins de santé dans de telles situations, promouvoir le respect des soins de santé, réaffirmer l'engagement pris de documenter le problème, proposer des solutions et prôner la protection des agents de santé et des installations sanitaires. L'initiative est codirigée par le CICR et l'OMS,

qui convoquent conjointement des réunions et collaborent sur les questions connexes. Dans le cadre de cette initiative, l'OMS a été chargée, en application de la résolution 65.20 de l'Assemblée mondiale de la Santé, d'élaborer une méthodologie aux fins de la collecte de données pertinentes; une équipe spéciale interorganisations conduite par l'OMS a été créée en vue d'arrêter définitivement cette méthodologie.

50. Accords prévisionnels concernant la fourniture d'une assistance technique aux États membre dans les situations d'urgence. Des accords prévisionnels pour le déploiement par des ONG de spécialistes des situations d'urgence dans le cadre des interventions d'urgence de l'OMS ont débouché sur 26 déploiements dans des situations d'urgence depuis le début de ces partenariats à la mi-2013. L'OMS a conclu de tels accords avec Information Management and Mine Action Programme (IMMAP), Red-R Australia, le Conseil norvégien pour les réfugiés et la Réserve civile du Canada (CANADEM), et mène des négociations avec d'autres entités. Le Ministère du développement international est un des principaux partenaires de financement des accords prévisionnels. Ces partenariats de l'OMS font partie d'un partenariat élargi dénommé Programme de partenariats pour le déploiement de personnel d'appoint, composé de 24 partenaires qui sont des entités des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, dont de grands organismes et institutions spécialisées tels que l'UNICEF, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le HCR et le PAM. Le secrétariat du Programme de partenariats est administré par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires. Le Programme de partenariats se réunit deux fois par an.

51. Plateforme thématique pour la santé de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes. Ce partenariat réunit des acteurs appartenant à des institutions gouvernementales, privés, non-gouvernementales, des organisations de la société civile, des établissements universitaires et de recherche et des organisations locales dont les activités contribuent à améliorer les résultats obtenus en matière de santé pour les populations qui risquent d'être victimes d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe. Son rôle est de faire campagne, de partager des informations et de mobiliser aux fins de la gestion des risques de situation d'urgence et de catastrophe dans le domaine de la santé et de mettre en œuvre le Cadre d'action de Hyogo dans les secteurs de la santé, entre autres. Les principaux partenaires sont le Secrétariat de l'ONU pour la Stratégie internationale de prévention des catastrophes, l'UNICEF, Public Health England, CBM et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. L'OMS convoque la plateforme thématique, dont les décisions sont prises par consensus; les membres de la plateforme se réunissent parallèlement aux réunions du Dispositif mondial pour la réduction des risques de catastrophe.

e) Accroître l'accès à des produits médicaux à un prix abordable

52. Créée en 2006, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) est une initiative de financement innovante qui vise à accroître l'accès aux médicaments dans les pays en développement en stimulant la disponibilité, à des prix abordables, de médicaments, tests diagnostiques et produits connexes pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. L'originalité d'UNITAID tient à son modèle de financement qui est unique, basé sur une taxe prélevée sur les billets d'avion et les contributions sur le long terme de gouvernements en vue d'assurer un financement stable, fiable et conséquent. Le Conseil d'administration est composé

de représentants des États membres, des réseaux de la société civile et de fondations. L'OMS est un des partenaires de réalisation d'UNITAID, avec l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Population Services International, l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, le Partenariat Halte à la tuberculose et plusieurs autres organisations.

53. Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux. Le Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux est une stratégie et collaboration globales de l'OMS visant à réduire la pénurie mondiale actuelle de vaccins pour les épidémies saisonnières et les pandémies de grippe dans tous les pays du monde au moyen de trois approches principales : a) accroître l'utilisation des vaccins contre la grippe saisonnière; b) augmenter les capacités de production des vaccins antigrippaux; et c) mener des activités de recherche-développement. S'agissant de l'augmentation de la capacité de production des vaccins antigrippaux, des dons ont été octroyés à 14 partenaires de pays en développement aux fins de la mise en place d'une capacité de production de vaccins antigrippaux dans le pays : l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Égypte, l'Inde, l'Indonésie, l'Iran (République islamique d'), le Kazakhstan, le Mexique, la République de Corée, la Roumanie, la Serbie, la Thaïlande et le Viet Nam. La capacité de production de vaccins contre la grippe saisonnière est passée de moins de 500 millions de doses par an en 2006 à près d'un milliard de doses par an à la fin de 2010. L'objectif global du Plan d'action mondial est de disposer d'ici à 2015 d'une capacité globale de production de vaccins antigrippaux suffisante pour vacciner 2 milliards de personnes et d'assurer la disponibilité des vaccins sur le marché six mois après la fourniture d'une souche vaccinale prototype aux fabricants de vaccins.

54. Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Cette initiative vise à promouvoir de nouveaux modes de pensée concernant l'innovation et l'accès aux médicaments et à offrir un cadre à moyen terme pour faire en sorte que la recherche-développement dans le domaine de la santé soit fondée sur les besoins, renforcée et viable et utile pour les maladies qui affectent les pays en développement de façon disproportionnée, en proposant des objectifs et des priorités clairs pour la recherche-développement, en évaluant les besoins de financement dans ce domaine et en facilitant l'accès à des produits médicaux à un prix abordable. La stratégie et le plan d'action encouragent une recherche qui suit les besoins au lieu d'obéir uniquement aux lois du marché et couvrent l'utilisation et la diffusion des connaissances découlant de la recherche-développement, ainsi que la mobilisation de fonds pour la recherche-développement dans le domaine de la santé. Les partenaires et les parties prenantes sont les États membres de l'OMS, des organisations non gouvernementales, l'industrie pharmaceutique, le monde universitaire, des organisations de la société civile, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), l'Organisation mondiale du commerce, la CNUCED, l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) et l'OMS.

55. La coopération trilatérale de l'OMS, l'OMPI et l'OMC sur la santé publique, la propriété intellectuelle et le commerce. L'OMS, l'OMPI et l'OMC renforcent leur coopération, leur partenariat et la coordination concrète sur les questions de santé publique, de propriété intellectuelle et de commerce. Les trois organisations se réunissent périodiquement, échangent des informations sur leurs programmes de travail respectifs et débattent et planifient des activités communes en tenant compte des possibilités qui sont les leurs en fonction de leurs mandats et

budgets respectifs. La coopération trilatérale vise à contribuer à renforcer la base d'informations empiriques et factuelles dont disposent les décideurs et à les aider à agir dans le domaine de la santé publique eu égard à la propriété intellectuelle et au commerce.

f) Agir concernant les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé

56. **Plateforme des Nations Unies sur les déterminants sociaux de la santé.** À la suite de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, tenue à Rio de Janeiro (Brésil) du 19 au 21 octobre 2011, l'OIT, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le PNUD, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'UNICEF et l'OMS sont convenus d'agir ensemble sur les déterminants sociaux de la santé en vue de réduire les inégalités en matière de santé et de promouvoir le développement, en aidant les pays à appliquer la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Le secrétariat de l'OMS a coordonné une réunion en mars 2012 en vue d'élaborer un plan biennal axé sur les produits avec l'OIT, l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP et ONUSIDA. La plateforme s'emploie également à coordonner les missions de pays des Nations Unies en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé afin d'améliorer l'équité en matière de santé.

V. Protection des agents de santé

57. Les agents de santé dans le monde entier encourent un risque élevé de subir des violences, le pourcentage de ceux qui subissent des violences physiques durant leur carrière s'établissant entre 8 et 38 %. Ils sont bien plus nombreux encore à être exposés à des menaces ou des agressions verbales. La plupart des actes de violence sont commis par des patients et des visiteurs. Les catégories d'agents de santé les plus exposés sont les infirmières et les autres agents qui prennent part directement aux soins dispensés aux patients, le personnel des salles d'urgence et les ambulanciers.

58. La violence à l'encontre des agents de santé est inacceptable. Elle porte atteinte non seulement au bien-être psychologique et physique du personnel de santé, mais aussi à leur motivation professionnelle. En conséquence, cette violence compromet la qualité des soins de santé et met en danger la fourniture des soins de santé. Elle engendre également des pertes financières considérables dans le secteur de la santé.

59. Alors que l'ampleur, la complexité et la fréquence des situations d'urgence majeures vont en augmentant dans le monde entier, les agents de santé continuent d'être ciblés dans le cadre de conflits et d'autres crises humanitaires. La poursuite de la tendance relative aux attaques contre des agents de santé, des hôpitaux, des dispensaires et des ambulances, notamment en République centrafricaine, en Iraq, au Soudan du Sud, en République arabe syrienne et à Gaza constitue une violation du droit fondamental à la santé.

60. Les menaces et le harcèlement dont sont victimes les agents de santé dans les pays d'Afrique de l'Ouest sont également un élément inquiétant de l'épidémie de maladie à virus Ebola. Ces professionnels prennent personnellement des risques

pour fournir des soins médicaux critiques, mais ils ont été menacés, rejetés et stigmatisés.

61. Les attaques contre des agents et des établissements de santé sont fortement préjudiciables à l'accès aux soins de santé, privant des patients de traitements et interrompant des mesures visant à prévenir et maîtriser les maladies contagieuses. Les docteurs, les infirmières et les autres agents de santé doivent pouvoir effectuer leur travail humanitaire salvateur à l'abri des menaces de violence et de l'insécurité.

62. Les effets préjudiciables des attaques sur les soins de santé ont été bien documentés dans des conflits tels que ceux que connaissent le Soudan du Sud, la République arabe syrienne et Gaza, mais les agents de santé sont également empêchés de s'acquitter de leurs tâches essentielles en dehors de zones de guerre. Ainsi, au Nigéria et au Pakistan, des vaccinateurs contre la polio, de sexe féminin pour la plupart, ont été expressément ciblés.

63. Les interventions visant à prévenir la violence contre les agents de santé en dehors des situations d'urgence sont axées sur les stratégies visant à mieux gérer les patients violents et les visiteurs à haut risque. En cas de catastrophe et de conflit, lorsque les agents de santé risquent de devenir la cible de violence collective ou politique, les interventions visent essentiellement à garantir la sécurité physique des installations sanitaires. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces programmes, en particulier dans les zones qui manquent de ressources.

64. L'OMS, le BIT, le Conseil international des infirmières et l'Internationale des Services publics ont élaboré conjointement les *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*¹⁵ en vue d'appuyer l'élaboration de politiques de prévention de la violence en dehors des situations d'urgence, ainsi que d'un questionnaire et d'un protocole d'étude en vue d'étudier l'ampleur et les conséquences de la violence dans ces contextes. Pour les situations d'urgence, l'OMS a par ailleurs élaboré des méthodes visant à recueillir systématiquement des données sur les attaques contre les installations de santé, les agents de santé et les patients.

65. Cependant, comme le montre clairement l'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola, la protection des agents de santé nécessite la mise en œuvre d'une approche systématique en matière de gestion clinique d'ensemble des maladies infectieuses, en particulier des maladies virales potentiellement mortelles, l'achat des dispositifs médicaux appropriés, dont du matériel de protection personnel et le renforcement des capacités du personnel de santé en matière d'application des protocoles appropriés et d'utilisation des pratiques actualisées, notamment au moyen de formations et de transferts de compétences. Les programmes de prévention et de maîtrise de l'infection sont essentiels pour prévenir ce qu'il est convenu d'appeler les infections associées aux soins de santé, qui peuvent toucher les patients, les agents de santé et les visiteurs.

¹⁵ Bureau international du Travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la Santé, Internationale des Services publics, *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*, Genève, Bureau international du Travail, 2002.

66. Protéger ceux qui soignent les personnes malades et vulnérables dans les situations les plus difficiles du monde est une des premières responsabilités de la communauté internationale.

VI. Recommandations

67. **Des partenariats multipartites bien coordonnés peuvent jouer un rôle fondamental en prêtant un appui aux fins de la réalisation des objectifs prioritaires de santé publique adoptés collectivement qui contribue à de meilleurs résultats en matière de santé. Ils devraient constituer des plateformes en vue de progresser dans la réalisation des programmes sanitaires au niveau mondial, régional et des pays, ajouter de la valeur et avoir un but et une portée clairement définis. Les futures interventions des partenariats dans le domaine de la santé devraient être en harmonie avec les grands axes stratégiques de l'action sanitaire mondiale et identifier des moyens efficaces de contribuer sur ces plans.**

68. **Les interventions futures des partenariats multipartites devraient porter sur les domaines critiques suivants ayant trait aux priorités de direction susmentionnées :**

a) **Améliorer la couverture sanitaire universelle :**

- **Appuyer l'élaboration de plans sanitaires nationaux et l'établissement des meilleures pratiques législatives;**
- **Appuyer la conception et la mise en œuvre de modèles nationaux de financement dans le domaine sanitaire qui améliorent la protection financière des plus vulnérables;**
- **Appuyer la conception et la mise en œuvre de modèles de fourniture de services de santé pour les systèmes de santé nationaux en vue d'accroître la couverture et d'améliorer la portée et la qualité des services;**

b) **Relever les défis qui perdurent concernant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé :**

- **Appuyer les interventions nationales visant à améliorer l'accès aux interventions clefs pour les personnes vivant avec le VIH;**
- **Appuyer les actions nationales visant à accroître le nombre des patients atteints de tuberculose ayant été traités avec succès;**
- **Appuyer les actions nationales visant à accroître l'accès au traitement antipaludéen de première ligne comme traitement des cas de paludisme confirmés;**
- **Appuyer les actions nationales visant à accroître la couverture vaccinale pour les populations et collectivités difficiles à atteindre;**
- **Aider les pays qui s'efforcent d'accroître l'accès aux interventions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents;**

c) **Relever les défis que posent les maladies non transmissibles :**

- **Aider les pays qui s'efforcent d'accroître l'accès aux interventions visant à prévenir et à gérer les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque;**
- **Aider les pays qui s'efforcent d'accroître l'accès aux services de santé mentale et aux services pour les troubles liés à l'usage de substances;**
- **Appuyer les actions nationales visant à réduire les facteurs de risque concernant la violence et les blessures, et les facteurs de risque nutritionnels;**
- **Aider les pays qui s'efforcent d'accroître l'accès aux services des personnes handicapées;**

d) **Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international :**

- **Aider les pays à se doter des capacités essentielles minimales requises par le Règlement sanitaire international 2005 pour tous les risques, alertes et actions;**
- **Accroître la capacité des pays de renforcer la résilience et de procéder à une planification préalable suffisante pour être en mesure de mettre en place une réponse rapide, prévisible et efficace aux grandes épidémies et aux pandémies;**
- **Accroître les capacités des pays de gérer les risques de santé publique associés aux situations d'urgence;**

e) **Accroître l'accès à des produits médicaux à des prix abordables :**

- **Aider les pays dans leur action visant à améliorer l'accès à l'utilisation rationnelle de médicaments et de technologies de la santé de qualité, sûrs et efficaces;**
- **Renforcer les autorités nationales chargées des réglementations sanitaires;**

f) **Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé :**

- **Appuyer les activités nationales visant à améliorer la coordination intersectorielle des politiques en vue d'agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé;**
- **Aider les pays à identifier et atténuer les risques sanitaires liés à l'environnement.**

69. Malgré les progrès accomplis au plan des pratiques efficaces de coopération en matière de développement, les pays bénéficiaires rencontrent encore des problèmes de chevauchement, de fragmentation et de coûts de transaction élevés lorsqu'il traitent avec les innombrables partenariats dans le domaine de la santé qui ont vu le jour durant les deux dernières décennies. Il convient de redoubler d'efforts en vue d'harmoniser les interventions des partenariats et des partenaires avec les politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux et d'identifier plus clairement les avantages comparatifs des partenariats nouvellement créés.

70. Les partenariats efficaces en faveur de la santé doivent assurer l'appropriation des processus par les pays. Ils devraient examiner les besoins des pays et y répondre, gardant à l'esprit qu'une approche unique ne saurait être adaptée à toutes les situations. La coordination de ces courants concernant le programme d'action sanitaire mondiale pose des problèmes de coordination considérables pour la gouvernance sanitaire mondiale.
