



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC67/8

Soixante-septième session
Manille (Philippines)
10-14 octobre 2016

23 août 2016

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 13 de l'ordre du jour provisoire

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les objectifs de développement durable (ODD) portent sur une série de problèmes interdépendants et concrétisent l'engagement de ne laisser personne de côté. L'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) est exclusivement consacré à la santé. D'autres objectifs abordent également les questions fondamentales liées à la santé, telles que la nutrition (ODD 2), la violence à l'égard des femmes (ODD 5), l'eau et l'assainissement (ODD 6) et l'enregistrement des naissances (ODD 16). Tous les objectifs de développement durable influent sur la santé et sont influencés par elle. La couverture sanitaire universelle (CSU) est une cible particulière de l'ODD 3 et constitue une plateforme qui lie la santé au développement. Les ODD offrent un nouveau rôle au secteur de la santé dans l'action menée pour ne laisser personne de côté au moyen d'approches faisant appel à l'ensemble des pouvoirs publics et de la société.

De vastes consultations avec les États Membres ont été tenues afin de mieux comprendre les activités qu'ils mènent, en rapport avec les ODD liés à la santé, et de déterminer la marche à suivre. S'appuyant sur ces consultations, le Bureau régional a élaboré le projet de *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental*, en vue d'orienter les États Membres sur la voie de la réalisation des ODD, pour ce qui concerne les priorités au niveau des politiques et des programmes, les options de mise en œuvre, le suivi des progrès et les capacités du secteur de la santé.

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié d'examiner pour adoption le projet de *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental*.

1. SITUATION ACTUELLE

Au Sommet de 2015 sur le développement durable, les États Membres ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ils se sont engagés collectivement à mettre fin à toutes formes de pauvreté, à lutter contre les inégalités et à faire face au changement climatique, assurant à « tous les êtres humains la possibilité de réaliser leur potentiel dans la dignité et l'égalité, et dans un environnement sain. » Les États Membres sont résolus à prendre des mesures « audacieuses et porteuses de transformation » sur la voie ambitieuse de « sociétés pacifiques, justes et inclusives. » Ils se sont également engagés à assurer un développement durable sur les plans économique, social et environnemental, et à veiller à ce que personne ne soit laissé de côté, en accordant la priorité aux plus démunis. Cette perspective de développement pour l'après-2015, d'une « portée et d'une importance sans précédent », est au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des 17 objectifs de développement durable (ODD).

Les ODD s'inscrivent dans le prolongement des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui ont orienté le développement de 2000 à 2015. Des avancées remarquables ont été réalisées au titre des OMD, mais les acquis n'ont pas servi équitablement les intérêts de tous et n'ont pas bénéficié du lien entre les divers objectifs. Des stratégies plus intégrées et plus inclusives étaient nécessaires pour que le développement soit bénéfique à tous.

Les ODD portent sur un programme plus complexe que les OMD, tenant compte des nombreuses manières dont les enjeux de développement sont interdépendants. La pauvreté, la sécurité alimentaire et l'agriculture ; la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement ; l'énergie, l'emploi et la croissance économique ; l'inégalité ; l'habitat humain ; le changement climatique ; les ressources naturelles ; les sociétés justes, responsables et inclusives, et les partenariats mondiaux font tous partie intégrante du Programme de développement durable à l'horizon 2030. L'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) se rapporte exclusivement à la santé. La couverture sanitaire universelle (CSU) est une cible distincte et fournit aussi une plateforme qui relie les efforts consentis en matière de santé et de développement. Par ailleurs, les grandes questions de santé sont présentes dans d'autres objectifs, notamment, la nutrition (ODD 2), la violence à l'égard des femmes (ODD 5), l'eau et l'assainissement (ODD 6) et l'enregistrement des naissances (ODD 16). L'ensemble des ODD influent sur la santé et sont influencés par elle. Le nombre d'objectifs et de cibles liés à la santé - l'ODD 3 exclus - montre combien il importe de collaborer avec d'autres secteurs en agissant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'assurer à tous une vie saine et productive.

Les ODD présentent une nouvelle série de défis pour le secteur de la santé en promouvant des approches qui font appel à l'ensemble des systèmes, des pouvoirs publics et de la société pour ne laisser personne de côté.

En octobre 2015, la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a adopté le document intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*, un programme d'action pour la Région qui oriente le renforcement des systèmes de santé afin de faciliter les progrès, en particulier vers la réalisation de l'ODD 3.

Les ODD comprennent 17 objectifs, 169 cibles et 230 indicateurs. Les États Membres ont besoin de conseils sur la façon de hiérarchiser et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour atteindre les différents objectifs et cibles. Le projet de *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental* s'appuie sur les mesures énoncées dans le document intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*, et fournit des orientations supplémentaires sur les mesures susceptibles d'accélérer la réalisation des ODD. Le nouveau projet de Programme d'action régional propose un train de mesures concrètes fondées sur des contextes nationaux distincts.

2. ENJEUX

2.1 Suivi des progrès

Les États Membres doivent définir ceux des multiples cibles et indicateurs des ODD qu'ils s'efforceront d'atteindre. Pour ce faire, il leur faudra se doter de systèmes d'information leur permettant de suivre les progrès accomplis et de fournir les données factuelles qui orienteront les changements stratégiques. Il est fondamental qu'ils déterminent quels sont les groupes laissés pour compte ou exclus des avantages du progrès. Les États Membres ont également besoin de systèmes d'information qui leur permettent de comprendre comment les progrès accomplis dans la santé et d'autres secteurs sociaux sont interdépendants, et de souligner la relation entre la santé et autres variables clés, soit l'éducation, l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire et l'agriculture, ainsi que les logements et les abris. Enfin, les États Membres doivent recourir à l'analyse pour étayer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de mesures et de programmes appropriés en vue d'une meilleure responsabilisation.

2.2 Priorités au niveau des politiques et des programmes pour ne laisser personne de côté

Les ministères de la santé font face au défi de garantir l'équité en incluant les groupes de la population laissés pour compte. Sur la voie de la couverture sanitaire universelle, ils doivent adopter

une approche englobant l'ensemble des systèmes et élaborer des modèles de prestation de services qui réduisent les difficultés d'accès et ciblent les efforts favorables aux populations et aux zones les plus défavorisées. Ils doivent intégrer la notion d'équité dans les politiques et programmes nationaux liés à la santé et à d'autres secteurs. Ils doivent travailler en étroite collaboration avec d'autres secteurs pour agir sur les facteurs qui déterminent les inégalités en matière de santé, y compris le cadre de vie, l'exclusion sociale, la stigmatisation, l'insuffisance des connaissances sanitaires, la pauvreté et le manque de services. Ils doivent mobiliser des ressources en élargissant les possibilités de financement pour les secteurs sociaux et sanitaires.

2.3 Options de mise en œuvre

Afin d'atteindre les ODD liés à la santé, les ministères de la santé doivent relever le défi de collaborer avec divers secteurs et l'ensemble des parties prenantes, ainsi qu'avec les communautés touchées, ce qui exige de nouvelles façons de penser et de travailler. Les États Membres devront élaborer des mécanismes, des outils et des processus institutionnels afin de renforcer les partenariats entre les secteurs au sein du gouvernement, ainsi qu'avec les parties prenantes autres que le secteur public. Pour atteindre les ODD et ne laisser personne de côté, les ministères de la santé devront faire participer les communautés aux efforts de santé et de développement.

2.4 Capacités du secteur de la santé

La réalisation des ODD passe par un secteur de la santé susceptible de lancer, de promouvoir et de piloter une action efficace sur les déterminants sociaux de la santé et la CSU. Les ministères de la santé doivent relever le défi de renforcer leurs capacités pour diriger avec efficacité le programme des ODD et assumer leurs nouveaux rôles. Mettre sur le devant de la scène la santé et son caractère prioritaire nécessite des compétences en matière d'encadrement, de négociation et de diplomatie, des informations pertinentes et fiables, la compréhension des cultures et priorités d'organisation inhérentes à d'autres secteurs, ainsi que l'aptitude à collaborer avec d'autres organismes et secteurs, aux fins d'objectifs communs. Les ministères de la santé doivent renforcer l'appui politique et social, instaurer une relation de confiance avec les dirigeants communautaires et religieux, et utiliser efficacement les leviers de politiques et de gouvernance.

3. MESURES PROPOSÉES

Le Comité régional du Pacifique occidental est prié d'examiner pour adoption le projet de *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental*.

Projet de Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental

(Document traduit en autorévision)

WPR/RC67/8
page 8

Annexe

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| RÉSUMÉ | 11 |
| I. Introduction | 16 |
| Contexte | 16 |
| But du programme d'action | 17 |
| II. Réalisations, enjeux et perspectives dans la Région du Pacifique occidental | 18 |
| Réalizations au titre des OMD | 18 |
| <i>Leçons apprises et défis à relever</i> | 18 |
| S'atteler aux ODD en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé | 19 |
| III. Un programme d'action..... | 21 |
| 1. Quels sont les objectifs visés par les pays et comment détermineront-ils leur succès ?..... | 23 |
| <i>Contexte</i> | 23 |
| 1.1 Sélection par les pays des objectifs, cibles et indicateurs sanitaires | 24 |
| 1.2 Un solide processus national de suivi et d'examen..... | 26 |
| 1.3 Une capacité d'information adéquate..... | 28 |
| <i>Orientations supplémentaires</i> | 31 |
| 2. Quelles sont les priorités politiques et programmatiques visant à ne laisser personne de côté ? | 31 |
| | 31 |
| <i>Contexte</i> | 31 |
| 2.1 Équité dans les services de santé..... | 32 |
| 2.2 Partenariats gagnant-gagnant grâce à une collaboration multisectorielle | 36 |
| 2.3 Financer des stratégies visant à promouvoir l'équité | 39 |
| <i>Orientations supplémentaires</i> | 43 |
| 3. Comment les pays concrétiseront-ils leurs priorités ? | 44 |
| <i>Contexte</i> | 44 |
| 3.1 Collaboration au sein du gouvernement..... | 44 |
| Cartographie de la nature des liens | 47 |
| 3.2 Mobilisation des parties prenantes autres que le gouvernement | 48 |
| 3.3 Participation des communautés touchées..... | 51 |
| <i>Orientations supplémentaires</i> | 53 |
| 4. Comment le secteur de la santé peut-il influencer le programme ? | 54 |
| <i>Contexte</i> | 54 |
| 4.1 Capacités en matière d'échange des connaissances | 55 |
| 4.2 Compétences en leadership nécessaires pour appréhender le système politique | 56 |
| 4.3 Capacité institutionnelle pour faire face aux obstacles actuels et futurs | 58 |
| <i>Orientations supplémentaires</i> | 63 |
| IV. La voie à suivre | 64 |
| Prochaines étapes pour les États Membres | 65 |
| Prochaines étapes pour l'OMS dans la Région | 65 |
| Conclusion | 66 |
| V. Références | 67 |
| VI. Glossaire | 69 |
| VII. Liste des appendices..... | 80 |

RÉSUMÉ

Les objectifs de développement durable (ODD), adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, visent à « faire en sorte que tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain ». Les 17 ODD s'inscrivent dans le prolongement des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui ont servi de jalon pour le développement depuis leur création en 2000.

La mise en œuvre des OMD a permis aux États Membres d'enregistrer des succès majeurs, mais ces progrès n'ont pas profité de manière équitable à tous les groupes de la société. Les avancées réalisées au titre des OMD sont en grande partie le fruit d'approches programmatiques axées sur des problèmes de santé et des maladies spécifiques. Une moindre importance a été accordée aux liens existant entre ces problèmes et les déterminants sociaux plus larges qui influent sur la santé. Afin d'accélérer l'avancement du programme inachevé des OMD et d'atteindre les ODD, il convient de formuler des stratégies plus intégrées et inclusives, en accordant la priorité aux groupes les plus défavorisés pour faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte. L'ODD 3 porte exclusivement sur la santé, mais cette thématique occupe une place dans les ODD qui va au-delà de l'Objectif 3 puisque des questions sanitaires fondamentales figurent également dans d'autres objectifs. Tous les ODD influent sur la santé et sont influencés par elle. La couverture sanitaire universelle (CSU), définie comme l'accès de tous les individus et les communautés à des services de santé de qualité assurés sans occasionner de difficultés financières liées à la nécessité de débours propres, est une cible spécifique des ODD et sert de plateforme pour regrouper les programmes et les mesures liés à la santé et au développement. Les ODD prévoient la formation de partenariats collaboratifs entre les secteurs du gouvernement, les diverses parties prenantes et les communautés en vue de relever les vastes défis interconnectés qui se présentent aujourd'hui en matière de santé et de développement.

Le présent *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental* a pour but de guider les États Membres dans la mise en œuvre active des ODD. De nombreux progrès ont déjà été accomplis. Les États Membres peuvent tabler sur les systèmes d'information, les dispositifs de notification et de coordination, ainsi que sur les politiques et les programmes déjà mis en place. La réalisation des ODD implique également d'instaurer de nouveaux modes de travail allant au-delà des pratiques habituelles - et de redéfinir le rôle et les capacités du secteur de santé dans sa collaboration au sein du gouvernement et auprès des parties prenantes. Le programme d'action propose des mesures concrètes qui permettront de faire évoluer les mentalités.

Le programme d'action s'appuie et s'aligne sur les stratégies mondiales et régionales existantes, les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, ainsi que sur les mandats et les orientations plus larges des Nations Unies. Le cadre régional intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*, approuvé par le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental en octobre 2015, fournit l'assise générale sur laquelle se fondent les mesures. Le *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental* ne se veut en aucun cas normatif, pas plus qu'il n'est destiné à être suivi de façon linéaire ou séquentielle. Au contraire, il présente aux États Membres un éventail d'options et de

Annexe

stratégies à envisager pour atteindre les ODD. Les États Membres devront examiner et renouveler leurs propres priorités et plans nationaux afin d'y incorporer les ODD. Le présent programme d'action vise principalement le secteur de la santé. Il propose au secteur de la santé des manières de définir les besoins sanitaires prioritaires et d'y répondre en fonction des contextes particuliers, en renforçant les systèmes de santé pour instaurer la CSU et promouvoir la santé dans le contexte des ODD, ainsi qu'en tenant compte des facteurs économiques, environnementaux, politiques et sociaux susceptibles d'engendrer ou de perpétuer les problèmes de santé, notamment parmi les groupes défavorisés.

Un programme d'action

Le programme d'action s'articule autour de quatre sections.

La première section a trait aux objectifs visés par les pays et à la façon dont ils détermineront leur succès. Elle propose des mesures et fournit des orientations pour aider les pays à définir eux-mêmes les cibles et les indicateurs présentant une priorité absolue dans leurs propres contextes sociaux et économiques. Les États Membres doivent renforcer les stratégies nationales visant à promouvoir la CSU et la santé dans le contexte des ODD. Il convient pour ce faire d'instaurer un processus d'examen solide avec un éventail de parties prenantes qui permettra d'orienter les mesures et de mettre au point des systèmes d'information standardisés de haute qualité, fournissant des informations intersectorielles, afin de suivre les progrès accomplis, tout en renforçant la capacité d'analyser et d'exploiter ces informations pour affiner la prise de décision et l'élaboration des politiques.

La deuxième section décrit les priorités politiques et programmatiques qui permettront de ne laisser personne pour compte dans le cadre de l'objectif de santé des ODD. Cette section propose des mesures et fournit des orientations sur les politiques axées sur l'équité et les mesures nécessaires au niveau du secteur de la santé et dans tous les secteurs pour promouvoir la CSU. Elle suggère des moyens de réduire les freins d'accès, d'agir sur les déterminants sociaux favorisant l'équité en santé et de répondre aux besoins des populations défavorisées. Par le biais de la création de partenariats multisectoriels visant à obtenir des résultats mutuellement avantageux, il est possible d'améliorer la situation, en particulier pour les groupes défavorisés. Il s'agit pour le secteur de la santé de mettre davantage l'accent sur les obstacles à l'accès et sur les connaissances en matière de santé, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et de collaborer davantage avec les autres secteurs, en établissant des liens avec le développement social et en facilitant le financement progressif de la protection sociale.

La troisième section porte sur les mesures proposées et fournit des orientations sur la façon dont les États Membres peuvent concrétiser leurs priorités en collaborant efficacement avec tous les secteurs, notamment en créant des conditions favorables et des dispositions institutionnelles en faveur de l'action intersectorielle, et en intégrant l'équité en santé dans la planification et l'élaboration des rapports au niveau national, ainsi que dans les mesures internationales. La section insiste également sur la nécessité de tisser des relations constructives avec les parties prenantes autres que le gouvernement. Enfin, elle appelle à une participation effective des communautés concernées aux politiques, programmes et mesures visant à répondre à leurs besoins en matière de santé.

La quatrième section propose des mesures et fournit des orientations sur la manière dont le secteur de la santé peut renforcer ses capacités afin de promouvoir efficacement la santé dans le contexte des

Annexe

ODD. Les personnels de santé doivent améliorer leur aptitude à appréhender les objectifs et les facteurs en jeu dans les autres secteurs, ainsi que les déterminants sociaux de l'équité en santé, et à exercer une influence et à collaborer sur des préoccupations communes grâce à des partenariats visant à promouvoir des politiques et des mesures mutuellement bénéfiques. Cela signifie aussi que le secteur de la santé doit renforcer ses capacités pour dialoguer et collaborer au sujet des priorités et des problèmes communs avec une gamme étendue de parties prenantes, parmi lesquelles les organes parlementaires, le système judiciaire, les autorités locales, les responsables communautaires et religieux, la société civile, les partenaires du développement et les communautés concernées. Il convient d'instaurer des processus et des mécanismes institutionnels visant à élaborer et à maintenir de telles capacités, aujourd'hui comme à l'avenir.

Tableau récapitulatif : Vue d'ensemble des questions d'orientation, des domaines d'action et des mesures proposées

| |
|---|
| 4 |
| 1. Quels sont les objectifs visés par les pays et comment détermineront-ils leur succès ? |
| 1.1 Sélection par les pays des objectifs, cibles et indicateurs sanitaires |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Examiner et réviser les cadres de suivi nationaux pour promouvoir la CSU et les initiatives favorisant la santé dans le contexte des ODD b) Veiller à ce que les indicateurs soient adaptés c) Mettre à profit les collectes de données existantes |
| 1.2 Un solide processus national de suivi et d'examen |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Réaliser des examens axés sur l'équité aux niveaux national et local b) Étayer l'élaboration et l'évaluation des politiques à l'aide de données factuelles |
| 1.3 Une capacité d'information adéquate |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Renforcer les liens entre les systèmes d'information au sein et en dehors du secteur de la santé b) Renforcer la capacité de recueillir et d'exploiter l'information de manière stratégique c) Normaliser l'information et mettre à profit les technologies de communication |
| 2. Quelles sont les priorités politiques et programmatiques visant à ne laisser personne de côté ? |
| 2.1 Équité dans les services de santé |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Minimiser les obstacles à l'accès b) Collaborer avec les programmes de santé ayant des déterminants sociaux en commun |
| 2.2 Partenariats gagnant-gagnant grâce à une collaboration multisectorielle |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Stimuler le développement social b) Promouvoir une urbanisation saine c) Protéger la santé de l'environnement |
| 2.3 Financer des stratégies visant à promouvoir l'équité |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Renforcer le financement public en faveur de l'équité sanitaire et sociale b) Améliorer l'accès à la protection sociale |
| 3. Comment les pays concrétiseront-ils leurs priorités ? |
| 3.1 Collaboration au sein du gouvernement |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Créer des conditions favorables à l'action intersectorielle b) Structurer des dispositifs institutionnels pour soutenir l'action intersectorielle |

Annexe

- c) Incorporer des mesures d'équité en santé dans les activités de planification et de compte rendu dans tous les secteurs
- d) Modeler les relations internationales pour agir en faveur de la santé

3.2 Mobilisation des parties prenantes autres que le gouvernement

- a) Soutenir une collaboration constructive avec les parties prenantes autres que le gouvernement
- b) Renforcer les partenariats en faveur de l'exécution des programmes et des prestations de services
- c) Créer des coalitions de plaidoyer pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

3.3 Participation des communautés touchées

- a) Inclure les populations touchées dans les consultations politiques
- b) Habilitier les communautés touchées à participer

4. Comment le secteur de la santé peut-il influencer le programme ?

4.1 Capacités en matière d'échange des connaissances

- a) Constituer la base de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé
- b) Comprendre les priorités et les processus des autres secteurs
- c) Comprendre les points de vue et les besoins des communautés

4.2 Compétences en leadership nécessaires pour appréhender le système politique

- a) Renforcer l'aptitude à collaborer avec d'autres secteurs dans l'élaboration des politiques
- b) Renforcer l'aptitude à mobiliser un soutien politique et financier
- c) Renforcer l'aptitude à utiliser efficacement les leviers politiques

4.3 Capacité institutionnelle pour face aux obstacles actuels et futurs

- a) Relever le degré de priorité de la santé au sein du programme de développement national
- b) Instaurer des règles et des mesures incitatives pour améliorer les résultats et maintenir les progrès
- c) Former les personnels de santé à devenir les facilitateurs et les défenseurs de l'équité en santé

La voie à suivre

États Membres

Les ODD invitent les États Membres à aborder la santé et le développement sous un angle différent, tout en permettant de réaliser ce que les OMD n'ont pas permis de faire. Les États Membres examineront et mettront à jour leurs priorités et plans nationaux en vue de faire progresser la CSU et de renforcer les mesures promouvant la santé dans le contexte des ODD. Compte tenu de la nature interdépendante des ODD, il est impératif de créer des partenariats multisectoriels et multipartites pour agir collectivement sur les divers facteurs qui déterminent la santé et le bien-être. Les États Membres doivent veiller à centrer leurs politiques et leurs mesures sur les besoins et les attentes des populations et des communautés, à faire de l'équité en santé un objectif prioritaire et à mobiliser un soutien politique et social en faveur de telles politiques et mesures. Cela suppose d'intégrer les ODD dans les plans et les systèmes d'information nationaux, de déceler les lacunes et les points d'entrée ciblés, de renforcer les capacités de direction, de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des progrès réalisés en matière de politiques et de mesures basées sur des données factuelles et axées sur l'équité, ainsi que de collaborer avec tous les secteurs et l'ensemble des parties prenantes, traditionnelles

Annexe

comme nouvelles, pour promouvoir la santé dans le contexte des ODD. La sélection et l'enchaînement des stratégies dépendront de la situation socio-économique, de la gouvernance, des ressources, des attentes et du paysage politique de chaque État Membre.

L'OMS dans la Région du Pacifique occidental

L'OMS s'engage à soutenir les États Membres dans l'élaboration et l'application de leurs politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux, ainsi que dans la mise en œuvre des ODD dans le cadre de leur planification nationale et de l'élaboration de leurs politiques, notamment celles qui visent à promouvoir la CSU, la santé et le bien-être pour tous. L'OMS fournira une coopération technique pour renforcer les capacités nationales visant à l'élaboration de politiques et de programmes axés sur l'équité, à la collecte et à l'analyse des données, et à une collaboration multisectorielle et multipartite. L'Organisation travaillera aux côtés des États Membres en vue de promouvoir la communication et la sensibilisation de haut niveau, ainsi que la mobilisation sociale et politique en faveur du programme des ODD, et de favoriser la coopération régionale et la transmission de connaissances entre les différents pays. L'OMS réunira les diverses parties prenantes grâce à des plateformes d'échange d'informations et à la mobilisation des parlementaires, des maires et autres responsables.

Annexe

I. Introduction

Contexte

En septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les États Membres ont pris l'engagement d'atteindre 17 objectifs de développement durable (ODD) « audacieux et porteurs de transformation » et 169 cibles visant à « faire en sorte que tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain » (Appendice 1). Les ODD ont été conçus sur la base des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui avaient contribué à orienter les efforts de développement de ces 15 dernières années. Les OMD s'articulaient autour de huit grands défis : éradiquer l'extrême pauvreté et la faim ; assurer l'éducation primaire pour tous ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; réduire la mortalité infantile ; améliorer la santé maternelle ; combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; assurer un environnement durable ; et créer un partenariat mondial pour le développement.

Des progrès remarquables ont été accomplis au cours des 15 années de la mise en œuvre du projet des OMD, mais il est clair que tous les groupes de la société n'ont pas bénéficié équitablement de ces avancées et que de nombreux programmes ont négligé de prendre en compte les liens qui pouvaient exister entre ces objectifs. Il a donc fallu élaborer des stratégies plus intégrées et inclusives de sorte que le développement profite à tous. Les ODD, qui s'appliquent à tous les pays et à tous les stades de leur développement, ont été formulés à partir du principe selon lequel la santé est influencée par le milieu culturel, économique, politique et social dans son ensemble et qu'elle influe à son tour sur le développement sécuritaire, économique, politique et social. Le bon état de santé des individus et de l'ensemble de la population est primordial pour la productivité, la durabilité et l'économie. Si les OMD ressemblaient à huit pelotes de fils de couleurs différentes, les ODD forment une tapisserie tissée à partir d'une multitude de fils, tous indissociables, créant un modèle pour promouvoir le développement dans les 15 prochaines années.

Selon la Constitution de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il y a longtemps que les plans de développement nationaux mis en place dans la Région

Fig. 1. La santé dans d'autres ODD

| | | | |
|---|---------------|--|---|
|  | ODD 1 | l'extrême pauvreté la vulnérabilité aux chocs et catastrophes économiques, sociaux et environnementaux |  |
|  | ODD 5 | la violence faite aux femmes et aux filles la santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation |  |
|  | ODD 8 | la sécurité sur le lieu de travail et l'assurance de la protection de tous les travailleurs |  |
|  | ODD 13 | les aléas climatiques et les catastrophes naturelles liées au climat |  |
| | ODD 2 | la malnutrition | |
| | ODD 6 | l'eau potable et à un coût abordable l'assainissement et l'hygiène | |
| | ODD 11 | le logement et les services de base la qualité de l'air, la gestion des déchets aux villes | |
| | ODD 16 | la violence l'identité juridique | |

du Pacifique occidental tiennent compte du fait que la santé et le développement durable sont interdépendants. Le programme de développement durable fait écho à cette prise en compte.

Annexe

Si l'ODD 3 a pour but de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », les autres objectifs contiennent aussi des cibles de santé fondamentales (Figure 1). De façon plus générale, la santé est influencée par tous les autres objectifs et cibles tout comme elle a une incidence sur eux. Les ODD font appel à une approche intégrée en faveur de mesures « justes, fondées sur les droits, équitables et inclusives » afin de relever les défis d'aujourd'hui et de promouvoir la croissance, le développement social et la protection de l'environnement au profit de tous. L'équité se place donc au cœur de cette démarche, avec une attention particulière accordée aux groupes défavorisés qui sont généralement exclus des bénéfices sociaux, tels qu'une bonne éducation, des soins de santé et la participation économique, alors qu'ils subissent une plus lourde charge de morbidité et de handicap. Pour atteindre l'objectif de santé au titre des ODD et faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte, un principe fondamental des ODD, il convient d'adopter des approches englobant l'ensemble du système, du gouvernement et de la société, en rassemblant les divers secteurs publics, la société civile, la communauté universitaire, les partenaires du développement et les communautés.

Le présent *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique* s'appuie et s'aligne sur les stratégies mondiales et régionales existantes, les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, ainsi que sur les mandats et les orientations plus larges des Nations Unies. Le cadre régional intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*, approuvé par le Comité régional OMS du Pacifique occidental en octobre 2015, fournit l'assise générale sur laquelle se fondent les mesures. La CSU - définie comme l'accès de tous les individus et communautés à des services de santé de qualité assurés sans occasionner de difficultés financières liées à la nécessité de débours propres - constitue un élément essentiel du programme des ODD, contribuant à coordonner les efforts disparates fournis en matière de santé et de développement. Il s'agit d'un objectif primordial du développement des systèmes de santé qui permettra d'assurer des résultats équitables et durables en santé publique (Appendice 2). Il met l'accent sur les connexions entre les services adaptés aux besoins des individus et à ceux de la population entre, d'une part, la prise en charge et les soins et, d'autre part, la promotion et la prévention, et entre la santé et les autres secteurs. Il met également en évidence les déterminants sociaux de la santé et les besoins des groupes de population défavorisés, en particulier ceux qui ont le moins profité des progrès sanitaires et de l'accès aux services. Qu'il s'agisse des personnes démunies issues de milieux urbains ou ruraux, des personnes âgées, des personnes handicapées, des peuples autochtones, des migrants, des réfugiés, des minorités ethniques ou des personnes exclues et stigmatisées par la société, tous ces groupes courent régulièrement le risque de passer à côté des services dont ils ont le plus besoin et d'être exclus des grands courants de la vie économique et sociale.

But du programme d'action

S'appuyant sur ces mandats et les principes énoncés dans les ODD, le présent document est rédigé en vue de guider les États Membres dans l'examen et la mise à jour de leurs propres priorités et plans nationaux. Il n'est pas prescriptif et les mesures qu'il propose ne doivent pas être nécessairement suivies dans un ordre linéaire ou séquentiel. Il vise plutôt à présenter aux États Membres diverses options pour les aider à passer des OMD aux ODD en fonction de

Annexe

leurs propres contextes, ressources et points d'entrée. Le programme d'action incite à approfondir la réflexion sur la matrice complexe des facteurs ayant une incidence sur la santé selon des contextes différents. Il présente également divers moyens de recenser et de répondre aux besoins les plus pressants des communautés afin de s'assurer que personne ne soit laissé de côté, notamment en prenant en compte les facteurs économiques, environnementaux, politiques et sociaux qui provoquent les maladies et qui excluent et marginalisent certains groupes de la population.

II. Réalisations, enjeux et perspectives dans la Région du Pacifique occidental

Réalisations au titre des OMD

La santé a occupé une place centrale dans les OMD puisqu'elle a été énoncée de façon explicite dans trois des huit objectifs et qu'elle a été associée aux cinq autres objectifs. Des progrès ont été enregistrés grâce aux efforts concertés déployés en faveur de stratégies précises, fondées sur de solides connaissances techniques et soutenues par des ressources considérables (Appendice 7). Les OMD ont su mobiliser un engagement politique et un appui aux politiques, tout en bénéficiant du soutien fourni par les cadres de suivi et d'évaluation (S&E).

Dans l'ensemble, les pays de la Région du Pacifique occidental ont accompli de remarquables progrès vers la réalisation des OMD (Appendice 7). Nombre de pays ont connu une croissance économique rapide. Les Philippines ont doublé leur produit intérieur brut annuel (PIB) dans les deux décennies qui ont suivi 1990, et rien qu'en Chine le taux de pauvreté extrême a été divisé par dix. Au cours de la même période, la prévalence des enfants souffrant d'insuffisance pondérale et de dénutrition (présentant un retard de croissance) a été divisée par cinq et le taux estimé de mortalité maternelle a diminué de deux tiers. Aujourd'hui, plus de 90 % des femmes ont accès à une accoucheuse qualifiée. Depuis 2000, 15 millions de patients ont été traités et guéris de la tuberculose, tandis que les cas de VIH signalés sont en recul au Cambodge, en Malaisie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Viet Nam. Les efforts considérables consentis en matière de lutte antivectorielle, de diagnostic, de traitement et d'initiatives telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont permis d'enregistrer des progrès notables dans la réduction de l'incidence du paludisme et de la mortalité paludéenne. La quasi-totalité de la population de la Région a désormais accès à des sources d'eau potable améliorée.

Leçons apprises et défis à relever

Malgré ces progrès, la mise en œuvre des OMD a révélé des défaillances inévitables. On peut citer, entre autres, le problème lié à la fragmentation des activités mises en place par les programmes sanitaires et les programmes de lutte contre les maladies, la fragilité des systèmes de santé, la mauvaise répartition des fonds et l'adoption d'un modèle universel. Même lorsque les cibles des OMD ont été atteintes au niveau de la population, tous les groupes n'en ont pas profité de manière équitable (Appendice 8). À titre d'exemple, l'inégalité des revenus a augmenté aux Fidji, en Chine, en Mongolie et au Viet Nam malgré la croissance économique. Quelque 900 millions de personnes dans le Pacifique occidental

Annexe

vivent encore avec moins de 2 dollars par jour. On estime qu'un tiers des personnes vivant en République démocratique populaire lao et un cinquième des habitants des Philippines vivent dans la pauvreté. En outre, 105 millions de personnes doivent faire face à des dépenses catastrophiques et plus de 70 millions de personnes sombrent dans la pauvreté chaque année faute de pouvoir payer le coût des soins de santé. Les paiements directs des ménages représentent un tiers des dépenses totales de santé dans certains pays de la Région, comme le Cambodge, les Philippines, Singapour et le Vietnam, où s'accumule la part la plus élevée.

Des disparités frappantes en matière de santé et d'accès aux soins continuent de marquer les pays de la Région. La majorité des décès chez les enfants de moins de 5 ans se produit dans les ménages les plus pauvres. Seule 1 personne sur 5 atteintes de tuberculose multirésistante (TB) est diagnostiquée, 1 personne sur 8 est prise en charge et 1 sur 16 est guérie. Un peu plus du tiers des personnes qui en ont besoin reçoivent un traitement antirétroviral, tandis qu'un pourcentage disproportionné des populations-clés les plus touchées par l'infection par le VIH est dans l'attente de tests de dépistage et d'interventions thérapeutiques. La proportion des citadins vivant dans des bidonvilles en 2009 était de deux cinquièmes aux Philippines et d'un peu plus d'un tiers au Viet Nam. Les disparités chroniques entre milieu rural et milieu urbain persistent, notamment au niveau de l'accès à l'eau potable et de l'assainissement. Ces lacunes et autres attestent le « travail inachevé » des OMD.

En sus des objectifs qui restent à atteindre, les ODD mettent en exergue les nouveaux défis à relever. L'obésité chez les enfants est devenue une préoccupation majeure. À l'échelle mondiale, les maladies non transmissibles (MNT) sont en hausse, le plus grand nombre de décès entre 2010 et 2020 étant attendus dans le Pacifique occidental. Environ 250 millions de personnes dans la Région vivent avec un handicap, un chiffre qui devrait augmenter avec le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques. Les traumatismes et les décès dus aux accidents de la circulation touchent en priorité les jeunes (15-44 ans) et les pauvres, plus de 90 % des accidents mortels survenant dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Chaque année, les facteurs de risque environnementaux, tels que la pollution de l'air, de l'eau ou du sol, le changement climatique et les rayons ultraviolets sont responsables de plus de 3,5 millions de décès dans la Région, dont un grand nombre dans les pays à faible revenu. En moyenne, plus de 200 flambées de maladies et événements associés sont détectés chaque année dans la Région du Pacifique occidental grâce au système de surveillance des maladies émergentes mis en place par l'OMS. Dix-neuf pays sur 27 ont acquis les principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), ou RSI (2005), qui consistent à détecter, évaluer, prévenir et signaler les événements et à faire face aux risques pour la santé publique et aux urgences d'intérêt national et international.

S'atteler aux ODD en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé

Les ODD ciblent tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. En s'efforçant de saisir toutes les manières dont le développement équitable et solide est façonné par des facteurs liés les uns aux autres, la « tapisserie » des ODD présente une image plus complexe que ne l'avaient fait les OMD. La pauvreté, la sécurité alimentaire et l'agriculture, la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'énergie, l'emploi et la croissance économique, l'inégalité, l'habitat humain, le changement climatique et les ressources naturelles, ainsi que des sociétés justes, responsables et inclusives et des partenariats mondiaux, sont autant

Annexe

d'éléments qui font partie intégrante du programme 2030. Qu'elle soit explicite ou non, la santé influe sur l'ensemble de ces facteurs en même temps qu'elle en subit l'influence. C'est ainsi que les ODD mettent en évidence l'influence des précurseurs sociaux d'une bonne santé, et par conséquent le terrain d'attaque plus large où doivent se concentrer les efforts visant à améliorer la santé. Il s'agit entre autres d'assurer l'accès universel aux soins de santé de base, aux ressources matérielles et sociales, aux infrastructures essentielles et de s'orienter sur la scène politique et dans le système de gouvernance.

L'accès à la santé et aux autres services sociaux dépend des conditions matérielles des individus et des familles, ainsi que de facteurs comme le logement, l'information, l'alimentation, le travail productif, l'eau potable, le transport et l'assainissement. L'exposition aux facteurs de risque n'est pas répartie de manière égale parmi les populations, mais témoigne de profondes inégalités. Les ODD appellent à une plus grande mutualisation des efforts afin d'améliorer les conditions de vie et, par conséquent, les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers interagissent les uns avec les autres. À titre d'exemple, les inégalités entre les sexes entraînent généralement des taux de scolarisation plus faibles chez les filles que chez les garçons. Un faible niveau d'éducation engendre à son tour de mauvais résultats en ce qui concerne la santé des filles et des femmes, ainsi que pour leurs enfants et leurs familles. Il en est de même pour le handicap, la marginalisation ou l'origine ethnique qui peuvent créer un désavantage fondé sur le sexe et limiter davantage l'accès aux services sanitaires et sociaux.

La réalisation des ODD signifie qu'il faut s'attaquer aux obstacles entravant l'accès aux services de santé, qu'ils soient financiers, physiques, géographiques, éducatifs ou culturels, et notamment ceux auxquels se heurtent les groupes socialement exclus et défavorisés. Dans ce contexte, la CSU ne se tient pas en retrait ni en parallèle des efforts consentis dans le cadre des programmes de santé particuliers. Au contraire, elle sert de plateforme pour conjuguer les efforts en matière de santé et de développement, qu'ils soient liés au programme inachevé des OMD ou aux nouveaux problèmes de santé et aux déterminants qui leur sont associés. Il s'agit d'une approche qui fait appel à l'ensemble du système en vue d'améliorer les résultats du système de santé et de sanctuariser les acquis sanitaires. Centrée sur les personnes et les communautés, la CSU exige la mise en place de systèmes de santé qui soient de bonne qualité, efficaces, équitables, responsables, résilients et adaptés aux besoins des divers groupes de population, en particulier des plus défavorisés.

La garantie de la santé et du bien-être de tous constitue cependant un objectif d'une vaste ampleur que le secteur de la santé ne peut atteindre à lui seul. Si l'on entend progresser vers la réalisation des ODD, il est essentiel d'appréhender les facteurs en jeu et de promouvoir efficacement le changement social et économique au sens large. L'interaction entre les multiples facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques, associée à la rapide mutation de la Région du Pacifique occidental, souligne l'impérieuse nécessité d'identifier les moments décisifs où les mesures seront les plus efficaces. La mise en place de partenariats entre la santé et les autres secteurs peut présenter plusieurs avantages. Par exemple, les secteurs de la santé et de l'environnement ont un intérêt commun à lutter contre la pollution atmosphérique, un enjeu croissant pour la Région. L'éducation des filles présente des avantages « en aval » dans plusieurs domaines : leur santé, l'emploi, la sécurité alimentaire, l'âge de leur première grossesse, l'exposition aux maladies sexuellement transmissibles, ainsi

que la santé, l'éducation et la nutrition de leurs enfants, et leurs connaissances personnelles en matière de santé et de soins.

Le progrès passe aussi par de solides structures institutionnelles et de gouvernance. Ces dernières varient considérablement à travers la Région, ce qui pose problème en matière de responsabilisation et de gouvernance. La fragmentation institutionnelle et les stratégies de financement non durables font partie des problèmes communs. Une multitude de parties prenantes et de partenaires sont impliqués dans la sélection des cibles et la mise en œuvre des stratégies dans divers secteurs et à différents niveaux du gouvernement, ce qui rend le processus de communication et d'entente sur les priorités particulièrement complexe, en particulier lorsque les programmes et les services sont décentralisés et que la direction et la supervision sont déficientes.

III. Un programme d'action

Le présent *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental* a pour objet de guider les États Membres alors qu'ils étudient les implications des ODD pour leurs priorités et plans nationaux et définissent leurs propres objectifs et cibles stratégiques, y compris ceux susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la santé et d'aider les groupes de population les plus exclus et défavorisés. Le programme s'articule autour de quatre questions d'orientation réparties en quatre sections (Figure 2).

La première section a trait aux objectifs visés par les pays et à la façon dont ces derniers détermineront leur succès. Les pays devront eux-mêmes identifier les cibles et les indicateurs présentant une priorité nationale absolue en fonction des réalités du pays, de ses caractéristiques, de ses enjeux et de ses capacités. Afin de mesurer et de faire le bilan des progrès vers les ODD, et pour veiller à ce que les politiques et les mesures adoptées s'appuient sur des preuves factuelles, les États Membres devront instaurer de solides processus de suivi et d'examen, et mettre à la disposition des planificateurs et des praticiens des données et des informations de haute qualité et en temps voulu.

La deuxième section porte sur les mesures nécessaires pour s'assurer que personne ne soit laissé de côté. Il conviendra de mettre en place dans l'ensemble des programmes des politiques et des initiatives axées sur l'équité afin d'éliminer les obstacles communs à l'accès et de satisfaire les besoins des populations défavorisées. En outre, compte tenu de l'étroite imbrication entre les ODD et de la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé, il sera essentiel d'élaborer des politiques et des mesures visant à garantir des résultats positifs dans les différents secteurs. Afin de garantir l'équité en santé, les pays devront aussi instaurer des mécanismes de financement progressif en vue de promouvoir l'équité sociale.

La troisième section est dédiée à la manière dont les États Membres peuvent concrétiser leurs priorités en collaborant efficacement avec tous les secteurs publics, notamment en créant des conditions favorables et des dispositions institutionnelles en faveur de l'action intersectorielle et en intégrant l'équité en santé dans la planification et l'élaboration des rapports au niveau national, ainsi que dans les mesures internationales. La section propose aussi des moyens de

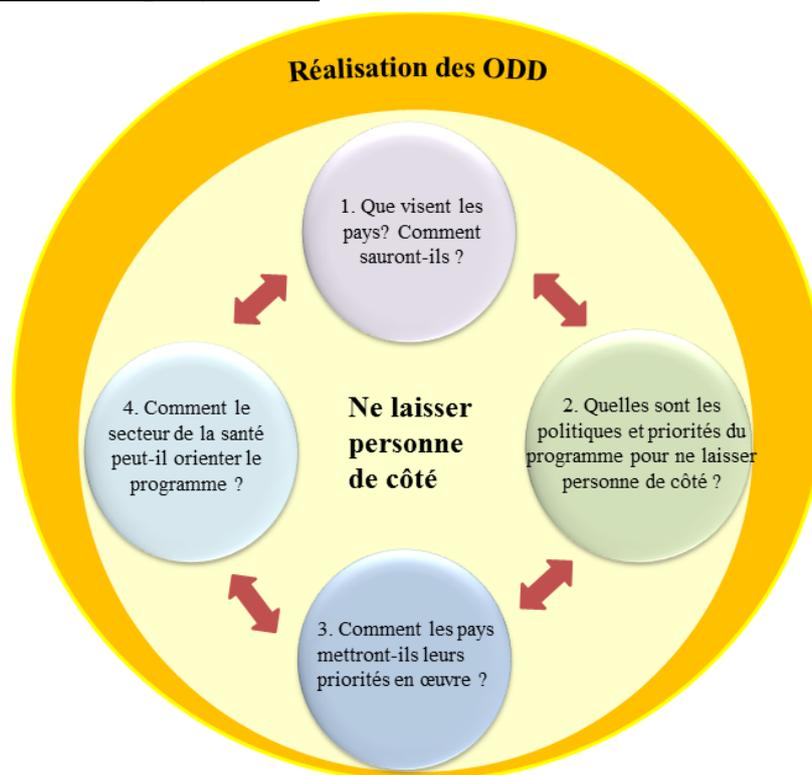
Annexe

tisser des relations constructives avec les parties prenantes autres que le gouvernement. Enfin, elle appelle à encourager les communautés touchées à participer aux politiques, programmes et mesures qui les concernent.

La quatrième section s'intéresse à la manière dont le secteur de la santé peut développer ou consolider les compétences nécessaires pour piloter le nouveau programme. Elle décrit les capacités nécessaires pour éduquer et informer les acteurs des autres secteurs, et pour exercer une influence et collaborer sur des préoccupations communes grâce à des partenariats visant à promouvoir des politiques et des mesures mutuellement bénéfiques. Cela signifie qu'il faut aussi renforcer l'aptitude du secteur de la santé à dialoguer et à collaborer avec de nouvelles parties prenantes. Il convient d'instaurer des processus et des mécanismes institutionnels pour élaborer et maintenir de telles capacités, aujourd'hui comme à l'avenir.

Les appendices comprennent une liste des ODD (Appendice 1), une vue d'ensemble du cadre d'action régional pour la CSU (Appendice 2) et le cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental (Appendice 3). On trouve également une liste des stratégies et plans régionaux et mondiaux, ainsi que des déterminants et des parties prenantes qui s'y rattachent (Appendice 4), des exemples d'instruments pertinents du droit international (Appendice 5) et des outils d'aide à la décision en matière d'action pour les ODD (Appendice 6). Une analyse des progrès régionaux accomplis lors la mise en œuvre des OMD figure dans l'Appendice 7, tandis qu'une vue d'ensemble des données factuelles relatives à l'objectif consistant à ne laisser personne de côté et des déterminants sous-jacents dans le Pacifique occidental est présentée dans l'Appendice 8.

Fig. 2. Cadre du programme



1. Quels sont les objectifs visés par les pays et comment détermineront-ils leur succès ?

Contexte

Les ODD sont conçus pour être placés sous le contrôle et l'autorité des États Membres. Aucune trajectoire définie n'est à suivre. Au contraire, il appartiendra aux États Membres de choisir lesquelles des 169 cibles ils voudront atteindre au cours des 15 prochaines années et de décider de l'ordre de préséance. Ils planifieront, concevront et organiseront les interventions en fonction de leurs contextes nationaux et locaux, ainsi que des défis à relever en priorité. Afin de cibler plus efficacement leurs interventions, les pays doivent se doter des moyens nécessaires pour établir les priorités, analyser les données et faire le suivi des résultats obtenus.

Dans la Région du Pacifique occidental, la capacité à générer, traiter et analyser des données de manière fiable est très variable. D'un côté, des pays comme l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande et la République de Corée disposent de systèmes d'information sanitaire qui fournissent en temps voulu des données de diagnostic complètes permettant de cibler les ressources et de vérifier si les services et les programmes atteignent leurs objectifs. D'un autre côté, des pays tels que le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam se développent par endroits seulement grâce à des systèmes d'information sanitaire financés par les donateurs. Dans ces pays, les dispositifs d'information sont d'ailleurs souvent fragmentés. La collecte et l'utilisation des données y sont limitées et on constate un manque d'appropriation et une absence d'uniformité dans les définitions et les lignes directrices. Dans les petits États insulaires du Pacifique, la pénurie de personnel, l'isolement géographique et l'absence de technologies fiables exigent d'adopter des approches différentes pour suivre et surveiller les indicateurs de santé, en vue de créer une culture où l'information est considérée comme un outil essentiel de gestion. Les ODD font ressortir l'impérieuse nécessité de disposer en temps voulu de données de haute qualité, de transposer les informations recueillies en politiques et en mesures, et de les exploiter pour évaluer les progrès et guider la planification. Faute de données fiables, il est difficile de savoir où concentrer ses efforts, dans quel ordre de priorité s'atteler aux problèmes, où investir les ressources et comment déterminer ce qui fera la différence.

L'un des succès des OMD est le consensus sur des cibles et des objectifs clairement définis, pouvant être suivis aux niveaux local, provincial, national, régional et mondial, selon une répartition claire des responsabilités. Si l'on entend progresser vers la réalisation des ODD, il faudra de la même façon définir des indicateurs valables, de même qu'un processus d'examen robuste, transparent et participatif. Le suivi des progrès réalisés pose également certains nouveaux défis. Les ODD partent du principe que les objectifs, les cibles et les indicateurs sont liés et que le fait d'agir sur l'un d'entre eux aura des répercussions sur les autres. D'où la nécessité d'adopter une approche de suivi intersectorielle permettant de relier la santé avec les autres systèmes d'information nationaux de manière à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et d'intégrer la santé dans toutes les politiques. Par ailleurs, les ODD mettent l'accent sur le suivi axé sur l'équité, ainsi que sur la collecte, l'analyse et l'utilisation de données ventilées permettant de recenser et de cibler les personnes pauvres, défavorisées ou invisibles pour les programmes et les services dont ils ont le plus besoin.

Annexe

Domaines d'action proposés

1.1 Sélection par les pays des objectifs, cibles et indicateurs sanitaires

En mars 2016, la Commission de statistique des Nations Unies a approuvé un ensemble de 230 indicateurs mondiaux pour mesurer les progrès accomplis au regard des ODD, qui seront examinés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2016¹. S'appuyant sur ces indicateurs mondiaux, le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a élaboré un *Cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental* (Appendice 3). Le cadre comprend une liste choisie d'indicateurs de santé et liés à la santé, reflétant les cibles sanitaires prévues dans le cadre de l'objectif de santé des ODD, ainsi que les cibles contenues dans les autres objectifs. Sur la base de ce cadre, les pays sont encouragés à entreprendre un suivi national adapté à leurs propres contextes, populations et priorités. Il comprend entre autres la sélection de cibles et d'indicateurs adaptés qui s'alignent sur les collectes de données existantes afin d'alléger autant que possible la charge de l'établissement des rapports.

a) Examiner et réviser les cadres de suivi nationaux pour promouvoir la CSU et les initiatives favorisant la santé dans le contexte des ODD

- Sélectionner les objectifs et les cibles en fonction du contexte du pays et des priorités nationales, en s'appuyant sur l'état d'avancement actuel et les plans nationaux de développement socio-économique.
- Recenser les indicateurs qui suivent l'évolution des objectifs et des cibles choisis, dans toute la gamme allant des déterminants sociaux de la santé aux programmes et services, aux produits et aux résultats sanitaires.
- Suivre les progrès, notamment en matière d'équité, au niveau des indicateurs choisis tant au niveau national que local et pour différents groupes de la population, à l'aide de critères de stratification tels que le revenu, le sexe, l'âge, la race, l'appartenance ethnique, le statut migratoire, le handicap et la Région géographique ou autres caractéristiques disponibles et pertinentes, selon le contexte du pays.
- Adopter un système de centralisation et de partage des données pour la collecte et la normalisation des données afin d'éviter que celles-ci ne soient retenues dans des « silos » relevant du secteur de la santé ou d'autres secteurs et parties prenantes.

b) Veiller à ce que les indicateurs soient adaptés²

- Utiliser des définitions acceptées à l'échelle mondiale afin de contribuer à la normalisation de la collecte et de l'analyse des données, ce qui permettra d'établir des comparaisons à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre.
- Établir une correspondance entre les indicateurs et les questions clés relatives aux politiques et à leur mise en œuvre, et améliorer la compréhension de l'interconnexion entre les déterminants de la santé, les interventions et les impacts sanitaires.

¹ Pour plus d'informations, veuillez consulter : Commission statistique des Nations Unies. Rapport du groupe d'experts et inter-agences sur les indicateurs liés aux objectifs de développement durable. E/CN.3/2016/2/Rev.1. New York : Conseil économique et social des Nations Unies ; 2016 (<http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-SDGs-Rev1-E.pdf>, dernier accès le 1er août 2016).

² Le *Cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental* pourrait servir de référence pour aider les États Membres à élaborer leur propre cadre de suivi. Pour de plus amples informations, consulter l'Appendice 3.

Annexe

- Respecter les critères SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et Temporellement définis) dans le cadre de l'élaboration des indicateurs.

c) Mettre à profit les collectes de données existantes

- Examiner les collectes de données existantes, recenser les lacunes, et renforcer et mettre à profit ces ressources avant d'instaurer de nouvelles collectes.
- Valider et utiliser les sources de données existantes dans le secteur de la santé, et relevant d'autres secteurs et parties prenantes (données administratives, par exemple, ou données des établissements de santé, données d'enquêtes, dossiers des patients, rapports financiers et autres documents de gestion interne) afin de suivre les indicateurs et de rationaliser les systèmes de données dans le but de limiter les doubles emplois et la redondance en matière de collecte d'information.
- Améliorer l'utilisation des collectes de données administratives existantes, y compris le système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS), en vue du suivi et de l'établissement de rapports, à l'aide de listes de contrôle pour uniformiser les procédures et en mettant en place une nouvelle architecture des données, y compris des identifiants uniques de patients.
- Appliquer les technologies de l'information et des méthodes innovantes à la collecte des données, dans le cadre de l'exploitation, du partage et de la mise au point de sources de données potentielles, en utilisant par exemple les dossiers de santé électroniques, les banques de données nationales et les mégadonnées.

Annexe

Logiciel d'information sanitaire des districts en République démocratique populaire lao

En 2013, afin de remplacer les processus qui étaient encore basés sur papier et sur des feuilles de calcul, le Ministère de la santé de la République démocratique populaire lao a mis en place le Système d'information de gestion sanitaire (HMIS), assorti d'un logiciel d'information sanitaire des districts en accès libre et en ligne (DHIS2).

Le nouveau système génère des informations consolidées à partir des données saisies directement dans le DHIS2 par les établissements et les services de santé dans l'ensemble du pays. Le système a contribué à améliorer la rapidité, la transparence et l'exactitude des informations, moyennant des mécanismes comme les règles de validation pour vérifier la qualité de saisie des données, ce qui a permis de réaliser des analyses à l'échelle des districts et des provinces.

En s'appropriant la mise en œuvre du DHIS2, le Ministère de la santé a fait toute la différence. Un décret ministériel normalise les procédures d'enregistrement, de notification et de gestion des données. Le plan national pour le HMIS, élaboré dans le cadre du plan sanitaire national et de la feuille de route pour la mise au point du HMIS, guide les décisions liées au financement sur la base des sources et des lacunes recensées. Les examens annuels de la mise en œuvre fournissent des orientations pour le prochain cycle de planification. Une équipe centrale nationale, englobant les départements du Ministère de la santé et les partenaires du développement, gère la planification et les activités. Des termes de référence précis, mis au point pour l'équipe centrale et les groupes de travail au niveau des provinces et des districts, guident l'harmonisation des processus de notification et de liaison des fonctions. La formation dispensée dans l'ensemble des provinces et des districts a permis de consolider les compétences dans les domaines de l'information sanitaire et du fonctionnement du DHIS2.

À ce jour, les personnels formés à l'utilisation de ce logiciel dans 18 provinces, 147 districts et dans les hôpitaux de niveau central sont capables d'enregistrer et d'accéder aux données du système à l'échelle des établissements, afin de les exploiter. Les gestionnaires sont en mesure d'accéder aux données au niveau des établissements et des districts, ainsi qu'à l'échelon national en vue d'orienter les activités de planification. Le DHIS2 est devenu une plateforme commune et une banque de données pour les données rattachées au HMIS, à certains programmes, aux ressources humaines pour la santé, à l'assurance-maladie, et aux études majeures telles que l'évaluation de la préparation et de la disponibilité des services, l'enquête sur les indicateurs sociaux et l'enquête en grappes à indicateurs multiples réalisées en RDP lao. La plateforme permet de produire des rapports tels que le rapport national sur les statistiques de santé, des rapports de programmes, le rapport sur les OMD ou encore le tableau de bord concernant la CSU et les OMD.

Source: Ministère de la santé. La CSU et les OMD dans: Système d'information de gestion sanitaire [site Web]. Vientiane: République démocratique populaire lao ; 2016 (<https://hmis.gov.la>, consulté le 5 juillet 2016).

1.2 Un solide processus national de suivi et d'examen

L'amélioration des données n'est pas une fin en soi mais plutôt une ressource indispensable à l'examen des politiques et des programmes nationaux. Elle est essentielle pour assurer une gestion efficace et pour rendre des comptes au public. Il importe de mettre en place un processus d'examen non seulement pour suivre les progrès, mais aussi pour permettre aux partenaires et aux parties prenantes de comprendre ensemble ce qui fonctionne et ce qui ne

Annexe

fonctionne pas, et de les encourager à assumer conjointement la responsabilité d'obtenir des résultats.

a) Réaliser des examens axés sur l'équité aux niveaux national et local

- Réexaminer à intervalles réguliers le cadre de suivi national, évaluer les données factuelles faisant état de l'ensemble des progrès, et recenser les lacunes et les obstacles aux niveaux national, infranational et local.
- Utiliser des données ventilées pour évaluer les progrès accomplis par les différents groupes de population, comme par exemple les autochtones, les personnes vivant dans les zones rurales et éloignées, les groupes diversifiés sur les plans culturel et linguistique, les groupes socio-économiquement défavorisés, les personnes âgées, etc. afin d'éclairer les stratégies portant sur l'équité en santé et la CSU.
- Mettre à disposition des informations claires et concises sur des plateformes d'information accessibles au public et faire le bilan des progrès réalisés par rapport aux ODD afin d'accroître la transparence et la participation communautaire et de promouvoir la responsabilisation du gouvernement, des donateurs, ainsi que des partenaires du développement et non gouvernementaux.
- Contribuer au suivi régional des ODD et au processus de compte-rendu tous les deux ans, et participer aux analyses thématiques régionales tous les cinq ans, compte tenu des liens entre la santé et les variables connexes.

b) Étayer l'élaboration et l'évaluation des politiques à l'aide de données factuelles

- Tirer parti de l'expérience et des connaissances d'un éventail de secteurs et de parties prenantes (par exemple la société civile, les instituts de recherche, les universités, les organismes gouvernementaux, les partenaires du développement et les donateurs) en matière d'élaboration des indicateurs et de réalisation des bilans sur les progrès.
- Apprécier l'impact des politiques et des mesures liées à la santé, et utiliser ces évaluations et ces expériences pratiques pour étayer et affiner les stratégies.

Annexe

Cadre de suivi des îles-santé et indicateurs

Dans la déclaration de l'île de Yanuca de 1995, les ministres de la santé des pays océaniques ont affirmé leur engagement en faveur du concept des îles-santé. Cette notion reflète une approche globale et intégrée ayant servi de thème fédérateur pour la protection et la promotion de la santé dans le Pacifique grâce à la lutte contre les problèmes de santé prioritaires, dont les maladies non transmissibles et la persistance des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes.

Un *Cadre de suivi des îles-santé* a récemment été élaboré pour assurer le suivi des progrès accomplis. Il se compose de 52 indicateurs obligatoires (36 indicateurs de base et 16 indicateurs complémentaires) et de 26 indicateurs facultatifs, que les pays peuvent sélectionner en accord avec leurs priorités nationales et leurs systèmes de notification. Les indicateurs ont été déterminés selon des critères spécifiques, tels que la disponibilité d'informations nationales et infrarégionales permettant d'évaluer les tendances sur 20 ans, et de méthodologies de collecte convenues ou de sources de données secondaires, ainsi que l'aptitude à évaluer les progrès dans le domaine des descripteurs des îles-santé et des cinq composantes du concept des îles-santé.

Le cadre fournit des mécanismes institutionnels et des moyens de mieux mesurer, diffuser et partager les données, notamment sur les indicateurs relatifs aux cinq composantes des îles-santé et aux mesures prioritaires. Il permet d'employer les mécanismes régionaux de gouvernance de la santé pour faire le bilan régulier des progrès accomplis et partager les expériences ayant réussi à renforcer les capacités nationales.

Source: Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. Onzième réunion des ministres de la santé des pays océaniques: 15-17 avril 2015, Yanuca, Fidji [site Web]. Manille: Philippines; 2016
(http://www.wpro.who.int/southpacific/pic_meeting/2015/en/, consulté le 5 juillet 2016).

1.3 Une capacité d'information adéquate

L'efficacité des interventions sanitaires et autres interventions connexes, et l'optimisation des ressources dépendent en partie de la qualité des informations disponibles. Les investissements visant à améliorer la disponibilité des données, leur qualité et leur analyse sont indispensables pour appuyer les processus liés au suivi, aux examens et aux décisions. En cas de lacunes, il conviendrait de dresser un plan pour les combler et pour satisfaire les besoins futurs en matière de données. Il serait notamment utile de soutenir l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) pour activer la ventilation et le transfert des données au niveau des établissements de santé, des provinces et du pays, en notifiant les flambées de maladies par le biais des technologies mobiles, en ayant recours à la télémédecine, aux dossiers électroniques des patients, aux identifiants uniques, etc. Pour autant, le développement et l'utilisation de technologies innovantes exigent des capacités techniques, un leadership éclairé et investi, et une gouvernance forte.

a) Renforcer les liens entre les systèmes d'information au sein et en dehors du secteur de la santé

- Examiner et réviser les plans d'information nationaux en adoptant une approche qui englobe l'ensemble du système, en évitant la fragmentation des efforts et en renforçant le couplage des données et le partage de l'information.

Annexe

- Améliorer les systèmes et les capacités de collecte, d'analyse et d'utilisation des données axées sur l'équité, en vue d'affiner les politiques et de cibler les programmes pour réduire les inégalités en matière de santé et s'atteler aux déterminants sociaux de la santé.
- Suivre les indicateurs de santé, y compris l'équité, et ses déterminants, en utilisant les données issues d'un éventail de sources appartenant au secteur de santé et à d'autres secteurs, notamment les données procédant des établissements de santé, des enquêtes sur les populations, des activités de surveillance, du système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil, et les données pertinentes émanant des parties prenantes autres que le gouvernement.
- Collaborer avec les partenaires du développement, les bailleurs de fonds, le secteur informel et les autres parties prenantes pour renforcer la supervision et l'encadrement dans la gestion et la collecte des données, et pour aligner les parties prenantes et les investissements en vue de soutenir les systèmes d'information sanitaire nationaux.

b) Renforcer la capacité à recueillir et exploiter les informations de manière stratégique

- Développer des personnels de santé capables d'utiliser les informations pour combler les lacunes en matière de connaissances et étayer la prise de décision.
- Former une main-d'œuvre dédiée à l'élaboration des politiques capable de recenser les lacunes en matière de connaissances et d'effectuer les recherches qui s'imposent, ainsi que des « intermédiaires » qualifiés sachant établir des liens entre les recherches, les politiques et les mesures.
- Favoriser une culture de prise de décision reposant sur l'information sur la santé qui permette de prendre les décisions nécessaires concernant le financement, les programmes et la prestation de services.
- Utiliser les méthodologies de prévision et l'analyse des tendances pour renforcer la planification.

c) Normaliser l'information et mettre à profit les technologies de communication

- Convenir de normes d'information cohérentes au niveau national, et si possible au niveau régional, afin de s'assurer que les systèmes et les bases de données puissent « se parler », dans le but d'améliorer la comparaison, le partage, l'échange, l'utilisation et la réutilisation de ces informations à différentes fins.
- Améliorer la diffusion de l'information en temps voulu, y compris l'accès en temps réel si possible, et maximiser les échanges au niveau local et des établissements de santé afin de renforcer les services et les programmes.
- Utiliser les technologies, applications et plateformes de l'information et de communication, tels que les logiciels open source, les mégadonnées, la santé en ligne et la santé sur mobile, pour réaliser les ODD et intensifier les interventions dans les différents contextes nationaux et infranationaux.

Annexe

Répertoire national des données des Fidji

En 2015, le Ministère de la santé et des services médicaux des Fidji a mis au point un Répertoire national des données, un outil de catalogage en ligne servant de lieu de stockage unique des données, dont l'objectif est de documenter, stocker et diffuser à grande échelle toutes les données de santé publique et les métadonnées des Fidji, et d'optimiser leur utilisation dans les politiques et programmes. Le Ministère s'emploie à documenter et à diffuser les données et métadonnées recueillies dans le cadre des diverses initiatives lancées au cours des 10 dernières années. Le portail permet aux gestionnaires de la santé, aux praticiens, aux analystes et aux chercheurs de naviguer, rechercher, comparer et télécharger les données issues d'enquêtes sanitaires, ou encore les données administratives et celles régulièrement communiquées par les établissements de santé. Il favorise l'accès équitable et contribue à assurer la pérennité, la transparence et l'utilisation des normes internationales dans la collecte des données.

Source: Ministère de la santé et des services médicaux. Répertoire national des données des Fidji [site Web]. Suva: Fidji; 2016 (<http://www.health.gov.fj/fijindr/index.php/home>, consulté le 5 juillet 2016).

Mégadonnées et le Service national d'assurance-maladie en République de Corée

Le Service national d'assurance-maladie de la République de Corée (NHIS) constitue l'unique régime d'assurance à but non lucratif dont bénéficient tous ceux qui vivent en République de Corée. Par le biais de ses activités liées à l'assurance-maladie à long terme, au remboursement des frais médicaux auprès des institutions et aux contrôles de santé pour l'ensemble de la population du pays, le NHIS a accumulé un vaste corpus de données longitudinales et informatisées concernant divers aspects de la santé, notamment l'état physiopathologique, les comportements de santé, les conditions sanitaires, l'utilisation des services et la participation financière des usagers. Ces données sont représentatives de l'ensemble de la population de la République de Corée.

Le NHIS a mis au point une base de données nationale de l'information sanitaire (NHID) qui intègre ces données par le biais de liens d'identification individuelle. L'analyse de ces mégadonnées a généré des éléments factuels qui permettent d'étayer les politiques de santé publique ; voici quelques exemples de ces analyses :

- Identifier le lien de causalité et prédire les risques en associant les données issues des contrôles de santé aux antécédents médicaux et au statut socio-économique.
- Créer une base d'éléments factuels sur les risques sanitaires et les maladies par région et par lieu de travail, en vue de moduler les prestations de services en fonction des communautés et des lieux de travail.
- Élaborer un indice précis de santé-maladie et un système de surveillance ciblant les maladies chroniques, en s'appuyant sur les informations relatives à l'utilisation des services par les patients atteints de maladies chroniques.

Les données servent à traiter les problèmes de santé les plus urgents, notamment le faible taux de natalité, le vieillissement de la population et la charge des maladies chroniques. À l'avenir, il est prévu d'intégrer le NHID à d'autres bases de données de santé publique (par exemple les dossiers médicaux électroniques) et de données relatives au climat, à la pollution et au réseau territorial.

Source: Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. Réunion régionale pour optimiser le potentiel des systèmes de données relatives à l'assurance-maladie en vue de soutenir la couverture sanitaire universelle, Manille, Philippines, 1-2 décembre 2015: rapport de réunion. Manille: Philippines; 2015 (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13139>, consulté le 5 juillet 2016).

Orientations supplémentaires

Il est essentiel que tous les pays décident des mesures à prendre et dans quel ordre de priorité à l'aide d'informations fiables qui leur permettront de planifier et de hiérarchiser leurs interventions. Ils doivent tous veiller à mettre l'accent sur l'équité pour suivre les progrès réalisés par les ODD.

Dans les pays dotés de ressources financières et humaines limitées, le cadre de suivi et les indicateurs peuvent mettre l'accent sur les problèmes de santé à forte charge de morbidité et les OMD n'ayant pas encore été atteints. Des indicateurs complémentaires viendraient ensuite cibler les priorités et les besoins locaux. L'examen des indicateurs des ODD et de la CSU devrait être effectué parallèlement à d'autres études, à l'exemple de celles qui touchent au développement national ou au système de santé, et qui impliquent une grande variété de parties prenantes et de représentants des communautés consultées.

Les pays confrontés à une transition socio-économique, quant à eux, doivent se concentrer sur les priorités sanitaires et les changements en cours en matière de santé et de ses déterminants, c'est-à-dire les maladies nouvelles et émergentes, les maladies non transmissibles, les campagnes de promotion de la santé, les répercussions environnementales, etc. L'équité en santé et le principe visant à ne laisser personne de côté doivent être au cœur du suivi des cadres et des examens. La transparence de l'information ainsi que l'engagement et la participation de la société et des communautés sont essentielles au renforcement de l'objectif prioritaire et de la responsabilisation.

S'agissant des pays à revenu élevé, si certaines des cibles des ODD ont déjà été atteintes, il se peut que les cibles relatives à la CSU, aux maladies non transmissibles, aux interventions d'urgence sanitaire ou à des questions semblables, demeurent des priorités. Quel que soit le niveau de prospérité de la population en général, ces pays devront aussi tenir compte des besoins des minorités, des peuples autochtones, des personnes habitant dans des zones rurales et reculées et d'autres groupes vivant dans des conditions socio-économiques défavorables, qu'il faudra traiter en priorité. De manière générale, l'utilisation d'un cadre approprié et propre à chaque pays, ainsi que de banques de données permettant d'évaluer les progrès accomplis et d'étayer les politiques et les services, devrait être une pratique courante, quel que soit le contexte social et économique.

2. Quelles sont les priorités politiques et programmatiques visant à ne laisser personne de côté ?

Contexte

Ne laisser personne de côté est un principe fondamental de la CSU et des ODD. Le cumul des inégalités sociales et économiques amplifie les inégalités en matière de santé. La mauvaise santé et l'absence de bien-être résultent de la répartition inégale du pouvoir et des ressources, de telle sorte que la pauvreté, l'éducation insuffisante, la pénurie de services locaux, le sexe, le logement et d'autres facteurs pris ensemble accentuent et aggravent les problèmes de santé. Les ODD cherchent spécifiquement à mettre en valeur l'équité en santé et le fondement socio-économique de la santé.

Annexe

L'intégration d'un objectif d'équité permettra d'accélérer les progrès en concentrant l'attention et les services sur les personnes qui supportent les plus lourdes charges de morbidité. Pour cela, il s'avère nécessaire de réduire les obstacles à l'accès auxquels font face les groupes défavorisés. Cette démarche permet également aux différents programmes et services de santé d'œuvrer ensemble afin de s'attaquer aux déterminants de la santé communs des groupes prioritaires. La prise en compte de l'équité en santé comme objectif prioritaire va bien au-delà du secteur de la santé. Elle exige de la part des différents secteurs qu'ils collaborent et se complémentent. Lorsque plusieurs secteurs et parties prenantes s'unissent autour d'intérêts communs, il est possible d'établir des partenariats gagnant-gagnant (bénéfices mutuels) afin d'atteindre des cibles multiples. Les partenariats multisectoriels les plus rentables incluent notamment les politiques et les interventions relatives à l'éducation et au développement de la petite enfance, à l'agriculture, aux infrastructures et développement urbains, et à la protection sociale et environnementale.

Domaines d'action proposés

2.1 Équité dans les services de santé

L'intégration de l'équité dans les politiques et les plans nationaux implique de réorienter de manière délibérée les programmes de santé et de services pour répondre aux besoins des personnes en marge de la société. Les groupes défavorisés sont souvent ceux qui sont confrontés aux obstacles les plus nombreux et les plus importants lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de santé essentiels. Il est impératif d'éliminer ces barrières si l'on entend améliorer leur santé et réduire les disparités en matière de santé qui sont évitables et injustes, que ce soit au sein de ces groupes ou vis-à-vis des autres groupes de population. La prise en compte des facteurs sociaux sous-jacents qui favorisent ou aggravent de nombreux problèmes de santé permet aux programmes et aux services de santé d'agir conjointement pour mieux aider les communautés défavorisées.

a) Minimiser les obstacles à l'accès

- Réduire les obstacles physiques et géographiques et les entraves à l'information :
 - en appliquant les principes régissant la CSU³ et les services centrés sur la personne lors de la conception des services et des établissements de santé, en facilitant notamment l'accès aux personnes handicapées ;
 - en adoptant des stratégies telles que le ciblage ou l'utilisation des technologies de l'information afin d'aider les groupes et les zones défavorisés, y compris les populations rurales et mobiles ;
 - en adaptant les services et les informations en fonction des langues parlées, des revenus et du niveau d'éducation; et
 - en travaillant aux côtés des communautés et des prestataires pour améliorer les connaissances en matière de santé et encourager la coopération dans la recherche de solutions.

³ Pour de plus amples informations sur les mesures adoptées pour accélérer les progrès vers la réalisation de la CSU, veuillez consulter le cadre d'action régional intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016, et le résumé inclus dans l'Appendice 2.

Annexe

- Éliminer la discrimination dans l'accès aux services de santé :
 - en s'attaquant aux entraves structurelles et juridiques à l'accès aux services, y compris celles relatives à l'enregistrement des ménages et à la citoyenneté ; et
 - en atténuant le parti pris et les préjugés des agents de santé et en favorisant le respect culturel, la compréhension et la capacité à travailler efficacement au sein de différentes cultures.
 - Concevoir et adapter les services en fonction des différents milieux sociaux, des divers contextes culturels et des besoins locaux, et améliorer l'acceptabilité des services pour des groupes de population définis, par exemple :
 - en luttant contre la stigmatisation fondée sur l'état de santé dont sont victimes certaines communautés, dans les cas par exemple d'une infection sexuellement transmissible, de la tuberculose, de troubles mentaux, d'un handicap, etc. ;
 - en assurant la protection de la vie privée et la confidentialité ; et
 - en mettant en œuvre des pratiques centrées sur la personne, respectueuses des cultures et sensibles à la différence entre les sexes.
- b) Collaborer avec les programmes de santé ayant des déterminants sociaux en commun**
- Engager un processus collectif de planification et d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé, les facteurs de risque et les sources de vulnérabilité des groupes défavorisés qui sont partagés par plusieurs programmes de santé.
 - Fournir des mesures incitatives pour faire évoluer la prestation des services de santé, en passant d'une démarche traditionnelle qui consiste à élaborer des programmes distincts dédiés à des maladies particulières à une action conjointe, s'appuyant sur un financement commun, ce qui permettra de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux sources de vulnérabilité des groupes défavorisés.
 - Mettre en œuvre des approches à assise communautaire ou axées sur le lieu qui regroupent plusieurs services de santé et interventions de programme, et les adapter aux besoins locaux et communautaires.

Annexe

Approches ciblées du Programme national de lutte contre le paludisme des Philippines

Pour parvenir à éliminer le paludisme à l'échelle nationale d'ici à 2020 tout en faisant face à la diminution des ressources et à une résurgence de l'épidémie, le Programme national de lutte contre le paludisme des Philippines a mené une analyse stratifiée ; celle-ci a montré qu'en 2015, environ 14 millions de Philippins étaient exposés au risque de contracter le paludisme, la plupart d'entre eux vivant ou travaillant dans les 53 provinces d'endémie palustre, en particulier dans les zones rurales et boisées. Parmi les groupes ayant été identifiés à risque figuraient les producteurs de charbon, les bûcherons, les fermiers pratiquant une agriculture de subsistance, les agents de projets de développement, les populations déplacées, les travailleurs migrants, les peuples autochtones itinérants, les militaires et autres groupes armés. Ces groupes présentaient de nombreux défis pour la prévention et le traitement du paludisme : difficultés d'accès (dues à leur situation géographique rurale, leur style de vie nomade et la pauvreté), faible acceptabilité des interventions comme la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (en raison de croyances culturelles), barrières linguistiques et insuffisance des connaissances en matière de santé. L'augmentation de la prévalence de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes a mis en lumière des défaillances dans la mise en œuvre du programme.

En réponse à cette situation, le programme, avec le concours de l'OMS et de partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et Pilipinas Shell Foundation, a adopté une stratégie infranationale axée sur l'équité en santé, dont le but est de cibler les ressources et les interventions en faveur des groupes à haut risque vivant dans les zones endémiques. Les nouveaux critères de stratification ont permis de répartir en différentes catégories les régions où le paludisme est endémique, et de détecter et de traiter la maladie plus tôt dans les groupes et zones prioritaires ciblés. La promotion de la santé et de la collaboration intersectorielle, y compris avec des partenaires transfrontaliers, a été intensifiée, les capacités locales ont été renforcées et la pulvérisation à l'intérieur des habitations a été effectuée là où les pratiques culturelles limitaient l'usage de la moustiquaire. En conséquence, le paludisme a été réduit de trois quarts entre 2000 et 2011 ; en 2013, un tiers des provinces avait éliminé le paludisme.

Sources: Département de la santé - Centre national pour la prévention et la lutte contre les maladies. Programme de lutte contre le paludisme. Dans: Programmes de santé [site Web]. Manille: Philippines; 2016(<http://www.doh.gov.ph/malaria-control-program>, consulté le 5 juillet 2016). Ministère de la santé des Philippines, Organisation mondiale de la santé et Université de Californie, San Francisco. Éliminer le paludisme: Étude de cas 6 - Progrès vers l'élimination infranationale aux Philippines. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2014.

Whānau Ora: une initiative pangouvernementale en Nouvelle-Zélande

Whānau Ora est une initiative pangouvernementale de la Nouvelle-Zélande visant à habiliter les familles à prendre en main leur propre avenir. Elle a été introduite en 2010 après qu'un groupe de travail chargé des initiatives axées sur les *whānau* (axées sur la famille) a reconnu l'insuffisance des prestations offertes aux familles maories par les services sanitaires et sociaux. *Whānau Ora* est une approche conçue pour fournir des moyens d'action à l'ensemble du *whānau*, au lieu d'être centrée sur les individus qui le forment, afin de l'habiliter à obtenir de meilleurs résultats. Cette initiative place le *whānau* au centre du processus décisionnel, lui permettant de déterminer ses besoins, de négocier son accès à l'ensemble des services offerts et de renforcer ses moyens d'atteindre ses objectifs. Les familles travaillent ensemble dans des groupes *whānau* afin d'identifier leurs impératifs et d'élaborer des plans en vue d'améliorer leurs résultats de santé, d'acquérir de nouvelles compétences, ou encore d'obtenir un emploi. Les services de la santé, de l'éducation, du développement social, de la justice, du logement et d'autres services sociaux, ainsi que les organismes communautaires et les *iwi* (tribus) locaux travaillent main dans la main pour répondre aux besoins des *Whānau*.

Au cours du trimestre avril-juin 2015, près de 5000 *whānau* (y compris des familles maories, océaniques et d'autres familles) de Nouvelle-Zélande ont reçu des services axés sur les *whānau* par le biais d'un réseau de 62 prestataires. Le projet est piloté par Te Puni Kōkiri, le ministère du développement maori. Plusieurs organismes, notamment les ministères de la santé et du développement social, travaillent conjointement à la mise en oeuvre de ce programme de travail pangouvernemental. Un groupe de partenariat *Whānau Ora*, composé de représentants du Forum national des sièges *Iwi* et de partenaires gouvernementaux, assure l'encadrement stratégique et définit les orientations et les priorités. Il effectue également le suivi des progrès réalisés en s'appuyant sur un cadre de résultats *Whānau Ora* assorti d'indicateurs visant à accélérer les progrès vers l'équité en santé pour les familles maories et océaniques et à mesurer le succès de *Whānau Ora* au cours des quatre prochaines années.

Les activités sont sélectionnées en fonction de critères permettant de favoriser des méthodes de travail axées sur le *whānau*, de refléter les problèmes de santé bien connus des familles maories et océaniques, et de proposer une variété d'interventions et de modifications par rapport à la référence de base en vue de répondre aux priorités dans les quatre ans à venir. Le Ministère de la santé privilégie cinq indicateurs : santé mentale, asthme, santé bucco-dentaire, obésité et tabagisme. Il rend régulièrement compte de la performance des cabinets de soins faisant partie des coopératives *Whānau Ora*, (groupes de prestataires de services ayant pour but d'améliorer l'accès aux services sanitaires et sociaux), en s'appuyant sur 11 indicateurs fortement associés aux causes majeures de morbidité et de mortalité chez les Maoris. Le dernier rapport publié, portant sur l'exercice clos en septembre 2015, a montré que les résultats obtenus dans cinq des 11 indicateurs pour l'échantillon *Whānau Ora* étaient aussi bons, sinon meilleurs, que ceux de l'échantillon national. Il s'agit de résultats encourageants étant donné l'amplitude des besoins sanitaires des patients généralement suivis dans les cabinets de soins des coopératives *Whānau Ora*.

Pour plus d'informations et de sources: Rapport sur la performance des cabinets de soins dans les coopératives *Whānau Ora* en septembre 2015. Wellington: Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande; 2016 (<http://www.health.govt.nz/publication/report-performance-general-practices-whanau-ora-collectives-september-2015>, consulté le 2 août 2016). *Whānau Ora* en bref [en ligne]. Wellington: Te Puni Kōkiri, Ministère du développement maori de la Nouvelle-Zélande; 2016 (<http://www.tpk.govt.nz/en/whakamahia/whanau-ora>, consulté le 2 août 2016). Programme *Whānau Ora* [en ligne]. Wellington: Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande; 2015 (<http://www.health.govt.nz/our-work/populations/Māori-health/whanau-ora-programme>, consulté le 2 août 2016).

Annexe

2.2 Partenariats gagnant-gagnant grâce à une collaboration multisectorielle

L'amélioration de la santé et de l'équité fait appel à des capacités que le secteur de la santé à lui seul n'est pas en mesure de fournir. Les ODD insistent sur la nécessité d'une collaboration étroite avec les autres secteurs et parties prenantes (voir le tableau de l'Appendice 4 illustrant les principales cibles des programmes de santé ainsi que les secteurs et les parties prenantes prioritaires qui s'y rattachent). Les données factuelles indiquent les partenariats les plus rentables établis entre le secteur de la santé et d'autres secteurs qui présentent un potentiel de relation gagnant-gagnant plus fort que d'autres. Lorsque plusieurs parties prenantes travaillent main dans la main au profit d'intérêts communs, il est possible, grâce à une responsabilité partagée entre secteurs, de multiplier les avantages et de promouvoir les objectifs de l'ensemble de ces secteurs.

a) Stimuler le développement social

- Mobiliser les secteurs sociaux et les autres partenaires à travers des mesures conjointes en faveur de l'équité sociale, parmi lesquelles :
 - un ensemble complet de mesures en faveur du développement de la petite enfance, y compris l'enseignement primaire pour tous, en se concentrant d'abord sur les groupes défavorisés ;
 - l'éducation des femmes et des filles, ainsi que des initiatives en faveur des femmes et des hommes, des garçons et des filles afin de transformer les normes de genre néfastes à la santé, à la sécurité et au développement ;
 - des environnements scolaires sains, y compris l'accès à une alimentation adéquate et sûre, à l'eau et à l'assainissement ;
 - l'amélioration des conditions de travail des hommes et des femmes dans les secteurs formels et informels, s'appuyant sur les normes convenues au niveau international afin de réduire l'exposition aux risques physiques et psychosociaux ;
 - les accords de travail qui prennent en compte le congé parental, l'emploi et la protection sociale, l'allaitement maternel au travail et l'aide aux soins en faveur de la famille et des enfants ;
 - des mesures visant à lutter contre le travail forcé, y compris le travail forcé des enfants et la traite des êtres humains, et à améliorer l'accès des réfugiés et des migrants aux services de base ; et
 - la coordination des interventions et des services de base destinés aux groupes de population défavorisés, y compris des services intégrés pour les personnes âgées et fragiles, et les personnes handicapées.

b) Promouvoir une urbanisation saine

- Œuvrer en concertation avec les urbanistes et les planificateurs des infrastructures, ainsi que les prestataires de services dans le but de promouvoir la santé et la sécurité, en particulier dans les communautés à faibles revenus, les mégapoles et les zones urbaines denses.
- Assurer l'accès à un logement ou un hébergement adéquat, à l'eau et à l'assainissement, à l'électricité et autres services de base, et améliorer les bidonvilles urbains.

Annexe

- Assurer l'accès à des espaces sécurisés et des milieux communautaires exempts de violence, en accordant une attention particulière aux femmes et aux filles, et aux autres groupes défavorisés, et les incorporer dans la conception urbaine.
- Investir, réglementer et éduquer dans le domaine des transports afin d'offrir des infrastructures routières sûres et accessibles et de réduire le nombre de traumatismes et d'accidents de la circulation, et améliorer l'accès aux établissements et services de santé par voie routière et ferroviaire.
- Aider les villes et les zones rurales à se préparer, à riposter et à se relever face aux catastrophes.

c) Protéger la santé de l'environnement

- Renforcer les mécanismes et les processus visant à préserver l'environnement face à la pollution de l'eau, de l'air, de la terre et du sol, et protéger la biodiversité et les écosystèmes.
- Surveiller les risques pour la santé liés à l'environnement et prendre les mesures nécessaires pour les atténuer, en particulier pour les groupes de population défavorisés.
- Sensibiliser le public et prendre les mesures nécessaires pour atténuer les effets du changement climatique sur la santé des populations, notamment en favorisant la mise en place de systèmes de santé résistants.
- Évaluer l'impact des infrastructures, des projets miniers et autres projets industriels proposés sur la santé et l'équité en santé.
- Stimuler la production alimentaire locale, ainsi que les pratiques agricoles, la pêche et la consommation axées sur un développement durable.
- Améliorer les systèmes de sécurité sanitaire alimentaire et de sécurité alimentaire, en particulier pour les communautés à faibles revenus et les autres groupes défavorisés.
- Construire des installations publiques et sanitaires « vertes » et sensibiliser tous les secteurs à l'adoption de principes et d'une gestion qui soient respectueux de l'environnement.

Annexe

Changement climatique dans le Pacifique

Reconnaissant la vulnérabilité particulière des États et Territoires insulaires du Pacifique face au changement climatique et ses incidences sur les infrastructures communautaires, les écosystèmes, la pêche, l'agriculture et la santé humaine, les chefs de gouvernement du Pacifique ont mandaté le Secrétariat du Programme régional océanien de l'environnement pour coordonner la riposte dans la Région.

La priorité stratégique en matière de changement climatique énoncée par le Secrétariat tend à renforcer la capacité de tous les membres à lutter contre le changement climatique en améliorant la prise de conscience et le niveau de compréhension des conséquences potentielles pour les communautés et les moyens de subsistance, en améliorant les politiques, en mettant en œuvre des mesures d'adaptation concrètes, en renforçant la résilience des écosystèmes et en favorisant un développement à faible émission de carbone. Le *Cadre d'Action contre le changement climatique des îles du Pacifique* pour la période 2006-2015 reconnaît que le succès de cette entreprise dépendra de la volonté politique des parties prenantes et des partenariats nationaux et locaux, ainsi que de la coordination régionale.

Le Secrétariat dirige l'action régionale par le biais de la Table ronde des îles océaniques sur le changement climatique (convoquée deux fois par an), du *Cadre d'Action contre le changement climatique des îles du Pacifique* et du Groupe de travail des chefs d'entreprise sur le changement climatique relevant du Conseil des organisations régionales du Pacifique (CORP). Le Portail océanien sur le changement climatique (PCCP) compile des informations sur les projets et les partenariats ventilés par pays, par agence et par thème.

Source: Secrétariat du Programme régional océanien de l'environnement. Qui sommes-nous ? [site Web]. Apia: Samoa; 2016 (<https://www.sprep.org/about-us>, consulté le 5 juillet 2016). Secrétariat du Programme régional océanien de l'environnement. Cadre d'action contre le changement climatique des îles du Pacifique 2006-2015. Apia: Samoa; 2007 (http://www.sprep.org/climate_change/pycc/documents/PIFACC.pdf consulté le 5 juillet 2016). Secrétariat du Programme régional océanien de l'environnement. Portail océanien sur le changement climatique [site Web]. Apia: Samoa; 2016 (<http://www.pacificclimatechange.net/>, consulté le 5 juillet 2016).

Inscrire la résistance aux antimicrobiens (RAM) dans le contexte des ODD

L'augmentation de la résistance aux antimicrobiens (RAM) menace notre capacité à traiter les infections et finalement à réaliser pleinement les ODD. Il s'agit d'un défi de santé mondial qui exige une collaboration étroite entre tous les secteurs et parties prenantes.

La Consultation technique bi-régionale sur la résistance aux antimicrobiens en Asie, qui s'est tenue en avril 2016 à Tokyo (Japon), a mis en évidence l'impérieuse nécessité de traiter la RAM comme une question relative au développement moyennant le renforcement des systèmes et l'instauration de mécanismes de gouvernance nationaux, régionaux et mondiaux favorisant la collaboration multisectorielle. Le *Communiqué de Tokyo*, signé le 16 avril 2016 à l'occasion de la réunion des ministres de la santé sur la résistance aux antimicrobiens en Asie, a fait de la RAM un volet essentiel de la couverture sanitaire universelle, de l'approche « Une seule santé » et des objectifs plus larges de développement durable (en particulier les ODD 2, 3, 12 et 17). Les systèmes de santé résistants peuvent endiguer la RAM chez l'homme. L'approche « Une seule santé » permet de mener une action durable dans les secteurs de la santé humaine, de la santé animale, de l'agriculture et de l'environnement. La prise de mesures intégrées pour combattre la RAM par le biais d'une gouvernance collaborative contribuera à la réalisation des ODD.

Source : Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales, Japon. Communiqué de Tokyo Réunion des ministres de la santé sur la résistance aux antimicrobiens en Asie. Tokyo : Japon; 2016 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10500000-Daijinkanboukokuksaika/0000122127.pdf>, consulté le 5 juillet 2016)

2.3 Financer des stratégies visant à promouvoir l'équité

L'équité sociale a pour but d'émanciper les groupes socialement exclus et défavorisés.

L'accès universel aux infrastructures et aux services publics est essentiel au développement d'un pays ainsi qu'à la santé et au bien-être de ses citoyens. Cela exige de concevoir des approches viables, innovantes, transparentes et fondées sur des éléments probants pour mobiliser et allouer les ressources requises.

a) Renforcer le financement public en faveur de l'équité sanitaire et sociale

- Prôner des politiques étayées par des preuves factuelles et démontrer les retombées sociales des investissements en faveur de l'équité en santé.
- Accroître la marge de manœuvre budgétaire du secteur social, notamment par l'intermédiaire de l'affectation de taxes sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées.
- Utiliser plus efficacement et équitablement les dépenses publiques, notamment en luttant contre la corruption et les conflits d'intérêts.
- Cibler les groupes défavorisés afin qu'ils bénéficient des investissements publics et des interventions susceptibles d'avoir la plus grande incidence.

b) Améliorer l'accès à la protection sociale

- Appliquer des mesures qui offrent un minimum de protection sociale contre la pauvreté et le rejet social.
- Relier les mécanismes de protection financière en matière de santé aux mécanismes de protection sociale plus généraux.
- Agir sur les obstacles financiers aux services sanitaires et sociaux de base et aux médicaments essentiels, et réduire les paiements directs qui engendrent des difficultés financières ou entraînent l'appauvrissement des individus et des familles.

Annexe

Dispositif d'assistance financière en Chine

Le dispositif d'assistance financière médicale (MFA-Medical Financial Assistance) instauré en Chine favorise l'accessibilité financière des services médicaux de base et sert ainsi de protection sociale aux ménages urbains et ruraux les plus pauvres, leur offrant une aide à l'inscription à l'assurance médicale de base ainsi que des indemnisations supplémentaires pour leurs dépenses directes, sous forme de franchise ou de ticket modérateur.

Le programme a été déployé tout d'abord dans les zones rurales en 2003 pour être étendu aux zones urbaines en 2005. En 2008, il est devenu disponible à l'échelle nationale. Le Ministère des affaires civiles (MOCA-Ministry of Civil Affairs) en dirige la mise en œuvre, avec le concours des Ministères des finances, des ressources humaines et de la sécurité sociale, ainsi que de la Commission nationale pour la santé et la planification familiale. Il est financé par le gouvernement et les dons sociaux. Il fournit une assistance financière aux ménages urbains démunis en vue de couvrir les « cinq garanties » : nourriture, vêtements, soins médicaux, frais de logement et d'enterrement. Dans les zones rurales, les communes du peuple aident les personnes âgées, les handicapés, les veuves, les orphelins et les pauvres, à régler le plus souvent les frais d'admission à l'hôpital et dans certains cas les services ambulatoires.

Les personnes enregistrées auprès du MOCA ne règlent que les dépenses directes dans des hôpitaux précis, les autres dépenses hospitalières étant directement prises en charge par le MFA. Les personnes non inscrites règlent les dépenses directes au moment des soins et demandent à être remboursées ultérieurement. Entre 2009 et 2014, le dispositif a amassé plus de CN¥ 100 milliards, couvrant de plus 100 millions personne-temps. Un document stratégique rédigé en 2015 afin d'améliorer l'assistance financière pour les maladies graves et critiques conjugue les systèmes d'assistance médicale mis en place dans les zones urbaines et rurales en vue de créer un système global de protection des droits de la santé des citoyens, grâce à la réduction du coût des soins de santé et la promotion de l'utilisation des services nécessaires.

| Fiscalité et affectation des recettes fiscales pour promouvoir la santé | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>Les États Membres de la Région du Pacifique occidental ont recours à diverses méthodes pour accroître les ressources budgétaires en faveur de la santé, notamment la fiscalité et l'affectation spéciale de ces fonds. Nombre d'entre eux ont créé des fondations pour la promotion de la santé afin d'améliorer la santé et le bien-être et de prévenir les maladies. Voici une vue d'ensemble des approches et des organismes rencontrés dans certains pays.</p> | | | | |
| État/ Pays | Organisation | Législation | Sources de financement | Objectifs de la loi/des fonds |
| Iles Cook | Ministère des finances et de la gestion économique, Ministère de la santé, Gouvernement des Îles Cook | Aucune loi adoptée; Accord entre le Ministère des finances et le Ministère de la santé | Taxes sur le tabac | Le Ministère des finances et de la gestion économique a alloué au Ministère de la santé des recettes supplémentaires issues d'une majoration des taxes sur le tabac et destinées à lutter contre les MNT. Le Ministère de la santé a utilisé ces fonds pour financer des initiatives de lutte antitabac, y compris des services de sevrage tabagique. |
| Malaisie | Conseil malaisien de promotion de la santé | Loi 651, adoptée par le Parlement malaisien en 2007 | Allocation triennale du Gouvernement basée sur la candidature par le Conseil (a) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer les capacités de promotion de la santé des organisations, notamment celles liées à la santé et à assise communautaire. 2. Planifier et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé et des activités au profit de la communauté, en privilégiant la jeunesse. |
| Mongolie | Fondation mongolienne pour la promotion de la santé | Loi mongolienne nationale sur le Fonds spécial du Gouvernement | Budget du gouvernement | <p>Lutte contre le tabac et l'alcool moyennant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la mise en œuvre du projet et du programme pour la promotion de la santé ; 2. le soutien d'activités de prévention des maladies causées par le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ; 3. l'organisation d'activités d'information, d'éducation et de communication pour lutter contre le tabac et l'alcoolisme et permettre un suivi ; 4. la hausse de l'approvisionnement en médicaments, équipements et techniques nécessaires pour aider à renoncer au tabac et à traiter la consommation abusive d'alcool ; 5. la conduite de recherches sur les retombées économiques de la consommation d'alcool et du tabagisme sur la santé ; 6. l'amélioration de l'accès des personnes souffrant d'alcoolisme aux services de santé et d'aide sociale ; 7. l'appui aux individus, organisations non gouvernementales et personnes morales participant activement aux activités de lutte et de prévention de l'alcoolisme ; et 8. le soutien d'activités destinées à promouvoir la santé de la population générale. |

Annexe

| | | | | |
|---------------------|--|--|---|---|
| Nouvelle-Zélande | Agence de promotion de la santé de la Nouvelle-Zélande www.hpa.org.nz | Loi portant modification de la loi de 2000 sur la santé publique et l'invalidité en Nouvelle-Zélande | Financée par Vote Health, la taxe sur l'alcool produit ou importé pour la vente en Nouvelle-Zélande, et une partie de la taxe prélevée sur les jeux d'argent | L'agence dirige et finance des activités en vue de : <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la santé et le bien-être et encourager des modes de vie sains; • Prévenir les maladies et les traumatismes; • Assurer la promotion de la santé, du bien-être et de modes de vie sains dans des environnements adaptés; et • Réduire les risques physiques, économiques et sociaux. |
| Palaos | Mécanisme national de coordination pour les MNT | RPPL 9-57 | Taxes sur le tabac et l'alcool | 10% des taxes sur l'alcool et le tabac sont affectées à la prévention des MNT, en particulier au Fonds des MNT qui contribue aux efforts fournis par le Mécanisme national de coordination pour les MNT. |
| Philippines | Affectation des recettes issues des taxes sur le tabac et l'alcool au domaine de la santé | Loi républicaine 10351 ou loi de réforme sur les droits d'accises | Revenus additionnels issus des droits d'accises sur les produits du tabac et l'alcool ; la loi a restructuré les taxes sur le tabac et l'alcool de façon à générer des recettes supplémentaires | La loi prescrit que 15% des recettes issues des droits d'accises sur les produits du tabac soient affectées aux programmes offrant des alternatives aux cultivateurs de tabac et aux travailleurs dans les provinces productrices de tabac. La loi prévoit aussi que 80% des autres recettes soient allouées au programme de la CSU dans le cadre du Programme national d'assurance maladie, et 20% aux programmes et structures d'assistance médicale et d'amélioration de la santé. |
| République de Corée | Centre de gestion pour la promotion de la santé http://mchp.hp.go.kr | Loi nationale de 1995 pour la promotion de la santé (révisée en 2006) Réglementation du Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille (votée en 2005) | Principalement financée par le budget du Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille | <ol style="list-style-type: none"> 1. Financer l'élaboration du Plan national de promotion de la santé qui fait fonds sur la Loi nationale pour la promotion de la santé. 2. Mettre en œuvre des programmes de formation destinés aux professionnels de la santé. 3. Planifier et évaluer la recherche dans le domaine de la promotion de la santé. 4. Mettre en pratique des initiatives liées aux programmes de promotion de la santé assignés par le Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille. |
| Singapour | Conseil pour la promotion de la santé de Singapour www.hpb.gov.sg | Loi du conseil pour la promotion de la santé 2001 | Principalement financée par le budget du Ministère de la santé | Promouvoir la santé en nouant des partenariats pérennes avec d'autres organismes gouvernementaux, la collectivité, les entités privées et les personnes morales, afin de mettre en œuvre des programmes visant tous les groupes d'âge (enfants, jeunes, adultes, personnes âgées) dans des environnements différents (écoles, communauté, lieu de travail, organismes de soins de santé). Ces programmes englobent la promotion de la santé (lutte antitabac, nutrition, activité physique, santé mentale, MNT, et prévention et gestion des maladies transmissibles), le dépistage des maladies chroniques (pour adultes), les contrôles de santé pour les enfants (état de santé poids/taille, myopie, faculté auditive, scoliose, santé bucco-dentaire) et la vaccination. |

Annexe

| | | | | |
|-----------------------|--|---|---|--|
| Victoria (Australie) | Fondation VicHealth pour la promotion de la santé www.vichealth.vic.gov.au | Loi de 1987 sur le tabac | Financée initialement par une taxe sur le tabac (Tobacco Act 1987). Financée aujourd'hui par une subvention directe du gouvernement central de l'État. | 1. Financer les activités liées à la promotion de la santé, la sécurité et la prévention des maladies. 2. Améliorer la sensibilisation aux programmes visant à promouvoir la bonne santé à travers le parrainage des sports, des arts et de la culture populaire. 3. Encourager la communauté à adopter des modes de vie sains et soutenir les activités favorisant une vie saine. 4. Financer les activités de recherche et de développement dont le but est promouvoir une vie saine. |
| Australie occidentale | Fondation Healthway pour la promotion de la santé en Australie occidentale www.healthway.wa.gov.au | Loi de 2006 pour lutter contre les produits du tabac, (a remplacé la Loi antitabac de 1990) | Transfert annuel régi par le Trésor (anciennement un pourcentage de la taxe sur le tabac) | Offrir des subventions et des parrainages pour promouvoir la santé par le biais de programmes et de recherches sur l'amélioration de la santé, et d'activités sportives et artistiques. |
| Tonga | Fondation TongaHealth pour la promotion de la santé aux Tonga www.tongahealth.org.to | Loi de 2007 relative à la Fondation pour la promotion de la santé | Les fonds seront alloués par l'Assemblée législative et pourront inclure des mesures fiscales appropriées, comme convenu périodiquement par le Ministère des finances et le Ministère de la santé. Seront aussi acceptés legs, dons et subventions, ou tout autre revenu ou paiement dû à la fondation. | 1. Soutenir les activités, installations, projets ou programmes de recherche liés à la promotion de la santé, la sécurité, la prévention et la détection précoce des maladies. 2. Tenir des statistiques et d'autres registres faisant état des réalisations de la fondation. 3. Fournir des conseils sur les questions soumises à la fondation par le Ministre, et sur les sujets en rapport avec le fonctionnement de la fondation. |

Note : (a) Le Trésor de la Malaisie a jugé qu'il n'existait aucune disposition pour allouer directement la taxe sur le tabac au Conseil et a pris note des limitations politiques et religieuses à l'affectation des taxes sur le tabac et sur d'autres « produits nocifs pour la santé ».

Orientations supplémentaires

La meilleure façon de renforcer les approches sanitaires axées sur l'équité en santé dans chaque pays dépendra de son histoire, du paysage politique et culturel, de l'économie, des ressources disponibles et de ses aspirations. Les pays pourront envisager comme point de départ d'identifier des mesures concrètes permettant d'intégrer un objectif d'équité dans leurs politiques, leurs stratégies et leurs plans sanitaires nationaux déjà en place.

Les pays axés sur les objectifs inachevés des OMD devront évaluer leurs programmes et leurs services de santé dans une optique d'équité en vue d'identifier les groupes de population marginalisés et défavorisés ayant été laissés pour compte, et d'améliorer l'efficacité des interventions. Les enseignements tirés peuvent guider les mesures à prendre pour faire face aux autres priorités sanitaires émergentes, en établissant une base solide pour faciliter la collaboration future avec d'autres secteurs et parties prenantes.

L'objectif prioritaire de certains pays sera de maintenir les acquis réalisés au cours de l'époque des OMD. Dans les cas où l'orientation sur l'équité a déjà été institutionnalisée et où les partenariats de collaboration multisectorielle ont été mis en place, il sera alors possible de

Annexe

se consacrer à l'élargissement et à l'institutionnalisation de la coopération et de s'atteler à des priorités de santé plus complexes. Les plans nationaux de développement peuvent contribuer à recenser les points d'entrée, et à s'accorder sur les mesures à prendre immédiatement et sur les stratégies nécessaires pour intensifier les programmes efficaces.

D'autres pays seront en mesure de tabler sur des systèmes plus développés, dotés des ressources nécessaires pour intensifier ou réorienter les initiatives et les programmes sanitaires cibles, et d'examiner et d'élaborer des politiques en partenariat avec d'autres secteurs et parties prenantes. Des efforts ciblés seront indispensables pour identifier, prendre en compte et satisfaire aux besoins des groupes n'ayant pas profité des progrès économiques et sociaux et pour déterminer les services essentiels auxquels ils n'ont pu encore accéder.

Les meilleures façons d'atteindre ces objectifs devront trouver le juste équilibre pour gérer le plus efficacement possible la mission de ne laisser personne de côté tout en tenant compte des ressources disponibles.

3. Comment les pays concrétiseront-ils leurs priorités ?

Contexte

Collaborer efficacement au sein du gouvernement implique qu'il faudra adopter de nouveaux modes de réflexion et de travail à tous les niveaux du secteur public et au-delà. Même si le secteur de la santé peut remplir son rôle dans l'élimination des obstacles et la mise en place de dispositifs d'incitation favorisant une collaboration intersectorielle, cela exigera un leadership éclairé, de nouvelles stratégies et politiques ainsi que des principes de financement novateurs qui encouragent et récompensent la coopération.

Les structures gouvernementales, parlementaires, bureaucratiques et les organismes non gouvernementaux varient d'un pays à l'autre, si bien que les possibilités d'influence et de plaidoyer sont elles aussi très diverses. Quelles que soient leurs caractéristiques, elles offrent toutes de nombreuses opportunités de collaboration et de persuasion. Elles peuvent prendre la forme de comités et de secrétariats ministériels ou parlementaires, de groupes de travail et comités interministériels et de divers types d'instances et de participation impliquant le public, l'industrie et les parties prenantes. Ces organismes offrent de nombreuses possibilités en matière de soutien, d'échange de témoignages, de définition des objectifs et des cibles, de coordination, de plaidoyer, de suivi et d'évaluation, d'orientation, de soutien financier, de mandats juridiques et de mise en œuvre.

3.1 Collaboration au sein du gouvernement

a) Créer des conditions favorables à l'action intersectorielle

- Repérer les hauts dirigeants engagés qui favoriseront le dialogue, mobiliseront les efforts et guideront l'action.
- Définir les objectifs d'action communs avec les parties prenantes et les secteurs concernés (Appendice 4) qui permettront de relever les principaux défis auxquels sont confrontés les différents secteurs.
- Saisir les occasions de créer des points d'entrée favorisant l'action intersectorielle.

Annexe

- Instaurer la confiance entre les représentants du gouvernement et les parties prenantes non gouvernementales, comme par exemple les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les universités à but lucratif, en vue d'inciter à la coopération et à la prise en compte des points forts, des compétences, des rôles et des responsabilités de chacun.

b) Structurer des dispositifs institutionnels pour soutenir l'action intersectorielle

- Impliquer les pouvoirs législatif et exécutif du gouvernement afin d'évaluer la nécessité d'une réforme législative pour réaliser l'équité en santé.
- Orienter et renforcer les capacités des nouveaux parlementaires et fonctionnaires venant d'autres secteurs en matière d'action intersectorielle pour l'équité en santé.
- Organiser des forums intersectoriels et intergouvernementaux pour orienter les secteurs ministériels vers des priorités et des mesures faisant déjà l'objet d'un engagement commun et d'un consensus.
- Promouvoir la participation des autorités locales et faire en sorte que les administrations locales disposent de ressources suffisantes et des moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités.

c) Incorporer des mesures d'équité en santé dans les activités de planification et de compte-rendu dans tous les secteurs

- Intégrer les objectifs, les stratégies et les indicateurs en matière d'équité en santé dans les activités de planification et de compte-rendu des autres secteurs et concevoir des programmes, des politiques et des réglementations complémentaires aux niveaux national et infranational.
- Maintenir les allocations budgétaires en faveur des programmes avantageux pour la santé, y compris la budgétisation commune et le financement commun entre ministères, à tous les niveaux du gouvernement.
- Produire et diffuser des données factuelles, y compris les résultats issus des évaluations d'impact sur la santé et sur l'équité en matière de santé et des examens conjoints, afin de plaider en faveur d'une action concertée pour mieux comprendre, planifier, anticiper et aborder les déterminants sociaux de la santé.
- Formuler des politiques et des programmes au sein du gouvernement qui soient particulièrement adaptés aux groupes de population défavorisés et à leurs problèmes de santé.

d) Modeler les relations internationales pour agir en faveur de la santé

- Améliorer l'intégration de l'équité en santé dans la programmation et les politiques relatives à l'aide internationale au développement.
- Collaborer avec les secteurs concernés pour protéger la santé publique dans la négociation des accords commerciaux et autres accords internationaux et bilatéraux.
- Participer à l'élaboration des conventions et des normes convenues au niveau international qui répondent aux besoins des populations défavorisées et adopter ces normes dans les cadres législatifs nationaux en fonction du contexte local (Appendice 5).
- Mobiliser d'autres pays et organisations régionales pour partager l'information et promouvoir la coordination au-delà des frontières sur des questions telles que les migrations, les risques pour l'environnement, le changement climatique, ainsi que la surveillance et la riposte face aux maladies infectieuses.

Annexe

Accords commerciaux internationaux: opportunité ou menace pour la santé publique ?

Les accords commerciaux internationaux peuvent prévoir des mécanismes de règlement des différends entre investisseurs et États (RDIE). Ces mécanismes permettent aux entités privées d'attaquer un État en dehors de son système judiciaire national. Ils peuvent dissuader les pays d'introduire et d'appliquer certaines politiques de santé publique par crainte de litiges éventuels. Il existe des précédents de ce type dans le domaine de la santé. Par exemple, en 2012, Philip Morris a contesté la décision de l'Australie de mettre en place des paquets de cigarettes neutres, en vertu d'un accord commercial bilatéral entre l'Australie et la RAS de Hong Kong (Chine) et en s'appuyant sur une procédure d'arbitrage de type RDIE. Fort de cette expérience et sur la base de préoccupations similaires exprimées au cours des négociations, l'Accord de partenariat transpacifique exclut les mesures antitabac du mécanisme de RDIE. Cette exclusion limite la capacité des entreprises à engager des poursuites contre un gouvernement concernant des politiques qui visent à lutter contre le tabagisme, à l'exemple des lois sur les emballages neutres.

Exemples de structures de gouvernance intersectorielles

Un grand nombre de politiques et de programmes influant sur la santé proviennent d'autres secteurs que celui de la santé. Il est par conséquent impératif, pour s'occuper de la santé des populations, de faciliter l'action intersectorielle, en encourageant par exemple l'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques (Health in All Policies - HiAP). Le tableau ci-après fournit un cadre conceptuel de la façon dont les différentes structures de gouvernance peuvent favoriser l'approche HiAP, chacune ayant son propre profil en termes d'action intersectorielle.

Comment les structures de gouvernance intersectorielles peuvent appuyer la santé dans toutes les politiques

| Mesures de gouvernance | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|--|--------------|-----------------|--------------------|------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | Appui des données factuelles | Établissement d'objectifs et de cibles | Coordination | Sensibilisation | Suivi & évaluation | Orientations générales | Appui financier | Établissement d'un mandat juridique | Mise en œuvre et gestion | |
| Structures de gouvernance intersectorielle | Niveau de gouvernement | Secrétariats et comités ministériels | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| | Niveau du Parlement | Commissions parlementaires | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| | Niveau bureaucratique (service public) | Unités et commissions interministérielles | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ |
| | | Super-ministères et regroupement de ministères | | | ✓ | | | | | | | ✓ |
| | Gestion des modalités de financement | Budgétisation conjointe | | | ✓ | | | | | ✓ | | ✓ |
| | | Financement délégué | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Participation extra-gouvernementale | Participation du public | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | |
| | | Participation des parties prenantes | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| | | Participation de l'industrie | | | ✓ | | | | | ✓ | | |

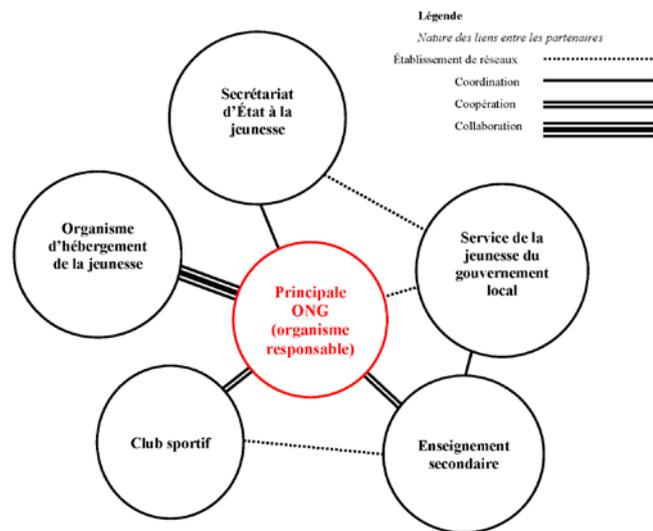
Adapté de : Wismar M, McQueen D, Lin V, Jones C, Davies M. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Eurohealth Observer. 2012;18(4) :3-7. Bruxelles : Belgique.

Outil d'analyse des partenariats de VicHealth

Afin d'améliorer le succès potentiel des partenariats pour la santé, la Fondation VicHealth pour la promotion de la santé en Australie a mis au point un outil d'analyse des partenariats pour aider les organisations travaillant en partenariat à mieux comprendre la valeur de ce type d'association, à réfléchir aux partenariats existants et à étudier les moyens de les renforcer.

Cet outil permet aux organisations d'évaluer, de contrôler et de maximiser l'efficacité de leurs partenariats. La création de partenariats efficaces est particulièrement pertinente pour réaliser les ODD, ces derniers étant étroitement imbriqués et nécessitant une action concertée entre l'ensemble des secteurs et des parties prenantes. L'outil permet aux utilisateurs de discuter des enjeux et des solutions envisageables à l'aide de plusieurs activités, notamment en dressant la liste des caractéristiques qui définissent la réussite d'un partenariat.

Cartographie de la nature des liens



Source : Fondation pour la promotion de la santé dans l'État de Victoria. Outil d'analyse des partenariats. Melbourne : Victoria; 2011 (www.vichealth.vic.gov.au, consulté le 5 juillet 2016).
ONG = organisations non gouvernementales

Annexe

Unités dédiées à l'action intersectorielle au sein des ministères de la santé

Certains ministères de la santé ont créé des unités dédiées à l'action intersectorielle. Par exemple, le Département de la santé de l'Australie du Sud a mis sur pied une petite unité dédiée à l'intégration de la santé dans toutes les politiques (HiAP) pour faciliter la collaboration avec d'autres organismes gouvernementaux en matière de santé et de bien-être, en mettant en particulier l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Le Département de la santé emploie une approche HiAP pour inciter tous les secteurs à examiner les conséquences sanitaires de leurs politiques et de leurs pratiques et à étudier la façon dont une population en meilleure santé peut contribuer aux objectifs des autres secteurs.

Ces unités sont en mesure de consacrer du temps et des ressources à des activités intersectorielles. Elles risquent toutefois de désengager la responsabilité des autres départements du ministère ou d'être marginalisées si elles sont considérées comme trop éloignées de la mission principale du ministère. Pour garantir leur succès, il convient donc d'adopter certaines stratégies qui consistent, par exemple, à recruter du personnel doté de fortes compétences techniques et d'un sens politique averti, à faire en sorte que la fonction de l'unité reste tournée vers l'extérieur et à veiller à ce que l'unité demeure sous la tutelle du ministre ou de l'organe politique concerné.

Source: Scott Greer and Anna Maresso (2012) 'Intersectoral Problem Solving by Interdepartmental Units and Committees' Eurohealth, Vol 18 No 14, 11-13. Département de la santé, Gouvernement du Sud de l'Australie (2011) Approche sud-australienne pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : contexte et guide pratique, Version 2.

3.2 Mobilisation des parties prenantes autres que le gouvernement

Les parties prenantes autres que le gouvernement, à l'exemple des acteurs non gouvernementaux et de la société civile, des dirigeants communautaires traditionnels, des organisations professionnelles et confessionnelles, et du secteur privé à but lucratif, jouent un rôle décisif et multiple dans l'amélioration de la santé. Dans la Région du Pacifique occidental, elles représentent une proportion élevée et croissante des prestations de soins de santé, ainsi que de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et des produits de santé, du financement de la santé, de l'éducation et de la formation des personnels et de la promotion et de la prévention en matière de santé. Elles contribuent aussi à promouvoir le bien-être des employés et les initiatives de responsabilité sociale au sein des entreprises, à réduire les facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, comme le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et la forte teneur en sucre et en sel des aliments, à fournir l'aide au développement et, dans le cadre d'une société civile active, à favoriser la responsabilisation et la participation communautaire. Les gouvernements doivent s'assurer de la coopération de ces organisations et se doter de stratégies de collaboration bien établies et soutenues par les politiques et la législation afin de protéger l'intérêt du public et de promouvoir l'équité. Il est crucial d'instaurer la confiance, d'appuyer les coalitions et les alliances et d'unir ses forces afin de planifier et d'agir de manière collective et efficace pour le bien de tous.

a) Soutenir une collaboration constructive avec les parties prenantes autres que le secteur public

- Élaborer un cadre politique clair pour collaborer avec les parties prenantes autres que le gouvernement en mettant l'accent principal sur la protection de l'intérêt public.
- Recueillir des informations et entreprendre l'analyse des contributions et des programmes issus des parties prenantes non gouvernementales dans le cadre des activités régulières de suivi, d'évaluation et de recherche liées aux systèmes de santé.

Annexe

- Permettre et soutenir la participation constructive de la société civile dans le domaine de la santé, y compris son rôle dans la prestation des services de santé, la promotion de la santé ainsi que la sensibilisation, le plaidoyer politique, le dialogue et le développement, la mobilisation et l'allocation des ressources, le contrôle de la qualité et de la réactivité des services de santé, et la production de travaux de recherche et de données factuelles.
- Créer une plateforme pour promouvoir la coordination, le dialogue et le partage des connaissances sur des questions de santé précises avec d'autres parties prenantes et secteurs, et formuler conjointement des stratégies visant des objectifs précis.

b) Renforcer les partenariats en faveur de l'exécution des programmes et des prestations de services

- Concevoir et mettre en œuvre une réglementation adéquate des services de santé et des produits de base, y compris la médecine traditionnelle, afin de promouvoir la qualité et l'équité.
- Introduire des mesures de protection contre l'abus d'influence par le secteur privé à but lucratif ou d'autres intérêts dans la prise de décisions liées à la santé, y compris la gestion des conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels et s'assurer que l'intérêt général passe avant les intérêts commerciaux.
- Engager des parties prenantes autres que le gouvernement, le cas échéant, pour élargir des programmes et des services de santé financièrement accessibles dans les zones à accès limité, et appliquer un processus transparent de passation des marchés publics et de reddition des comptes basé sur la qualité, les compétences, les résultats et les coûts.
- Créer des subventions et des mesures incitatives destinées à encourager les parties prenantes autres que le gouvernement à offrir des soins de santé accessibles aux populations défavorisées.
- Organiser des formations et des séances éducatives sur les programmes de santé et la prestation de services à l'intention des organismes non gouvernementaux.
- Établir des partenariats public-privé pour la santé afin de regrouper diverses compétences et ressources en vue de renforcer la prestation des services, de dynamiser l'aide privée et d'améliorer la coordination.

c) Créer des coalitions de plaidoyer pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

- Mettre en œuvre des mesures pour prévenir et lutter contre les MNT, en faisant fonds sur les données factuelles des interventions les plus rentables et efficaces.
- Protéger les citoyens des risques environnementaux pour la santé, notamment en ce qui concerne les industries extractives et autres industries opérant dans les zones reculées et inaccessibles.
- Jouer un rôle de chef de file dans la promotion de la responsabilité sociale au sein des entreprises et dans l'introduction de normes volontaires ou obligatoires pour garantir des pratiques responsables qui tiennent compte de l'équité en santé.
- Établir un climat de confiance et soutenir les coalitions et les alliances d'organismes dont l'objectif commun est d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de programmes ou de services.

Annexe

Le pouvoir des partenariats : leçons tirées de la Papouasie-Nouvelle-Guinée

Un audit réalisé en 2010 par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a révélé des irrégularités dans l'administration des subventions en Papouasie-Nouvelle-Guinée, risquant de mettre en péril les subventions pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. En réponse à cette situation, le gouvernement a décidé de confier la gestion et la responsabilité fiduciaire des subventions au secteur non gouvernemental. Entre 2004 et 2014, la Papouasie-Nouvelle Guinée a reçu environ US\$ 200 millions du Fonds mondial. Les principaux bénéficiaires des subventions en cours, s'élevant à US\$ 65 millions pour 2015-16, sont les Rotariens et Population Services International (PSI) au profit de la lutte contre le paludisme, World Vision International pour la lutte contre la tuberculose, et une fondation créée par la plus grande entreprise du pays, Oil Search, pour la lutte contre le VIH. Les principaux bénéficiaires et sous-bénéficiaires financés par ces subventions, y compris les organisations confessionnelles et autres organisations de la société civile, travaillent en étroite collaboration avec le gouvernement. Dans un pays qui compte 800 langues et où de vastes étendues de terres situées dans les zones côtières et montagneuses sont inaccessibles par la route, le financement et l'exécution des programmes ainsi que l'approvisionnement en médicaments et autres produits de base posent d'immenses défis. Un organisme multipartite, le Comité national de coordination, est chargé de superviser la mise en œuvre des subventions.

Travail en partenariat pour faire reculer les MNT à Guam

Le Consortium des maladies non transmissibles de Guam a été constitué en 2010 pour répondre à l'état d'urgence régional déclaré suite à l'épidémie des MNT touchant les îles du Pacifique rattachées aux États-Unis. Il s'agit d'une organisation à assise communautaire comptant plus de 200 membres issus de 50 organismes différents, dont la mission est de « diriger, collaborer avec et habiliter les individus, les familles et les communautés à œuvrer pour éliminer les maladies non transmissibles à Guam. ». Avec l'appui du Département de la santé publique et des services sociaux, le Consortium se réunit tous les mois pour discuter des plans visant à améliorer la santé dans l'État insulaire. Il est composé de sept équipes d'action travaillant respectivement sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme, la nutrition et l'obésité, l'exercice physique, la prévention et la lutte contre le tabagisme, les données et la surveillance, les politiques et le plaidoyer, et la communication. Le Consortium est dirigé par le Comité exécutif qui se compose des responsables des équipes d'action, des dirigeants des coalitions et de l'administrateur du Bureau des services de santé communautaires. S'agissant d'un partenaire-clé dans l'élaboration du Plan stratégique intitulé *Guam Non-Communicable Disease Strategic Plan 2014-2018* (Plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles à Guam), il joue également un rôle de chef de file et constitue une ressource essentielle dans sa mise en œuvre. Par l'intermédiaire de ses travaux, le Consortium a démontré que la collaboration entre les secteurs, la mobilisation de l'opinion, l'optimisation des ressources et l'alignement des priorités et des activités sont des moyens efficaces pour lutter contre les MNT. Le Consortium a également su promouvoir la collaboration entre les diverses parties prenantes tout en faisant tomber les « silos », mettre en œuvre des stratégies transversales et globales et tirer parti de ressources limitées.

Sources: Département de la santé publique et des services sociaux et Consortium des MNT de Guam. *Guam Non-Communicable Disease Strategic Plan 2014-2018* (Plan stratégique de lutte contre les MNT à Guam). Guam; 2013 (<http://dphss.guam.gov/article/2014/06/30/guam-non-communicable-disease-strategic-plan-2014-2018>, consulté le 5 juillet 2016).

Live Healthy Guam. Documentaire sur les MNT: Live Healthy Guam. Guam; 2015 (<https://www.youtube.com/watch?v=c9gg9kwq84I>, consulté le 5 juillet 2016).

3.3 Participation des communautés touchées

Impliquer les communautés touchées dans le processus décisionnel n'est pas seulement un principe fondamental des droits de l'homme et de la gouvernance démocratique, cela permet également d'accroître l'utilisation et l'efficacité des interventions et des programmes de santé. Il existe un large éventail d'approches et de techniques participatives, de l'information et de la consultation, à la participation, la collaboration et l'autonomisation (Tableau 1). Plus l'action à mener est complexe et controversée, plus il est important d'investir dans le processus de participation de façon à dégager un consensus et à faciliter l'appropriation. Les efforts visant à encourager la participation soulignent également la nécessité de consolider les ressources techniques et financières ainsi que les capacités des communautés touchées en vue de favoriser leur participation active, libre et efficace.

a) Inclure les communautés touchées dans les consultations politiques

- Donner la parole aux groupes défavorisés, aux groupes communautaires et aux organisations de la société civile en institutionnalisant le processus de participation, allant de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé à leur évaluation et leur examen.
- Assurer la représentation des différents groupes de population au sein des instances décisionnelles, y compris celles qui touchent aux programmes et projets de santé.

b) Habilitier les communautés touchées à participer

- Prendre des mesures actives pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des groupes défavorisés, lesquelles découragent leur participation.
- Instaurer la confiance, la base de connaissances et le niveau de compréhension nécessaires pour que les communautés touchées puissent contribuer à l'élaboration des politiques, à l'exécution des programmes et aux travaux de recherche.
- Faciliter l'accès des communautés aux ressources techniques, technologiques et financières nécessaires pour assurer une participation efficace.
- Rendre compte publiquement des progrès réalisés, communiquer les informations et les résultats aux communautés sous une forme clairement intelligible, et solliciter leurs conseils et leur leadership en vue de surmonter les obstacles, les conséquences préjudiciables ou les problèmes imprévisibles rencontrés dans le cadre de la prestation des services.

Annexe

Tableau 1. Vue d'ensemble des approches et outils participatifs

| | Information | Consultation | Implication | Collaboration | Habilitation |
|------------------------------------|---|--|---|--|---|
| Objectifs fondamentaux | Fournir au public des informations équilibrées et objectives pour l'aider à comprendre les enjeux, les options possibles, les opportunités et/ou les solutions. | Demander l'avis des participants sur les analyses, les options possibles et/ou les décisions. | Travailler directement avec les participants tout au long du processus pour s'assurer que leurs préoccupations et aspirations sont réellement comprises et prises en considération. | Agir en partenariat avec le public à toutes les étapes du processus décisionnel, y compris l'élaboration des options possibles et le choix final. | Habiler le public à élaborer la décision finale. |
| Exemples de techniques et d'outils | Documents imprimés (fiches d'information posters, prospectus); Information en ligne (sites Web; bulletins d'information, pages des réseaux sociaux); Permanences téléphoniques ; Journées Portes ouvertes/ kiosques d'information; Mobilisation de la presse et des médias; Expositions/Spectacles d'art. | Réunions publiques/auditions/ commentaires ou réunions or débats publics Formulaires de commentaires/rétroaction; Groupes de discussion; Enquêtes et sondages (en personne, par téléphone ou en ligne); Fiche d'évaluation des résultats par les citoyens. | Évaluations participatives (y compris la cartographie et les prévisions); Recherche de consensus par le biais d'ateliers (World Café, forums, tables rondes, etc.); Sondages délibératifs | Planification et budgétisation participatives; Comités consultatifs de citoyens; Groupe de travail communautaire; accords de partenariat social; Conférences de consensus; Prise de décision participative and audits/examens; comités directeurs conjoints. | Jury de citoyens et référendum; Votes; Décisions déléguées. |

Sources : Association internationale pour la participation publique, IAP2 Spectrum de la participation du public, 2014; Banque mondiale, Participation sourcebook, 1995. Banque mondiale, Empowerment and poverty reduction, 2002. OMS WPRO, Integrating poverty and gender into health programmes (Module sur la pauvreté), 2006.

Habilitation communautaire à Samoa

Lancé à Samoa dans les années 1990 dans le cadre de l'Initiative des îles-santé, le programme *Aiga ma Nu'u Manuia* (Healthy Homes, Healthy Villages - Maisons saines, Villages sains) fait appel à des structures sociales traditionnelles pour promouvoir la santé dans les villages. Des comités de villageoises déterminent les besoins sociaux et sanitaires de la collectivité puis mobilisent leurs communautés afin d'y répondre. Ce projet a permis d'aborder sur le terrain des questions aussi diverses que les soins de santé primaires, la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'hygiène et l'assainissement. Piloté par un Comité directeur multisectoriel et coordonné par le Ministère de la femme, du développement communautaire et social, le programme a été déployé dans 183 villages à travers tout le pays. Il a permis à différents ministères de s'impliquer dans une série d'activités visant à renforcer l'autonomie des communautés, en les habilitant à identifier, gérer et rechercher le soutien nécessaire pour favoriser le développement communautaire.

Source: Ministère de la santé. Politique nationale pour la promotion de la santé 2010-2015. Gouvernement de Samoa. Apia: Samoa; 2010.

Renforcer la voix des consommateurs et des communautés touchées en Australie et en Nouvelle-Zélande

Le Forum Santé des consommateurs (CHF) de l'Australie, l'organisme national représentant les intérêts des utilisateurs des soins de santé, veille à ce que tous les Australiens bénéficient de services de santé sûrs, de qualité et fournis en temps voulu, grâce à des systèmes de santé et d'information qui soient accessibles. Il a vu le jour sous la forme d'« Une pétition de réforme adressée au Ministre » en mai 1985, demandant à ce que la participation publique soit formellement intégrée dans l'administration de la santé nationale. Faisant suite à une étude sur la participation communautaire, des fonds publics ont été alloués pour créer un forum de santé réunissant les représentants des groupes communautaires. Le CHF contribue activement à la politique de santé menée en Australie grâce aux activités suivantes : présentations dans le cadre d'enquêtes nationales ; réalisation de projets dans des domaines d'actualité ; élaboration de déclarations de position sur des sujets préoccupant les utilisateurs des soins de santé ; réunions avec des parties prenantes clés, y compris le gouvernement, les professionnels de la santé et les organismes de l'industrie ; et formulation de commentaires pour les médias sur des questions actuelles en matière de politique sanitaire. Le CHF est un organisme national indépendant, à but non lucratif, bien qu'il reçoive des fonds publics dans le cadre de certains projets, comme l'initiative Our Health, Our Community (Notre santé, notre communauté).

La Nouvelle-Zélande dispose d'un système officiel qui permet aux communautés de se faire entendre dans le processus décisionnel de santé. La loi de 2000 sur la santé publique et l'invalidité en Nouvelle-Zélande (New Zealand Public Health and Disability Act 2000) exige que les conseils de santé des districts (District Health Board - DHB) impliquent les Maoris et les autres groupes de la population dans la planification et la prestation des services de santé et des services pour handicapés afin de « réduire, en vue d'éliminer, les inégalités de santé entre les différents groupes de population au sein de la Nouvelle-Zélande ». D'après la loi, les conseils de santé de district sont tenus de travailler en partenariat avec les *Iwi* (tribus) et les communautés maories pour améliorer la santé de ces groupes de population. Des représentants communautaires publiquement élus constituent la majorité des conseils d'administration qui régissent chaque DHB. Cela permet de garantir la responsabilisation, de veiller à ce que les opinions des communautés soient représentées et à ce que les groupes communautaires soient consultés au sujet de leurs besoins sanitaires. Le Ministre de la santé doit aussi s'assurer que le nombre de membres maoris du conseil d'administration est proportionnel à la population maorie résidant dans chaque zone des DHB, soit un minimum de deux membres maoris pour chaque conseil. Chaque DHB est également tenu de créer un Comité consultatif communautaire de santé publique, en incluant une représentation maorie, qui fournira des orientations sur les mesures d'amélioration de la santé.

Source: Forum Santé des consommateurs d'Australie. À propos du CHF [site Web]. Deakin West: loi; 2016 (www.chf.org.au, consulté le 5 juillet 2016). Ministère de la santé, Nouvelle-Zélande. Système de santé de la Nouvelle-Zélande : Conseils de santé des districts. Wellington: Nouvelle-Zélande; 2014 (<http://www.health.govt.nz/new-zealandhealth-system/key-health-sector-organisations-and-people/district-health-boards>, consulté le 5 juillet 2016). New Zealand Public Health and Disability Act 2000. Réimpression du 30 avril 2016 (<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/latest/DLM80051.html>, consulté le 5 juillet 2016).

Orientations supplémentaires

Les pays disposeront probablement de structures et de mécanismes de gouvernance qui leur permettront de soutenir l'action intersectorielle en faveur de l'équité en santé. Il pourrait être utile, dans un premier temps, que tous les pays examinent ces mécanismes, déterminent les secteurs clés à impliquer, y compris les parties prenantes autres que le gouvernement, et identifient les représentants pouvant exercer une influence et aider à mettre au point des initiatives et des mesures ciblées.

Annexe

Lorsque la mise en place de nouvelles structures ou mécanismes de gouvernance s'avère nécessaire, les pays peuvent mettre davantage l'accent sur l'équité dans le secteur de la santé et les autres secteurs. Le point de départ le plus efficace dans ce cas-là serait de poursuivre l'exécution des interventions les plus porteuses et les plus simples, autrement dit adopter la solution de facilité, afin de garantir les premiers succès qui inspireront confiance et serviront d'assise aux futures initiatives.

Lorsque les pays sont amenés à collaborer avec de nouveaux partenaires, une première étape utile serait d'élaborer des projets pilotes axés sur des problèmes particuliers afin de forger des partenariats viables et de favoriser un esprit de bonne volonté et de collaboration, en vue de transposer ces projets conjoints à plus grande échelle. Plus ces projets pilotes seront précis, plus ils seront propices au suivi et à l'évaluation, et plus ils seront faciles à mettre en œuvre et à développer.

Il est primordial de faire participer les parties prenantes et de fournir un cadre clair et bien compris de tous afin d'assurer la parité dans les soins et les services. Les pays disposant de mécanismes de participation existants souhaitent peut-être examiner les leçons apprises et étudier les options pour accélérer les progrès.

Il est indispensable que tous les pays mettent en place des approches permettant aux communautés touchées de participer en toute confiance, y compris les groupes de population défavorisés. Un point d'entrée essentiel consiste à recenser les « absents » et ceux dont la participation serait susceptible d'élargir le débat et d'inciter d'autres voix à s'exprimer.

4. Comment le secteur de la santé peut-il influencer le programme ?

Contexte

Le secteur de la santé a pour responsabilité explicite d'améliorer la santé et l'équité en santé des populations et, à ce titre, il se doit de défendre le présent programme. Pour autant, la collaboration intersectorielle et multipartite est loin d'être évidente. Dans la Région du Pacifique occidental, le secteur de la santé ne joue pas toujours un rôle influent dans le processus d'élaboration des priorités sociales et économiques, bien que les dépenses de santé représentent souvent plus de 10 % du PIB du pays. Certaines considérations commerciales et économiques à court terme peuvent primer sur les objectifs de santé à plus long terme, ce qui est souvent le cas dans les négociations commerciales internationales et régionales, dans la planification du développement économique national et dans l'investissement dans l'industrie locale, de même que dans les processus de prise de décision aux niveaux communautaire, familial et individuel, que ce soit dans les pays développés ou en développement. Les ODD font appel à un secteur de la santé qui soit en mesure d'engager, de soutenir, de préconiser et de mener une action efficace sur les déterminants sociaux de la santé, tout en ayant un rôle dans les domaines traditionnels de la planification sanitaire et de la prestation des services.

Des progrès considérables ont déjà été accomplis dans la Région du Pacifique occidental. Le cadre d'action régional sur la CSU définit plusieurs stratégies intersectorielles visant à améliorer la performance du système de santé et, par conséquent, les résultats de santé et

Annexe

l'équité. La Région œuvre également depuis longtemps à l'amélioration de la santé grâce à un ensemble de mesures concrètes visant les déterminants sociaux de la santé, comme par exemple la lutte antitabac menée en Australie, en Chine et aux Philippines, les campagnes pour une alimentation saine déployées dans les pays insulaires du Pacifique, la protection de l'environnement, le changement climatique, les forums et les initiatives villes-santé. La Région a réalisé des progrès en matière d'intégration de la santé dans les politiques des autres secteurs, même si les points d'entrée liés à la santé ne sont pas toujours faciles à identifier. Les leçons tirées de ces expériences peuvent être adaptées et élargies dans le cadre de la réalisation des ODD.

Afin de guider les politiques et les mesures au titre des ODD liés à la santé à travers tous les secteurs, les autorités sanitaires devront élargir leur panoplie de compétences et renforcer leurs capacités et leurs connaissances existantes. Il est tout aussi important que le secteur de la santé consolide sa capacité institutionnelle à évaluer la qualité et l'accessibilité des programmes et à en surveiller la performance.

Domaines d'action proposés

4.1 Capacités en matière d'échange des connaissances

S'atteler aux objectifs liés à la santé dans le contexte des ODD implique de dépasser les seules compétences liées à une traditionnelle expertise technique et professionnelle en matière de santé. Il est nécessaire d'appréhender la santé dans le cadre plus large de ses déterminants sociaux et du processus complexe que constitue l'élaboration des politiques. Pour participer pleinement à l'établissement des politiques, il est impératif de disposer d'informations rapides et fiables au niveau non seulement du gouvernement mais aussi des communautés, des familles et des individus. Les ODD appellent le secteur de la santé à consolider et à soutenir le processus d'échange des connaissances.

a) Constituer la base de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé

- Rester informé sur les interventions novatrices et les nouvelles approches mises en place pour agir sur les déterminants sociaux de la santé à travers le monde et dans la Région, et sur les données probantes illustrant l'impact positif des investissements de santé sur le développement du pays dans son ensemble.
- Collaborer avec les institutions de recherche et s'appuyer sur les banques de données pour comprendre, suivre et agir sur les tendances liées aux déterminants sociaux de la santé.
- Mener une recherche pratique et participative sur les interventions afin d'assurer la conversion rapide des résultats de recherche en politiques et en pratiques.

b) Comprendre les priorités et les processus des autres secteurs

- S'informer sur les objectifs, le discours, les dispositifs institutionnels, les activités et les mécanismes budgétaires des autres secteurs tels que la finance, l'éducation, le développement urbain, l'emploi, la protection sociale, l'agriculture et l'environnement.
- Être au fait du processus et des arguments en faveur du développement économique par le commerce, y compris les accords commerciaux internationaux, régionaux et bilatéraux et leurs effets potentiels sur la santé.

Annexe

- Définir les préoccupations et les objectifs communs, le rôle le plus efficace pour le secteur de la santé (guider, faciliter, collaborer, etc.), les points d'entrée pour établir des partenariats et les conséquences des principaux facteurs sociaux pour l'action multisectorielle.
- Étudier et partager les expériences internationales, et promouvoir l'échange des connaissances à l'échelle régionale.

c) Comprendre les points de vue et les besoins des communautés

- Collaborer avec les communautés par le biais de stratégies de promotion de la santé mises en œuvre dans le cadre des activités mises en place par les services de santé à tous les niveaux.
- Consulter les communautés et prendre note de leurs points de vue et de leurs priorités afin de mieux comprendre leurs impératifs et leurs attentes, et les intégrer à la conception des politiques et des programmes.
- Comprendre la manière dont les communautés prennent en leur propre nom des décisions liées aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

Développer et renforcer la capacité institutionnelle pour faciliter l'échange des connaissances

Au cours des deux dernières décennies, nombre d'États Membres développés et en développement ont mis en place des institutions pour permettre de convertir les données probantes en politiques. Par exemple, l'Institut stratégique et politique en santé (Health Strategy and Policy Institute) du Vietnam a été créé en 1998 par le Ministère de la santé grâce à un décret du premier ministre. Le Centre national de recherche pour le développement sanitaire en Chine (China National Health Development Research Center - anciennement appelé Institut d'économie en santé de Chine - China Health Economics Institute) créé en 1991 sous l'autorité du Ministère de la santé (aujourd'hui connu sous le nom de Commission nationale pour la santé et la planification familiale), est un groupe de réflexion national qui fournit des conseils techniques aux responsables politiques de la santé. De même, la Malaisie a créé en 2002 l'Institut pour la recherche sur les systèmes de santé (Institute for Health Systems Research). Un autre exemple est le Sax Institute, établi par le Département de la santé de l'État de New South Wales, en Australie. Ces institutions, généralement indépendantes de toute université ou groupe de recherche, sont beaucoup plus proches des décideurs clés. De telles plateformes institutionnelles contribuent à intégrer la recherche et l'évaluation dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, en créant des partenariats entre les chercheurs et les décideurs et en promouvant la production conjointe de données factuelles. Les ODD offrent des occasions de s'inspirer de ces structures et de les consolider.

4.2 Compétences en leadership nécessaires pour appréhender le système politique

Le secteur de la santé est appelé à assumer plusieurs rôles dans la mise en œuvre de l'approche multisectorielle dans l'élaboration des politiques. Il devra entre autres diriger, organiser, coordonner, mobiliser, plaider, participer, superviser et surveiller. Influencer sur les politiques exige d'excellentes connaissances et compétences, en même temps qu'un engagement sans faille. Cela exige que le secteur de la santé implique les autres secteurs dans ses phases de délibération et de planification, et qu'il participe avec eux à l'élaboration des politiques touchant à des questions de santé.

Annexe

a) Renforcer l'aptitude à collaborer avec d'autres secteurs dans l'élaboration des politiques

- Renforcer les relations avec les ministères clés, notamment ceux de la planification et des finances, et renforcer l'aptitude à expliquer l'importance du rôle de la santé pour le développement économique et social et dans le cadre des responsabilités des autres secteurs.
- Acquérir une expertise dans le domaine de la diplomatie sanitaire et du processus politique afin d'influencer et d'élaborer les initiatives mondiales et régionales de telle façon qu'elles aient un impact sur la santé.
- Être en mesure d'identifier et de négocier des solutions destinées à promouvoir les intérêts communs des différents secteurs.

b) Renforcer l'aptitude à mobiliser un soutien politique et financier

- Mettre en place les capacités nécessaires à une collaboration efficace avec :
 - les parlementaires et leurs comités directement et indirectement liés à la santé et à ses déterminants sociaux, afin d'accentuer leur rôle dans l'élaboration des lois, l'adoption des budgets et la responsabilisation en matière de résultats de santé ;
 - l'appareil judiciaire pour veiller à ce que les interprétations et les mesures juridiques favorisent l'intérêt de santé publique et ne portent pas atteinte à l'équité en santé ;
 - les maires et les représentants des gouvernements locaux afin qu'ils prônent la santé et le bien-être dans les établissements humains ; et
 - les dirigeants communautaires et religieux, et les personnalités influentes appartenant à la société civile, aux universités et aux sphères politiques afin de s'assurer de leur soutien.
- Négocier des objectifs communs avec les donateurs et encourager le ciblage de l'aide au développement basé sur des données factuelles.

c) Renforcer l'aptitude à utiliser efficacement les leviers politiques

- Utiliser les mécanismes de gouvernance, tels que les processus servant à élaborer les lois et les budgets conjoints, en vue de faciliter la collaboration multisectorielle et multipartite.
- Fournir des preuves tangibles et convaincantes des avantages sociaux et économiques qui découlent de l'investissement dans la santé, de façon à mobiliser des ressources auprès de sources aussi bien publiques que privées.

Annexe

Les villes comme moteurs du développement urbain durable

La Région du Pacifique occidental s'urbanise rapidement compte tenu de son développement et de sa croissance économique soutenus. Toutefois, de nombreuses villes se sont développées plus vite que leur capacité à fournir les infrastructures et les services adéquats, y compris un logement sûr, l'accès à l'eau et à l'assainissement et aux soins de santé. Le recours aux transports motorisés, la gestion inadéquate des déchets, la pollution de l'air intérieur et extérieur, les environnements propices à une alimentation malsaine et le manque d'espaces verts favorables à l'activité physique sont autant de menaces pour la santé et le bien-être général des populations urbaines. Le changement climatique, les catastrophes et les migrations posent des risques supplémentaires.

Il est capital de mettre en oeuvre le programme pour la santé urbaine si l'on entend progresser vers la réalisation des ODD ; à cet égard, les villes occupent une position unique pour guider le changement. L'OMS reconnaît la nécessité de passer d'une approche réactive à une approche prospective en matière de santé urbaine afin de permettre aux pays et aux de mieux planifier, anticiper et atténuer les problèmes urbains persistants et émergents. Elle a d'ailleurs pris une série de mesures pour soutenir cette transition. Dans les années 1980, l'Organisation a lancé l'Initiative des villes-santé dans le cadre d'une approche intégrée et multisectorielle visant à agir sur les problèmes de santé urbaine. L'approche a pour but d'améliorer l'environnement physique et social et de dégager des ressources communautaires pour promouvoir une vie plus saine. Le programme villes-santé préconise la collaboration entre les différents secteurs, favorise la participation communautaire et maximise l'efficacité des mécanismes de gouvernance locale. Réunis pour la première fois en 1995, les ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique ont adopté l'Initiative des îles-santé, dans le but de concevoir une vision unifiée en faveur de la protection et de la promotion de la santé. En 2003, le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a lancé l'Alliance pour des villes-santé en vue de fournir aux villes une plateforme pour communiquer et échanger leurs données d'expériences sur les moyens de remédier aux problèmes de santé en milieu urbain. Une trousse d'outils Villes-Santé a été mise au point en vue de fournir aux gouvernements locaux des mesures leur permettant d'assurer la bonne gouvernance, la cohérence des politiques, la réduction des inégalités et la promotion de l'innovation. Le cadre régional intitulé *Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific (2016-2020): Healthy and Resilient Cities* (Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental (2016-2020) : Des villes saines et résilientes), approuvé par le Comité régional du Pacifique occidental en 2015, présente une approche contextuelle pour permettre aux autorités locales d'améliorer la santé en milieu urbain.

4.3 Capacité institutionnelle pour faire face aux obstacles actuels et futurs

S'il est vrai que les réformes sont souvent initiées par les défenseurs d'une cause ou par de puissants dirigeants, peu de réformes seraient fructueuses ou viables sans une adaptation institutionnelle. La transformation institutionnelle implique la mise en place de règles, de plans, de mécanismes et de mesures incitatives, ainsi que de relations formelles et informelles entre les organisations et les personnes. Elle implique également la participation des organismes et des prestataires de services à tous les niveaux, ainsi que des individus qui les dirigent et y travaillent.

a) Relever le degré de priorité de la santé au sein du programme de développement national

- Définir des objectifs communs qui relient la santé et le développement économique et social à une volonté politique forte.

Annexe

- Énoncer les responsabilités des institutions à tous les niveaux du secteur de la santé en vue d'atteindre les ODD.
 - Garantir un financement national adéquat pour assurer les fonctions essentielles de la santé publique et intensifier les interventions efficaces.
 - Promouvoir une utilisation rigoureuse des ressources disponibles, en privilégiant les interventions et les mesures les plus rentables fondées sur des éléments probants.
- b) Instaurer des règles et des mesures incitatives pour améliorer les résultats et maintenir les progrès**
- Examiner les règles, les politiques, les lignes directrices et les procédures de notification afin d'assurer une collaboration multisectorielle efficace.
 - Créer des mesures incitatives visant à encourager un esprit de collaboration efficace.
 - Établir des mesures de performance pour favoriser une participation multisectorielle et multipartite efficace.
 - Mettre des fonds en commun pour permettre une action concertée sur les priorités et les préoccupations communes.
- c) Former les personnels de santé à devenir les facilitateurs et les défenseurs de l'équité en santé**
- Permettre aux planificateurs et aux responsables politiques de la santé de se familiariser avec d'autres secteurs.
 - Institutionnaliser la formation initiale permettant de renforcer la base de connaissances et de compétences des agents de santé en vue d'une collaboration multisectorielle et multipartite.
 - Mettre sur pied des équipes pluridisciplinaires et multisectorielles par le biais de séances de formation continue et sur le terrain s'adressant aux autorités sanitaires, aux professionnels de la santé et aux agents de santé communautaires.

La Chine dispense des formations en matière de diplomatie sanitaire mondiale

La Chine est aujourd'hui un acteur clé de la diplomatie sanitaire mondiale et organise des formations en la matière depuis 2009. Celles-ci visent à développer les capacités de la Région dans le domaine de la diplomatie sanitaire mondiale et à promouvoir la participation de la Chine dans les négociations de santé à l'échelle mondiale. Quatre formations ont eu lieu, réunissant plus de 150 participants venus de pays différents (Australie, Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Singapour, Thaïlande, Tonga et Viet Nam). Les professionnels de la santé et de la diplomatie sont amenés à explorer les intérêts communs de la santé comme un enjeu de politique étrangère, tandis qu'ils étudient les concepts clés et les priorités en santé mondiale, ainsi que les structures de gouvernance de la santé mondiale. Les cours sont axés sur l'apprentissage par l'échange d'exemples et d'enseignements tirés d'autres pays, de la coopération Sud-Sud et de précédentes négociations en faveur de la santé mondiale, telles que le Règlement sanitaire International (2005), la Convention-cadre sur la lutte contre le tabagisme et le *Cadre de préparation en cas de grippe pandémique*.

Source: Résumés des formations pour la Chine 2013, 2012, 2010 and 2009. Cours déjà dispensés. Dans: Cours pour cadres [site Web]. Genève: The Graduate Institute; 2016 (<http://graduateinstitute.ch/home/research/centresandprogrammes/globalhealth/training/executive-courses/past-courses.html>, consulté le 5 juillet 2016)

Annexe

Action sanitaire et multisectorielle dans différents plans nationaux de développement

La quasi-totalité des États Membres de la Région du Pacifique occidental, quel que soit leur stade de développement, pratiquent la planification socio-économique nationale systématique et multisectorielle qui, dans la plupart des cas, est entérinée par la législation du pays. Une analyse menée sur un échantillon de politiques et plans nationaux élaborés entre 2010 et 2016 montre que les États Membres ont choisi d'articuler leurs stratégies de développement durable en termes de croissance inclusive, mais de manière différente.

Cambodge : Dans le but de « prolonger les résultats obtenus dans le cadre de la Troisième Législature du Sénat, la Stratégie Rectangulaire- Phase II », le Cambodge a élaboré son *Plan stratégique de développement national 2014-2018*. Il comporte quatre volets essentiels : « assurer le taux de croissance annuel moyen de 7 % » afin qu'il soit « viable, inclusif, équitable et résilient aux chocs » ; « créer plus de travail pour les habitants, particulièrement les jeunes » ; « atteindre annuellement plus d'un point de pourcentage de réduction de la pauvreté » y compris « en donnant la priorité absolue au développement des ressources humaines et de la gestion durable et à l'utilisation des ressources environnementales et naturelles » ; et « renforcer davantage la capacité institutionnelle et la gouvernance... afin de mieux servir le peuple ». Il met l'accent sur le développement humain et social en faisant de la pauvreté, de l'équité, de l'éducation et de la santé des objectifs prioritaires. La responsabilisation est renforcée aux niveaux national et infranational grâce à l'attention particulière accordée au suivi et à l'évaluation.

Sources : Ministère de la planification. Lignes directrices pour formuler le Plan stratégique de développement national (PSDN) 2014-2018. Gouvernement royal du Cambodge. Phnom Penh : Cambodge; 2013. Plan stratégique de développement national 2014-2018. Gouvernement royal du Cambodge. Phnom Penh : Cambodge; 2014.

République démocratique populaire lao : Le huitième Plan national de développement socio-économique de la République démocratique populaire lao a pour but d'« améliorer le bien-être du peuple et la prospérité du pays ». Il a été « conçu comme un plan axé sur les résultats... assorti de trois objectifs, chacun comportant un ensemble de cibles de performance. » Les trois objectifs visés sont respectivement : « une croissance économique soutenue, inclusive, dont la vulnérabilité économique a été réduite au niveau requis pour faire partie de la catégorie des pays les moins avancés (PMA), et des ressources financières, juridiques et humaines consolidées en vue de soutenir la croissance » ; « un développement humain rehaussé au niveau des critères à satisfaire pour être inscrit à la liste des PMA et la réalisation des OMD ayant pris du retard grâce à la prestation et l'utilisation de services répartis de manière équilibrée sur le plan géographique et parmi les différents groupes sociaux » ; et « l'atténuation des effets des chocs naturels en accord avec les critères d'identification des PMA et la gestion durable de l'exploitation des ressources naturelles ». Chaque objectif s'accompagne d'un certain nombre de résultats précis à atteindre, soit un total de 20 cibles, dont l'amélioration de la sécurité alimentaire, un meilleur accès à une éducation et des soins de santé de qualité et une protection sociale renforcée. Trois thèmes transversaux supplémentaires ont été définis, à savoir l'innovation locale, l'égalité des sexes et l'amélioration de l'efficacité de la gouvernance et de l'administration publiques).

Source : Ministère de la planification et de l'investissement. VIIIe Plan quinquennal national de développement socio-économique (2016-2020). Vientiane : République démocratique populaire lao; 2015.

Malaisie : Le 11ème Plan malaisien a pour thème d'« axer la croissance sur les personnes ». Le développement a été « guidé par la Stratégie nationale de développement de la Malaisie qui vise à produire un impact rapide et significatif sur l'économie des capitaux et celle des personnes, cette dernière s'intéressant davantage à ce qui préoccupe le plus les ménages, c'est-à-dire les emplois, les petites entreprises, le coût de la vie, le bien-être familial et l'inclusion sociale ». Ce plan s'articule autour de « six axes stratégiques permettant à la Malaisie de conserver une longueur d'avance sur les défis et les opportunités que présente le paysage politique mondial en rapide mutation ». Ces axes consistent à renforcer l'inclusion sociale pour promouvoir une société équitable ; améliorer le bien-être de tous ; accélérer le développement du capital humain pour aspirer à une nation avancée ; poursuivre la croissance

Annexe

verte pour favoriser la viabilité et la résilience ; développer les infrastructures pour soutenir l'essor économique ; et réorganiser la croissance économique pour accroître la prospérité. L'axe stratégique portant sur le « renforcement de l'inclusion sociale » vise à assurer une croissance géographique équilibrée. L'axe stratégique consacré au « bien-être de tous » s'attache à instaurer l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et à fournir des logements abordables à l'ensemble de la population. Le plan énonce également « six moteurs de croissance qui constituent des approches novatrices pour accélérer le développement de la Malaisie, et qui... changeront fondamentalement la trajectoire de croissance du pays ». L'un de ces moteurs de croissance consistera à « faire en sorte que les 40% des ménages les plus pauvres accèdent à la classe moyenne ». « Collectivement, ces améliorations permettront à chaque personne, quel que soit son sexe, son appartenance ethnique, son statut socio-économique et sa région géographique, de vivre dans une société véritablement harmonieuse et progressive, portant les marques d'une économie avancée et d'une nation inclusive. »

Source : Unité de planification économique, Département du Premier ministre. Onzième plan malaisien 2016-2020 : Anchoring growth on people (Axer la croissance sur les personnes). Gouvernement fédéral de la Malaisie. Kuala Lumpur : Malaisie. 2015.

Philippines : Ayant pour objectif premier la « quête d'une croissance inclusive », le Plan de développement des Philippines 2011-2016 prend acte des failles actuelles en matière de développement humain, la croissance inclusive étant l'une de ces carences. Le plan reconnaît qu'il est nécessaire de réduire la pauvreté et d'augmenter les emplois pour parvenir à une croissance inclusive. Le Plan de développement des Philippines 2011-2016 propose trois grandes stratégies pour remédier à la situation, à savoir une croissance économique forte et soutenue, un accès équitable aux possibilités de développement et des filets de sécurité sociale efficaces et réactifs. L'accès équitable aux possibilités de développement prévoit une meilleure éducation, des soins de santé primaires, une meilleure nutrition, ainsi que d'autres services sociaux de base. Ledit plan souligne l'importance de la « bonne gouvernance et de l'État de droit, ... du développement social... de la paix et de la sécurité ». « Grâce à ce plan, [ils] entendent poursuivre des objectifs de développement et de croissance économiques rapides et durables, améliorer la qualité de vie des Philippins, autonomiser les populations pauvres et marginalisées, de manière à renforcer [leur] cohésion sociale en tant que nation... donner au peuple philippin une meilleure chance de s'affranchir enfin de la pauvreté, de l'inégalité et du piètre état de développement humain dans lequel il se trouve ».

Source : Office national pour l'économie et le développement. Plan de développement des Philippines 2011-2016 : In pursuit of inclusive growth (En quête d'une croissance inclusive). Gouvernement des Philippines. Manille : Philippines; 2011.

Papouasie-Nouvelle-Guinée : Ayant pour but principal d'assurer « une qualité de vie élevée pour tous les Papouans-Néo-Guinéens », le Plan stratégique national de Papouasie- Nouvelle-Guinée est sous-tendu par les objectifs de la constitution - « développement humain intégral ; égalité et participation ; souveraineté nationale et autonomie ; ressources naturelles et environnement ; et coutumes de la Papouasie Nouvelle-Guinée ». Il vise à assurer, entre autres, « une éducation de qualité pour tous et un système de santé de calibre mondial » ainsi que « la prospérité dans les zones rurales grâce à l'extension des transports, des services publics, de l'éducation, des soins de santé et des possibilités économiques ». Le plan est mis en œuvre par le biais de quatre plans quinquennaux de développement à moyen terme ; il est formulé selon un cadre conceptuel très clair établissant des liens en amont et en aval, au sein de l'économie, entre les politiques et les opérations menées dans l'ensemble du gouvernement. Le plan de développement à moyen terme tend à bâtir « les fondations de la prospérité » et à répartir cette prospérité entre tous les Papouans-Néo-Guinéens afin de promouvoir une « croissance généralisée et inclusive ». Il comprend un cadre de suivi et d'évaluation assorti d'indicateurs et de cibles, et identifie clairement les secteurs transversaux de la jeunesse, de l'égalité des sexes, du VIH/sida, de la vulnérabilité et des groupes défavorisés.

Source : Département de la planification nationale et du suivi. Plan stratégique de développement 2010-2030 : Our Guide to Success (Notre guide vers le succès). Gouvernement de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Port Moresby : Papouasie-Nouvelle-Guinée; 2010. Département de la planification nationale et du suivi. Plan de développement à

Annexe

moyen-terme 2011-2015 : Building the foundations of prosperity (Bâtir les fondations de la prospérité). Gouvernement de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Port Moresby : Papouasie-Nouvelle-Guinée; 2010.

Samoa : La Stratégie pour le développement de Samoa 2012-2016 maintient son objectif à plus long terme qui est d'offrir une « meilleure qualité de vie pour tous », ajoutant pour thème particulier de « Stimuler la productivité pour un développement durable ». Quatorze principaux objectifs stratégiques sont définis au titre de quatre domaines prioritaires. Les domaines prioritaires concernent le secteur économique, les politiques sociales, le secteur des infrastructures et l'environnement. Les politiques sociales visent à garantir la bonne santé de Samoa, à mettre l'accent sur l'accès à l'éducation, la formation et l'apprentissage et à assurer la cohésion sociale. Chaque objectif stratégique se compose de domaines stratégiques et d'indicateurs de performance clés. « Le gouvernement ne perd pas de vue son objectif économique qui est de reconstruire la résilience macro-économique et d'encourager une croissance inclusive. » En outre, « un système de santé... basé sur la promotion de la santé et des soins de santé primaires complets oriente ses structures et ses fonctions vers des valeurs d'équité et de justice sociale, de solidarité et dans le respect du droit de tout être humain qui est de jouir du meilleur état de santé possible, sans discrimination aucune ».

Source : Ministère des finances. Stratégie pour le développement de Samoa 2012-2016 : boosting productivity for sustainable development (Stimuler la productivité pour un développement durable). Gouvernement de Samoa. Apia : Samoa; 2012.

Viet Nam : Le Plan de développement socio-économique du Viet Nam s'est fixé pour principaux objectifs une rapide croissance économique durable, la garantie d'une protection sociale et de prestations de sécurité sociale visant à une constante amélioration de la vie matérielle et spirituelle de sa population, le renforcement des activités diplomatiques, la défense et le maintien de l'indépendance, la souveraineté, l'unification, l'intégrité territoriale et la sécurité politique. « Une croissance durable et efficace doit s'accompagner du progrès social et de l'égalité, de la protection des ressources naturelles et de l'environnement [et] de la stabilité socio-politique ». Des cibles et des indicateurs à la fois économiques et sociaux sont définis et mettent l'accent sur la réduction des inégalités en priorité pour les régions et les groupes de population les plus défavorisés, et sur la diminution de l'écart entre riches et pauvres, l'amélioration de l'allocation budgétaire, de la qualité et de l'accès à l'éducation et aux soins de santé, ainsi que des mécanismes de protection sociale.

Source : Ministère de la planification et de l'investissement. Viet Nam. Stratégie pour le développement durable pour la période 2011-2020. Dans : Portail de la République socialiste du Viet Nam [site Web]. Hanoi : Viet Nam; 2012 (www.chinhphu.vn). Ministère de la planification et de l'investissement. Plan de développement socio-économique pour la période 2011-2015. Dans : Portail de la République socialiste du Viet Nam [site Web]. Hanoi : Viet Nam; 2011 (www.chinhphu.vn).

Orientations supplémentaires

Renforcer l'aptitude du secteur de la santé à travailler avec l'ensemble des secteurs ainsi qu'une variété de parties prenantes exige à la fois des compétences, de l'expérience et des efforts. Une première étape utile consiste à évaluer les capacités existantes et à déterminer les lacunes en matière de compétences et d'éducation par rapport aux tâches et aux objectifs qui ont été fixés. Une question essentielle va se poser : Y a-t-il de solides effectifs de première ligne au niveau des soins de santé primaires qui aient une bonne compréhension des déterminants sociaux de la santé et qui soient capables de travailler avec les communautés pour convertir les données factuelles en interventions à assise communautaire ? Il s'agira notamment d'aider les groupes défavorisés, en particulier ceux qui sont pauvres et isolés, et de naviguer dans les systèmes sanitaires et sociaux. Cela signifie qu'il faudra aussi être capable de communiquer et de travailler avec les prestataires appartenant à d'autres secteurs et d'autres disciplines. Il importe également de déterminer si les responsables des personnels de santé possèdent les capacités analytiques et gestionnaires de haut niveau nécessaires pour assumer leurs nouveaux rôles qui ne se limiteront pas seulement à mettre en œuvre les

programmes mais également à suivre les progrès et à évaluer les résultats. Des efforts seront nécessaires pour renforcer les capacités présentes et futures, y compris être capable d'exploiter les bases de données, d'utiliser les technologies appliquées et de s'appuyer sur les éléments probants pour formuler les politiques et planifier les interventions.

On pourrait également envisager de former de solides équipes pluridisciplinaires chargées d'élaborer des politiques et des pratiques fondées sur des données factuelles. Les personnels de santé doivent être dotés des compétences nécessaires pour appréhender le vaste paysage des programmes publics et de la planification, pour déterminer et utiliser les leviers politiques appropriés, pour encourager la confiance et les partenariats entre les parties prenantes et associer les autres secteurs. Il est crucial qu'à tous les niveaux du secteur de la santé, il y ait des professionnels dotés de l'acuité politique et de la confiance nécessaires pour identifier et mobiliser un large éventail de partenaires influents et compétents. Pour renforcer les capacités et combler les écarts, il s'agit de faire appel à l'ensemble du secteur de la santé afin d'impliquer les dirigeants du secteur de la santé, les autorités sanitaires nationales et locales, les prestataires de soins de santé, les établissements d'enseignement, les agents de santé communautaires, les professionnels de la santé publique et les chercheurs en santé. La création de partenariats et l'amélioration de la santé de la population passent par l'analyse, le travail d'équipe et l'innovation. La mise en place de mesures incitatives peut aider à guider le changement, tandis que la réforme des politiques peut contribuer à intégrer ces changements dans la pratique et la culture institutionnelles.

Annexe

IV. La voie à suivre

Les ODD représentent de nouvelles exigences pour les États Membres et l'OMS dans la Région du Pacifique occidental. Ils fournissent également une précieuse plate-forme de plaidoyer et d'action. L'enjeu pour les États Membres - indépendamment de leur niveau de revenu - et la communauté internationale de manière plus générale consiste à aborder différemment la question de l'élaboration des politiques et des programmes et à adopter des points de vue plus critiques. La nature intégrée des ODD suppose de s'éloigner des programmes conçus en « silos » pour s'orienter vers une action partagée et multidimensionnelle afin d'influer sur les facteurs sous-jacents qui déterminent la santé et le bien-être des communautés. L'indivisibilité des ODD permettra de faire la lumière sur les circonstances et les besoins de ceux qui vivent dans l'ombre, ainsi que sur les conséquences de la marginalisation sociale et économique.

La marche à suivre s'appuie sur les instruments, les plans d'action et les cadres existant à l'échelle mondiale et régionale, ainsi que sur les orientations plus larges des Nations Unies concernant les ODD. À titre d'exemple, les orientations de mise en œuvre conçues par le Groupe des Nations Unies pour le développement sont présentées sous la forme d'un cadre d'intégration, d'accélération et d'appui aux politiques (MAPS) (Voir l'encadré ci-contre).

Les principes suivants peuvent orienter les prochaines étapes à suivre dans les pays :

- S'employer à améliorer l'efficacité des programmes en veillant à ce qu'ils soient centrés sur la personne et sur les communautés au lieu d'être dictés par les intérêts des bureaucraties et des prestataires de services.
- Mettre l'accent sur l'équité en santé et sur les groupes de population supportant la charge la plus lourde de morbidité et souffrant le plus, mais ayant l'accès le plus limité aux ressources et aux services dont ils ont besoin.
- Collaborer avec l'ensemble des secteurs et des parties prenantes pour établir un consensus et mobiliser une action commune.
- Définir les priorités et s'assurer du soutien politique.

Stratégie d'intégration, d'accélération et d'appui aux politiques (MAPS) en faveur de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

La Stratégie d'intégration, d'accélération et d'appui aux politiques, ou MAPS, est l'approche développée par le Groupe des Nations Unies pour le développement durable en vue de fournir aux États Membres le soutien coordonné et cohérent du système des Nations Unies, par le biais de mécanismes nationaux tels que les équipes de pays des Nations Unies. La composante *Intégration* fait référence à l'intégration du Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 dans les plans de développement aux niveaux national, infranational et local, et dans les allocations budgétaires. La composante *Accélération* a pour but de diriger les ressources vers les secteurs définis comme prioritaires dans le processus d'intégration. La composante *Appui aux politiques* tend à mettre à disposition des pays, de manière opportune et rentable, les compétences et les connaissances techniques du système des Nations Unies pour le développement. Les éléments de partenariat (faire appel à d'autres partenaires, y compris les parlementaires, les organisations non gouvernementales et les médias), de redevabilité (améliorer les cadres de suivi et d'examen) et de données (renforcer les capacités de collecte et d'analyse des informations) recourent l'ensemble de ces trois composantes.

Source: MAPS: Intégration, accélération et appui aux politiques pour le Programme à l'horizon de 2030. GNUM Note conceptuelle. New York: Groupe des Nations Unies pour le développement; 2016 (<https://undg.org/home/undg-mechanisms/sustainable-development-working-group/country-support/>, consulté le 10 août 2016).

Le programme n'est pas prescriptif. Il s'agit plutôt d'un point de départ que d'un guide exhaustif. Il a pour objet de promouvoir la discussion sur les options possibles pour accélérer les progrès vers les ODD. Les pays devront choisir leur propre assortiment de mesures parmi celles inscrites au menu des options proposées, en tenant compte de leurs contextes particuliers. L'Appendice 6 présente quelques outils de décision pour aider les États Membres à déterminer leurs priorités et à traduire leur engagement politique en mesures concrètes.

Prochaines étapes pour les États Membres

Les États Membres sont priés de :

- Tirer les leçons des OMD et s'inspirer des structures et des plans existants, ainsi que des expériences passées, tout en intensifiant leurs efforts pour répondre aux exigences plus ambitieuses des ODD.
- Comprendre les lacunes dans les domaines de l'information, de l'équité, des services et des capacités et élaborer des plans pour les combler au niveau national.
- Renforcer ou instaurer des mécanismes de redevabilité nationale afin de permettre un suivi et un examen réguliers des progrès réalisés avec une variété de parties prenantes, sur la base des cibles et des indicateurs retenus pour chaque pays.
- Veiller à ce que les stratégies, politiques et plans sanitaires nationaux indiquent la manière dont les programmes de santé atteindront les objectifs relatifs à l'équité, notamment en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et les groupes défavorisés.
- Comprendre les attentes des communautés et renforcer la mobilisation sociale et politique, ainsi que la sensibilisation, afin de catalyser l'action en faveur des ODD.
- Adopter, selon les besoins, une approche par étapes, en commençant par renforcer les capacités du secteur de santé, pour établir ensuite des partenariats sélectifs avec d'autres secteurs, et enfin mettre en place des mécanismes de gouvernance en vue d'institutionnaliser la collaboration entre les secteurs.
- Renforcer la coopération régionale et internationale afin d'échanger les connaissances sur les politiques et les initiatives fructueuses dans les domaines de la santé et de ses déterminants.
- Encourager les partenaires du développement à mutualiser, combiner et aligner leurs efforts programmatiques dans le souci d'une efficacité et d'une équité accrues.

Prochaines étapes pour l'OMS dans la Région

L'OMS dans la Région s'engage à :

- Continuer de soutenir les États Membres dans l'élaboration des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux et dans la mise en œuvre des ODD dans le cadre de leur planification nationale et de l'élaboration de leurs politiques.
- Appuyer le renforcement des capacités nationales dans les domaines du suivi et de l'évaluation des ODD et de la CSU, des systèmes d'information sanitaire et d'analyse de

Annexe

l'information, en particulier l'analyse de l'équité, ainsi que de la consolidation et de l'interconnexion des systèmes d'information.

- Mettre à profit les mécanismes existants et les indicateurs communs convenus afin de contribuer à créer une plateforme d'apprentissage nationale qui fera rapport au Comité régional pour le Pacifique occidental à intervalles réguliers.
- Soutenir la planification dans les pays en réunissant les diverses parties prenantes concernées, y compris les organismes publics, les parties prenantes autres que le gouvernement et les partenaires du développement.
- Promouvoir la communication, la sensibilisation, la mobilisation sociale et politique en faveur des ODD, y compris en soutenant la mise en place d'une plateforme régionale permettant de collaborer avec les parlementaires et de favoriser l'entente politique et la prise de mesures.
- Utiliser les stratégies de coopération avec les pays pour déterminer les points d'entrée, les priorités et les options possibles en vue d'atteindre les ODD liés à la santé dans tous les États Membres.

Conclusion

Les résultats obtenus au cours de l'époque des OMD ont été spectaculaires, pourtant il est largement reconnu que les progrès ont été inégaux, beaucoup de gens parmi les plus pauvres et les plus marginalisés ayant été exclus du progrès économique national, et l'objectif prioritaire ayant été souvent restrictif plutôt que large et inclusif. Forts de ces réussites et de ces échecs, les architectes des ODD ont sollicité les points de vue, les préoccupations et les aspirations d'un public mondial plus large afin d'établir un mandat basé sur une vision plus globale.

Le résultat est un plan détaillé, complet et complexe qui mettra à dure épreuve tous ceux impliqués dans sa concrétisation et sa mise en œuvre dans différents contextes nationaux. Ses points forts consistent toutefois à mettre l'accent sur la collaboration et la concertation en vue de résoudre les problèmes communs, sur la responsabilité collective et l'intérêt public, sur l'élimination de la pauvreté et sur la prise en compte des déterminants de la santé, et notamment sur la primauté du principe visant à ne laisser personne de côté.

Les États Membres de la Région OMS du Pacifique occidental, qu'ils soient développés ou en développement, démontrent leur engagement de longue date à l'égard du bien-être de leurs citoyens. Mais ils sont également confrontés à la difficulté d'atteindre les communautés et les familles les plus défavorisées et de travailler à leurs côtés pour améliorer leurs chances de réussite. Les États Membres s'inspireront des ODD et les adapteront en fonction de leurs propres priorités, profils, problèmes et plans, tout en tenant compte de leur contexte socio-économique et de leur environnement politique. Ces lignes directrices visent à leur servir de points de référence sur la voie de la réalisation des ODD et à contribuer à leurs efforts.

V. Références

- Addressing the social determinants of noncommunicable diseases. New York : United Nations Development Programme; 2013.
- Blas E, Sivasankara Kurup A (eds). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva : World Health Organization; 2010.
- De la Mothe E, Espey J, Schmidt-Traub G. Measuring progress on the SDGs : Multi-level reporting. Global sustainable development report Brief; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/6464102-Measuring%20Progress%20on%20the%20SDGs%20%20Multi-level%20Reporting.pdf>, consulté le 27 juillet 2016).
- Empowerment and poverty reduction. Washington, DC : World Bank; 2002.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. Challenging inequity through health systems. Final report, Knowledge network on health systems. WHO Commission on social determinants of health; Geneva : World Health Organization; 2007.
- Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204687/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_fre.pdf consulté le 27 juillet 2016).
- Governance for health equity. Copenhagen : World Health Organization; 2013, updated reprint 2014.
- Health in 2015 : from MDGs to SDGs. Geneva : World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>, consulté le 27 juillet 2016).
- La santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2016 (A69/15; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_15-fr.pdf, consulté le 27 juillet 2016).
- IAP2 Spectrum of Participation. Wollongong, International association for public participation; 2014 (<https://www.iap2.org.au/resources/public-participation-spectrum>, consulté le 27 juillet 2016).
- Indicators and a monitoring framework for the Sustainable Development Goals - Launching a data revolution for the SDGs. Sustainable Development Solutions Network : Paris, France and New York, USA : 2015 (<http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/05/150612-FINAL-SDSN-Indicator-Report1.pdf>, consulté le 27 juillet 2016).
- Integrating poverty and gender into health programmes (foundational module on poverty). Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific; 2006.
- Intersectoral action for health. Geneva : World Health Organization; 1986.
- M4Health. Health measurement and accountability post 2015 : five-point call to action. World Bank Group, USAID, WHO : 2015 (https://live.worldbank.org/sites/default/files/call_to_action_6-4-15_web.pdf, consulté le 27 juillet 2016).
- McDaid D, Sassi F, Merkur S, editors. Promoting health, preventing disease : is there an economic case? Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2013 (Policy Summary 6; http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf, consulté le 27 juillet 2016).
- Participation sourcebook. Washington, DC : World Bank; 1995.
- Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la Santé. L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle - Analyse d'études de cas dans 18 pays. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008
- Rapport du Secrétaire général : Jalons essentiels sur la voie d'un suivi et d'un examen cohérents, efficaces et inclusifs au niveau mondiale. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016 (A/70/684; <https://documents-dds->

Annexe

- ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/009/40/PDF/N1600940.pdf?OpenElement consulté le 27 juillet 2016).
- Résolution 70/1. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2015 (A/RES/70/1; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/90/PDF/N1529190.pdf?OpenElement> consulté le 27 juillet 2016).
- The economics of the social determinants of health and health inequalities : a resource book. Geneva : World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241548625/en/, consulté le 27 juillet 2016).
- Towards a monitoring framework with targets and indicators for the health goals of the post-2015 Sustainable Development Goals - Draft Executive Summary. Geneva : WHO; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi_indicators_sdg_targetindicators_draft.pdf, consulté le 27 juillet 2016).
- Commission de statistique des Nations Unies. Rapport du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable.E/CN.3/2016/2/Rev.1. New York : Conseil économique et social des Nations Unies; 2016 (<http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-Rev1-F.pdf> , consulté le 1^{er} août 2016).
- La couverture sanitaire universelle : La voie vers une meilleure santé. Cadre d'action régional. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016.
- Walters H. Capacity development, institutional change and theory of change : What do we mean and where are the linkages. November 2007 (http://portals.wi.wur.nl/files/docs/successfailuredevelopment/Walters_CapacityDevelopmentConceptPaperFIN.pdf, consulté le 27 juillet 2016).
- Wernli D, Tanner M, Kickbusch I, Escher G, Paccaud F and Flahault A. Moving global health forward in academic institutions. Journal of global health. 2016;6(1). doi : 10.7189/jogh.06.010409.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ consulté le 27 juillet 2016).
- Collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Dans : À propos de l'OMS [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/fr/> , consulté le 27 juillet 2016).
- Willems S, Baumert K. Institutional capacity and climate change. Paris : OECD; 2003.
- Wismar M, McQueen D, Lin V, Jones CM and Davies M. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Copenhagen : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
- World Bank, USAID and WHO. Health Measurement and Accountability post 2015 : five-point call to action. Endorsed at the Summit on the measurement and accountability for results in health, 9-11 June 2015, Washington, DC. (https://live.worldbank.org/sites/default/files/call_to_action_6-4-15_web.pdf, consulté le 27 juillet 2016).

VI. Glossaire

| Terme | Définition |
|---|---|
| Acceptabilité | <p>L'acceptabilité, l'un des quatre éléments du droit à la santé, exige que l'ensemble des installations, biens et services en matière de santé soient respectueux de l'éthique médicale et appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et qu'ils soient être conçus de façon à respecter les intérêts de tous les intéressés. Cette notion s'inscrit dans le cadre d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, qui fournit des stratégies visant à réduire les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes qui sont souvent au cœur de l'inégalité sanitaire, pour faire en sorte que les politiques et les programmes de santé améliorent peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé.</p> <p>(D'après : OMS (2015). Santé et droits de l'homme. Extrait de : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/)</p> |
| Action intersectorielle | <p>L'action intersectorielle désigne les actions coordonnées de deux ou plusieurs secteurs publics, y compris à travers différents niveaux de gouvernance (nationale et infranationale). Les documents publiés dans ce domaine font également référence à des approches pangouvernementales, d'intégration de la santé dans toutes les politiques (HiAP) et à des politiques publiques en faveur de la santé.</p> <p>(D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)</p> |
| Agents de transfert des connaissances/Intermédiaires facilitant le transfert de connaissances | <p>Les agents de transfert des connaissances sont des intermédiaires (organisations ou personnes) qui facilitent l'échange de connaissances au sein des parties prenantes, y compris entre chercheurs, praticiens et décideurs, en développant des relations et des réseaux avec, parmi et entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances, et en leur fournissant des liens, des sources de connaissances et des informations (par exemple, savoir-faire technique, informations sur les marchés, données issues de la recherche).</p> <p>(D'après : Wikipedia. (n.d.). Knowledge brokers. Extrait de : https://en.wikipedia.org/wiki/Knowledge_broker)</p> |
| Analyse de l'équité | <p>L'analyse de l'équité fait référence aux techniques d'analyse quantitative ou qualitative permettant de mesurer, de quantifier ou de comprendre les inégalités en santé. L'analyse des données sanitaires selon des facteurs sociaux, démographiques, économiques ou géographiques permet de mettre en évidence des différences entre les sous-groupes que des moyennes générales peuvent masquer, ce qui permet ainsi de recenser les populations vulnérables devant être ciblées par les programmes et politiques sanitaires. L'analyse de l'équité en santé fournit la</p> |

Annexe

| | |
|---|---|
| | <p>base de données probantes nécessaire pour mettre en place des interventions axées sur l'équité ; elle est également une composante essentielle de la prise en compte de la dimension hommes-femmes, de l'équité et des droits humains ainsi que des progrès axés sur l'équité en matière de couverture sanitaire universelle.</p> <p>(D'après WHO. (n.d.). Global health observatory : health equity. Extrait de : http://www.who.int/gho/health_equity/about/en/)</p> |
| Approche englobant l'ensemble de la société | Voir approche multisectorielle |
| Approche englobant l'ensemble du gouvernement | Voir approche multipartite |
| Approche multipartite/englobant l'ensemble de la société | <p>Une approche englobant l'ensemble de la société ou multipartite fait référence à une action coordonnée menée par plusieurs parties prenantes au sein et en dehors du gouvernement (y compris le secteur privé, la société civile ou les collectivités).</p> <p>(D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)</p> |
| Approche multisectorielle/ intersectorielle/ pangouvernementale | <p>Une approche pangouvernementale ou multisectorielle fait référence à l'action coordonnée de deux ou plusieurs secteurs publics. Il peut s'agir de partenariats visant à mettre en place des dispositifs d'échange des informations ou des programmes communs. Ces efforts de coordination et d'intégration sont souvent axés sur des objectifs sociétaux généraux plutôt que sur les objectifs spécifiques à un secteur.</p> <p>(D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)</p> |
| Bénéfices mutuels | Voir partenariats gagnant-gagnant. |
| Communauté | <p>Une communauté désigne un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme aux relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes.</p> <p>(D'après : WHO, (n.d.). The WHO Health Promotion Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/)</p> |
| Connaissances en matière de santé | <p>Les connaissances en matière de santé font référence aux compétences, à la confiance, à la motivation et à la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. Les connaissances en matière de santé améliorent l'accès des individus à des informations sur la santé et à leur capacité à les utiliser efficacement pour améliorer leur propre santé, celle de leur famille et de leur communauté.</p> <p>(D'après : WHO. (1998). The WHO Health Promotion Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/)</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| Couverture sanitaire universelle | <p>La couverture sanitaire universelle permet à toutes les personnes et les communautés de bénéficier des services de santé dont elles ont besoin, y compris des initiatives de santé visant à promouvoir la santé, à fournir des services de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières.</p> <p>(D'après : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. (2016). La couverture sanitaire universelle : La voie vers une meilleure santé. Cadre d'action pour le Pacifique occidental. Extrait de : http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/documents/wpr_rc6_6_06_uhc_7sep_fr.pdf?ua=1)</p> |
| Déterminants sociaux de la santé | <p>Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.</p> <p>Ces circonstances dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.</p> <p>(D'après : OMS. (2008). Comblent le fossé. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Extrait de : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)</p> |
| Développement durable | <p>Il s'agit d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. (D'après : Commission mondiale pour l'environnement et le développement (1987). Notre avenir à tous. Annexe au document A/42/427 sur le développement et la coopération économique internationale : Environnement. Extrait de : https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N87/184/68/PDF/N8718468.pdf?OpenElement)</p> |
| Diplomatie sanitaire | <p>La diplomatie sanitaire recouvre les domaines de la santé publique, des affaires internationales, de la gestion, du droit et de l'économie, et porte sur les processus de négociations qui façonnent et gèrent l'environnement politique de la santé. Les relations entre la santé, la politique étrangère et le commerce sont au cœur de la diplomatie sanitaire mondiale.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). Global health diplomacy. Extrait de : http://www.who.int/trade/diplomacy/en/)</p> |
| Discrimination | <p>La discrimination en matière de santé fait référence à tout jugement négatif émis à l'encontre d'une personne ou d'un groupe, et fondé sur l'origine ethnique, le sexe, la langue, la religion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, le handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris le VIH/sida), l'orientation sexuelle, le statut civil, politique, social ou autre, l'opinion politique ou toute autre opinion, qui limite leur accès aux soins de santé ou aux déterminants sociaux sous-jacents de la santé. La discrimination peut se traduire par des</p> |

Annexe

| | |
|--|--|
| | <p>programmes de santé mal ciblés ou un accès limité aux services. La discrimination signifie qu'en face des mêmes besoins, les gens ne sont pas traités équitablement. Pour combattre la discrimination, il faut définir des critères objectifs et raisonnables visant à rectifier les inégalités en santé.</p> <p>(D'après l'OMS (2015). Santé et droits de l'homme. Extrait de : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/)</p> |
| Équité en santé | <p>L'équité en santé est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'équité n'est pas synonyme d'égalité, cette dernière consistant à assurer l'accès d'égalité de toutes les personnes aux possibilités offertes. L'équité, en revanche, vise à garantir des résultats équitables, souvent par le biais de mesures proactives telles que des mesures d'action affirmative en faveur des personnes défavorisées.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). Equity. Extrait de : http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/)</p> |
| Équité sociale | <p>L'équité sociale est un engagement à promouvoir l'équité et la justice dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques. Cela inclut une distribution juste et équitable des services sociaux essentiels tels que la protection sociale, l'éducation, le logement subventionné, la nourriture et les soins de santé.</p> <p>D'après Melbourne Social Equity Institute. (n.d.). What is social equity [website]. Extrait de : http://www.socialequity.unimelb.edu.au/what-is-social-equity/)</p> |
| Évaluation d'impact sanitaire | <p>L'évaluation d'impact sanitaire (EIS) est un moyen d'évaluer les effets sanitaires des politiques, plans et projets dans divers secteurs économiques, grâce à l'utilisation de techniques quantitatives, qualitatives et participatives. L'EIS aide les responsables politiques à prendre des décisions concernant les différentes options et les améliorations visant à prévenir toute maladie/traumatisme et à promouvoir activement la santé.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). Health impact assessment. Extrait de : http://www.who.int/hia/en/)</p> |
| Évaluation de l'impact sur l'équité en santé | <p>L'évaluation de l'impact sur l'équité en santé est un outil conçu pour aider les responsables politiques à évaluer de façon systématique l'impact potentiel des politiques, programmes, projets ou propositions sur l'équité en santé pour une population donnée, dans le but de maximiser les effets positifs de l'équité en santé et de minimiser les incidences négatives potentielles sur l'équité en santé (Measurement and Evidence Knowledge Network- Réseau de connaissances Mesure et Éléments probants - de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2007). La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS a noté que l'équité n'était généralement pas intégrée dans les évaluations de l'impact sur la santé et a recommandé que les évaluations de l'impact sur l'équité en santé soient institutionnalisées et que</p> |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>les planificateurs et les responsables politiques de la santé renforcent leurs capacités de façon à les utiliser de façon systématique.</p> <p>(D'après : OMS. (2008). Comblent le fossé. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Extrait de : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)</p> |
| gagnant-gagnant | <p>Les partenariats gagnant-gagnant présentent des avantages partagés, c'est-à-dire des bénéfices mutuels partagés par l'ensemble des parties prenantes et des intervenants concernés. Par exemple, le programme d'action décrit un certain nombre de problèmes où la collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs partenaires (éducation, environnement) est avantageuse pour les deux parties.</p> |
| Gouvernance | <p>La gouvernance est définie comme l'exercice de pouvoirs économiques, politiques et administratifs pour gérer les affaires d'un pays à tous les niveaux. Il comprend les mécanismes, les processus et les institutions à travers lesquels les citoyens et les collectivités défendent leurs intérêts, exercent leurs droits légaux, remplissent leurs obligations et règlent leurs différends. La bonne gouvernance est fondée sur les caractéristiques et les principes suivants : consensus, participation, État de droit, efficacité et efficience, responsabilité, transparence, réactivité, équité et inclusion.</p> <p>(D'après : UNESCAP. (n.d.). What is good governance? Extrait de : http://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf)</p> |
| Groupes défavorisés | <p>Les groupes défavorisés, marginalisés et vulnérables sont des groupes de personnes qui, en raison de facteurs habituellement considérés comme indépendants de leur volonté, ne jouissent pas des mêmes possibilités que la population générale et encourrent un risque plus élevé de pauvreté et d'exclusion sociale. Il s'agit par exemple des chômeurs, des réfugiés, des minorités, des sans-abri, des personnes confrontées à l'abus de substances psychoactives, à des troubles mentaux, à des handicaps, ou des personnes âgées isolées et des enfants.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). Health Impact Assessment (HIA), Glossary of terms used. Extrait de : http://www.who.int/hia/about/glos/en/)</p> |
| Handicap | <p>Le handicap est une notion complexe qui se rapporte à l'interaction entre les caractéristiques du corps d'une personne et les caractéristiques de la société dans laquelle elle vit. Il s'agit d'un terme vaste qui recouvre les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation, ainsi que les barrières à une intégration pleine et effective à la société sur la base de l'égalité avec les autres. Pour surmonter les obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées, il est nécessaire de mettre en place des interventions visant à éliminer ces barrières.</p> <p>(D'après l'OMS. (2011) Rapport mondial sur le handicap. Extrait de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/)</p> |

Annexe

| | |
|----------------------------|--|
| Inégalités en santé | <p>Les inégalités en santé désignent les disparités en matière de résultats sanitaires qui sont inutiles et évitables, et par conséquent injustes.</p> <p>(D'après : WHO Regional Office for the Western Pacific (n.d.). Health topics : Equity. Extrait de : http://www.wpro.who.int/topics/equity_health/en/)</p> |
| Mégadonnées | <p>Les mégadonnées désignent des ensembles de données si volumineuses et si complexes qu'elles ne peuvent être analysées à l'aide de méthodes ou d'applications traditionnelles. Elles sont traitées grâce à des technologies informatiques et permettent de mettre en évidence des modèles, des tendances et des corrélations, notamment en ce qui concerne les relations et comportements humains. Les mégadonnées offrent de nouvelles possibilités en matière d'analyse prédictive, permettant ainsi d'améliorer la prise de décision.</p> <p>(D'après : Wikipedia. (n.d.). Big data. Extrait de : https://en.wikipedia.org/wiki/Big_data)</p> |
| Méthodologies de prévision | <p>Les méthodologies de prévision sont des méthodologies visant à contribuer à une prise de décision éclairée et prospective face à un avenir incertain. Elles partent du postulat que l'avenir est encore en gestation et peut être activement influencé, voire même créé. Ces méthodologies permettent aux gouvernements d'anticiper des scénarios peu souhaitables mais possibles et probables, tout en élaborant des politiques qui tirent profit des possibilités transformationnelles d'avenirs préférés. Les méthodologies de prévision participatives et inclusives peuvent ouvrir des espaces de dialogue et de négociation entre plusieurs parties prenantes, perspectives et avenir en puisant dans les connaissances - souvent implicites - réparties « dans la salle ».</p> <p>(D'après : UNDP Global Centre for Public Service Excellence. (2014)). Foresight : the manual. Extrait de : http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/capacity-building/global-centre-for-public-service-excellence/foresightmanual.html).</p> |
| Obstacles à l'accès | <p>Les obstacles à l'accès sont les facteurs limitant l'utilisation en temps voulu des services de santé nécessaires. Ils couvrent les dimensions de la disponibilité, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière et l'acceptabilité. Outre ces déterminants, les obstacles à l'accès peuvent provenir de facteurs réduisant la capacité des personnes à utiliser les services (facteurs ayant trait à la demande), comme la distance à parcourir, les coûts de transport ou la perte de salaire associée à la recherche de soins, les informations, les normes socioculturelles et liées à la différence entre les sexes, les préférences de l'utilisateur ou son degré de confiance à l'égard des services. Ils peuvent également découler des caractéristiques du système de santé qui entravent le recours aux services de santé en temps opportun (facteurs ayant trait à l'offre), tels que l'emplacement des services, leur coût, les délais d'attente ou le comportement des prestataires. Les obstacles à l'accès sont répartis sur un gradient social, les groupes socialement exclus et défavorisés y étant les plus</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>exposés, malgré leurs besoins généralement plus élevés en matière de services de santé.</p> <p>(D'après : Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear P and Van Damme W. Addressing access barriers to health services : an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Health Policy and Planning 2012;27 :288-300)</p> |
| Organisation de la société civile | <p>Les organisations de la société civile sont des organisations non gouvernementales, à but non lucratif et bénévoles, formées par des personnes appartenant à la communauté, à l'exclusion des partis politiques et des sociétés commerciales. La société civile recouvre un large éventail d'organisations, de réseaux, d'associations, de groupes et de mouvements qui sont indépendants du gouvernement et qui peuvent s'organiser pour faire valoir leurs intérêts communs par le biais d'une action collective. Certaines définitions incluent également certaines entreprises, comme les médias, les écoles privées et les associations à but lucratif, mais par définition, toutes ces organisations de la société civile ne sont pas affiliées à un gouvernement et sont censées disposer d'un mandat pour fournir des services à la communauté et aux personnes dans le besoin.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.a). Glossary of globalization, trade and health terms. Extrait de : http://www.who.int/trade/glossary/en/)</p> |
| Organisation non gouvernementale | <p>Les organisations non gouvernementales sont des organisations qui ne sont pas affiliées à un gouvernement. Le terme est employé pour décrire des organismes à but non lucratif, non violents, visant à influencer la politique des gouvernements et des organisations internationales et/ou à compléter l'action menée par les services publics (tels que la santé et l'éducation). Généralement dotés d'une structure formelle, ils offrent des services aux personnes autres que leurs membres et sont, dans la plupart des cas, enregistrés auprès des autorités nationales. La taille, la portée, les activités et les objectifs des organisations non gouvernementales sont très variables. Elles peuvent exercer leurs activités à l'échelle nationale ou internationale, ou bien prendre la forme d'organisations communautaires dont le but est de mobiliser, d'organiser ou d'autonomiser leurs membres, généralement au niveau local.</p> <p>D'après : WHO. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Extrait de : http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf</p> |
| Partenariats les plus rentables | <p>Dans le cadre du présent <i>Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental</i>, les partenariats les plus rentables font référence aux partenariats entre secteurs dont les bénéfices mutuels (partenariats gagnant-gagnant) s'appuient sur de solides données factuelles.</p> |
| Participation | <p>Toute personne humaine et tous les peuples ont le droit de participer et de contribuer à un développement économique,</p> |

Annexe

| | |
|---|--|
| | <p>social, culturel et politique dans lequel tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales puissent être pleinement réalisées, et de bénéficier de ce développement (UNDG, 2002). Le droit à la santé inclut la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international (CESCR, 2000). La participation est l'un des principes relatifs aux droits fondamentaux qui doit être pris en compte dans la mise en œuvre d'une approche sanitaire basée sur les droits de la personne. Afin de permettre une participation effective, il est primordial de fournir un soutien financier et technique approprié et pérenne, y compris en investissant dans l'autonomisation des détenteurs de droits.</p> <p>(D'après : UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General Comment 14 on the right to the highest attainable standard of health. Extrait de : www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf. UNDG. (2002). UN Statement of Common Understanding on Human Rights-Based Approaches to Development Cooperation and Programming. Extrait de : http://hrbportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies)</p> |
| Parties prenantes autres que le gouvernement | <p>Dans le contexte du présent programme d'action, ce terme recouvre un large éventail de différents acteurs, organismes et partenaires tels que des acteurs non étatiques, non gouvernementaux et appartenant à la société civile, des organisations professionnelles et confessionnelles, des politiciens et des parlementaires, des organismes universitaires et de recherche, des fondations et des entreprises. Une partie prenante est une personne ou un groupe intéressé ou concerné par le processus en question.</p> <p>(D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)</p> |
| Personnel de santé | <p>Le personnel de santé est défini comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé ».</p> <p>(D'après : OMS (2006). Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. Extrait de : http://www.who.int/whr/2006/fr/)</p> |
| Plan stratégique du système d'information sanitaire | <p>Plan ou stratégie décrivant l'ensemble des interventions stratégiques qui ont été définies pour remédier aux problèmes affectant l'ensemble des composantes prioritaires du système d'information sanitaire, ainsi que les activités de mise en œuvre et les ressources nécessaires.</p> <p>(D'après : Health Metrics Network. (2009). Guidance for the Health Information Systems (HIS) Strategic Planning Process. Extrait de : https://www.k4health.org/toolkits/hrh/guidance-health-information-systems-his-strategic-planning-process)</p> |
| Promotion de la santé | <p>La promotion de la santé comprend les actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus (ce qui leur permet d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci), ainsi que les mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets néfastes sur la santé publique et sur la santé</p> |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>des personnes.</p> <p>(D'après : WHO. (1998). The WHO Health Promotion Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/)</p> |
| Protection sociale | <p>La protection sociale consiste à prévenir, gérer et surmonter les situations ayant une incidence négative sur le bien-être des individus. Elle permet aux individus de maintenir leur niveau de vie lorsqu'ils sont confrontés à des éventualités telles que la maladie, la maternité, le handicap ou la vieillesse ; aux risques du marché, tels que le chômage ; ainsi qu'aux crises économiques ou aux catastrophes naturelles. Pour certains pays, la protection sociale s'est imposée comme un cadre politique pour combattre la pauvreté et la vulnérabilité.</p> <p>(D'après : UNRISD. (2010). Combating Poverty and Inequality. Structural Change, Social Policy and Politics. http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/BBA20D83E347DBAFC125778200440AA7?OpenDocument)</p> |
| Renforcement des capacités | <p>Le renforcement des capacités désigne les activités destinées à développer les connaissances, les compétences, les formes de participation, les structures, les institutions, les systèmes et le leadership en vue d'améliorer les politiques publiques en faveur de la santé</p> <p>(D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)</p> |
| Respect culturel en matière de santé | <p>Le respect culturel permet aux prestataires d'offrir des services qui respectent les croyances et les pratiques sanitaires des différents patients, et répondent à leurs besoins culturels et linguistiques. Il peut potentiellement accroître la réactivité et l'acceptabilité des services de santé, réduisant ainsi les obstacles à l'accès qui contribuent aux inégalités de santé.</p> <p>(D'après : NIH. (n.d.). Cultural respect. Extrait de : https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication/cultural-respect)</p> |
| Santé en ligne/cybersanté | <p>La santé en ligne s'entend de l'utilisation de technologies de l'information et de la communication (TIC) au service de la santé. Elle couvre un grand nombre de domaines, notamment le traitement des patients, les travaux de recherche, l'éducation des personnels de santé, le suivi des maladies et la surveillance de la santé publique.</p> <p>(WHO. (n.d.). eHealth. Extrait de : http://www.who.int/topics/ehealth/en/)</p> |
| Santé mobile | <p>La santé mobile, une composante de la santé en ligne, décrit la pratique médicale et les services de santé publique fournis grâce aux technologies mobiles, comme les téléphones portables, les dispositifs de suivi des patients, les ordinateurs de poche, et autres dispositifs sans fil qui permettent d'utiliser les fonctionnalités d'un téléphone portable - communication vocale et service de messages courts (SMS), service GPRS (General Packet Radio Service), troisième et quatrième générations de téléphonie mobile (systèmes 3 G et 4 G), système de géolocalisation GPS et technologie Bluetooth.</p> |

Annexe

| | |
|---------------------------------|--|
| | (D'après : WHO. (2011). mHealth : New horizons for health through mobile technologies : second global survey on eHealth. Extrait de : http://apps.who.int/iris/handle/10665/44607) |
| Secteur de la santé | Il comprend une gamme étendue d'acteurs et d'organismes qui sont tenus responsables politiquement et administrativement de la santé des populations à différents niveaux. (D'après : WHO. (2015). Health in All policies training manual. Extrait de : http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/) |
| Service de santé | Tout service (c'est-à-dire qui ne se limite pas aux services médicaux ou cliniques) visant à contribuer à l'amélioration de la santé ou du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des personnes malades. (D'après : WHO. (n.d.). Health systems : Health Systems Strengthening Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/) |
| Soins centrés sur la personne | Les soins centrés sur la personne recouvrent les soins qui sont axés et organisés autour des besoins sanitaires et des attentes des individus et des communautés, plutôt que sur les maladies. Tandis que les soins centrés sur le patient signifient en général que l'individu - le patient - est au centre des soins qui lui sont destinés, les soins centrés sur la personne comprennent non seulement ces rencontres cliniques mais portent aussi sur la santé des personnes dans leurs communautés et sur leur rôle crucial dans l'élaboration des politiques sanitaires et des services de santé. (D'après : WHO. (n.d.). Health systems : Health Systems Strengthening Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/) |
| Soins primaires | Les soins primaires désignent les soins de premier recours prodigués à la population par l'intermédiaire d'un prestataire ou d'un praticien de soins de santé, comme le médecin généraliste ou l'infirmière. (D'après : WHO. (n.d.). Health systems : Health Systems Strengthening Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/) |
| Système d'information sanitaire | Système fournissant des informations pour faciliter la prise de décision à tous les niveaux du système de santé. Il regroupe les informations générées par des sources de données provenant de la population et des établissements, ainsi que la collecte des données, leur traitement, leur diffusion et leur utilisation. (D'après : WHO Regional Office for the Western Pacific. (2004). Developing Health Management Information Systems a practical guide for developing countries. Extrait de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207050/1/9290611650_eng.pdf?ua=1 . Health Metrics Network.(2009). Guidance for the Health Information Systems (HIS) Strategic Planning Process. Extrait de : https://www.k4health.org/toolkits/hrh/guidance-health-information-systems-his-strategic-planning-process) |
| Système de santé | i) Toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer et/ou entretenir la santé ; ii) les personnes, institutions et ressources, qui sont organisées conformément à |

Annexe

| | |
|--|---|
| | <p>des politiques établies pour améliorer la santé des populations qu'elles desservent, tout en répondant aux attentes légitimes des gens et en les prémunissant contre le coût de la maladie par le biais d'activités dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). Health systems : Health Systems Strengthening Glossary. Extrait de : http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/)</p> |
| Utilisation pratique des connaissances | <p>L'utilisation pratique des connaissances englobe les processus visant à convertir les connaissances scientifiques en actions socialement bénéfiques, souvent grâce au changement de comportement des parties prenantes et aux mesures prises par les décideurs et les responsables politiques. Son champ d'application comprend la diffusion des connaissances, la communication, le transfert de technologies, le contexte éthique, la gestion et l'utilisation des connaissances, les échanges à double sens entre les chercheurs et ceux qui appliquent les connaissances, la recherche sur la mise en œuvre, l'évaluation des technologies, la synthèse des résultats dans un contexte mondial, l'élaboration de lignes directrices consensuelles etc.</p> <p>(D'après : WHO. (n.d.). EVIPNet Country Knowledge Translation Platforms. Extrait de : http://www.who.int/evidence/resources/country_reports/KTP/en/)</p> |
| Vert | <p>Un produit ou un service non nocif pour l'environnement, dont les caractéristiques et les objectifs sont respectueux de l'environnement.</p> |

VII. Liste des appendices

1. Liste des objectifs de développement durable (ODD)
2. La couverture sanitaire universelle : La voie vers une meilleure santé
3. Cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental
4. Liste des stratégies et plans régionaux et mondiaux, des déterminants et des parties prenantes
5. Exemples d'instruments pertinents du droit international
6. Outils d'aide à la décision en matière d'action pour les ODD
7. Réalisation des OMD dans le Pacifique occidental : succès et difficultés
8. Équité en santé et ses déterminants dans la Région du Pacifique occidental

Appendice 1. Liste des Objectifs de Développement Durable (ODD)

| | |
|-------------|--|
| Objectif 1 | Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde |
| Objectif 2 | Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable |
| Objectif 3 | Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge |
| Objectif 4 | Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie |
| Objectif 5 | Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles |
| Objectif 6 | Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable |
| Objectif 7 | Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable |
| Objectif 8 | Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous |
| Objectif 9 | Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation |
| Objectif 10 | Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre |
| Objectif 11 | Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables |
| Objectif 12 | Établir des modes de consommation et de production durables |
| Objectif 13 | Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions |
| Objectif 14 | Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable |
| Objectif 15 | Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité |
| Objectif 16 | Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous |
| Objectif 17 | Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser |

Source: Objectifs de développement durable. Dans: Plateforme de connaissances des Nations Unies sur le développement durable [site Web]. New York: Nations Unies; 2016
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 12 août 2016).

Annexe

Appendice 2. La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé

En octobre 2015, la soixante-sixième session du Comité régional de l’OMS pour le Pacifique occidental a adopté la résolution WPR/RC66. R2 approuvant le cadre d’action régional du Pacifique occidental intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*.

La résolution reconnaît que la couverture sanitaire universelle (CSU) constitue une base essentielle à la réalisation des objectifs du développement durable (ODD) et à l’obtention de résultats sanitaires satisfaisants pour tous. Elle invite instamment les États Membres à : (1) se référer au cadre d’action pour élaborer leurs propres feuilles de route dans le cadre du processus national de politique et de planification en tenant compte de leurs contextes nationaux ; (2) jouer un rôle de chef de file dans la mise en place d’approches multisectorielles et s’engager à allouer les fonds nécessaires à la mise en œuvre des politiques et plans nationaux visant à faire progresser la CSU ; et (3) instaurer des mécanismes permettant de suivre les progrès accomplis vers la réalisation de la CSU et évaluer l’impact des politiques qui y sont associées.

Caractéristiques et domaines d’activités pour progresser vers la CSU

Le cadre s’articule autour des cinq caractéristiques des systèmes de santé visant à instaurer la CSU (qualité, efficacité, équité, responsabilisation, durabilité et résilience), assorties de 15 domaines d’activités. Les mesures connexes proposées permettent aux pays de personnaliser leur approche vers l’instauration de la CSU.

| Caractéristiques des systèmes de santé | Domaines d’activités pour instaurer la CSU |
|--|---|
| QUALITÉ | 1.1 Réglementations et cadres réglementaires |
| | 1.2 Services efficaces et adaptés aux besoins des individus et de la population |
| | 1.3 Participation des individus, des familles et des collectivités |
| EFFICACITÉ | 2.1 Système conçu en vue de satisfaire les besoins de la population |
| | 2.2 Mesures incitatives pour une prestation et une utilisation appropriées des services |
| | 2.3 Efficacité et rationalisation de la gestion |
| ÉQUITÉ | 3.1 Protection financière |
| | 3.2 Couverture et accès aux services |
| | 3.3 Non-discrimination |
| RESPONSABILISATION | 4.1 Rôle moteur du gouvernement et primauté du droit en matière de santé |
| | 4.2 Partenariats en faveur de politiques publiques |
| | 4.3 Transparence, suivi et évaluation (S&E) |
| DURABILITÉ ET RÉSILIENCE | 5.1 Préparation en matière de santé publique |
| | 5.2 Capacités communautaires |
| | 5.3 Durabilité et capacité d’adaptation des systèmes de santé |

Source: La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé. Cadre d’action pour la Région du Pacifique occidental. Manille: Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental ; 2016.

Appendice 3. Cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a élaboré le présent Cadre de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental (cadre de suivi) pour guider les pays dans leurs efforts visant à collecter, analyser et valider les données qui appuieront le suivi et l'évaluation des progrès qu'ils accompliront en matière de santé pour réaliser les ODD et la CSU au cours des 15 prochaines années.

Le programme des ODD élargit le programme d'action sanitaire des OMD, permettant d'inclure toute une gamme potentielle de questions telles que : les maladies non transmissibles (MNT), la santé mentale et la toxicomanie, la CSU et l'accès aux soins de santé de qualité, les produits chimiques dangereux et la pollution, la sécurité sanitaire mondiale, les personnels de santé, l'accès aux produits de santé, la recherche et le développement et le financement de la santé. La CSU n'est pas seulement une composante essentielle des ODD, elle sert également de plateforme commune à toutes les cibles sanitaires. Une attention particulière est également portée à l'équité et aux moyens de desservir les populations les plus difficiles à atteindre pour s'assurer que personne ne soit « laissé de côté ».

Le cadre de suivi et les indicateurs s'inspirent des objectifs et cibles¹ relatifs aux ODD identifiés par les Nations Unies, ainsi que du cadre de suivi pour la Région du Pacifique occidental, intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé*², adopté par les États Membres en octobre 2015.

Des orientations concernant les métadonnées, notamment les définitions, la ventilation et l'évaluation, l'analyse et la communication des informations, seront détaillées dans un document technique ultérieur.

But du suivi régional

Sur un plan régional, l'objectif d'un cadre de suivi et d'indicateurs communs est double : d'une part, il permet de suivre les progrès réalisés par rapport aux cibles sanitaires et à celles liées à la santé dans une région donnée ; d'autre part, il permet de comparer, au sein des pays et entre eux, les données relatives aux tendances, réussites, défis et opportunités, tout en établissant des comparaisons entre les différents groupes de population à l'aide de paramètres basés sur l'équité et le sexe.

Il appartient aux pays de déterminer leurs propres objectifs, cibles et indicateurs en s'appuyant sur leurs politiques sanitaires, priorités, stratégies et capacités nationales pour mettre en œuvre leur cadre de suivi national.

¹Pour de plus amples informations, veuillez consulter : Commission de statistique des Nations Unies. Rapport du groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable. E/CN.3/2016/2/Rev.1. New York: Conseil économique et social des Nations Unies ; 2016 (<http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-Rev1-F.pdf>, dernier accès le 1er août 2016).

² La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé. Cadre d'action pour la Région du Pacifique occidental. Manille: Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2016.

Annexe

Il conviendra de renforcer la coordination entre le secteur de la santé et les autres secteurs afin d'examiner les questions transversales relatives à la santé et à d'autres domaines. Les données sur les déterminants de la santé devront être recueillies en même temps que les données issues des systèmes d'information sanitaire traditionnels, comme par exemple l'évaluation longitudinale des changements de comportement, tels que le lavage des mains, l'activité physique et les pratiques sexuelles sans risque. Les systèmes nationaux de statistique, qu'ils soient nouveaux ou existants, devront être renforcés afin d'accroître leur capacité à collecter, traiter, analyser et utiliser les données au sein du secteur de la santé et au-delà, ainsi qu'à soutenir le suivi et l'analyse axés sur l'équité. Il sera essentiel, si l'on entend suivre les progrès accomplis au regard des ODD et de la CSU, de pouvoir améliorer ou ajuster les stratégies au fur et à mesure qu'apparaîtront de nouvelles données et de nouveaux enseignements.

Élaboration du cadre

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a mis au point un cadre de suivi visant à refléter l'ampleur du programme des ODD, lequel tend non seulement à permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge mais également à reconnaître que la santé et ses déterminants influent sur d'autres objectifs et cibles, et sont influencés par eux.

Le cadre de suivi repose sur le cadre conceptuel présenté dans la Figure 3.1. Le cadre conceptuel est divisé en quatre catégories : impact sur la santé à toutes les étapes de la vie, les déterminants de la santé, la CSU et les ressources et capacités des systèmes de santé. L'ensemble de ces quatre catégories montre que les besoins sanitaires des individus et de la population tout au long de la vie sont influencés par les déterminants de la santé (socio-économiques, environnementaux, comportementaux), la CSU (protection financière, couverture des services et accessibilité), et les ressources et les capacités des systèmes de santé (qualité et sécurité, ressources et infrastructure, réactivité et services centrés sur la personne). L'équité est supposée faire partie intégrante de chacune de ces quatre catégories. La CSU tient lieu de plateforme unificatrice ; sans cela, les acquis sanitaires ne seront pas viables et les ODD ne pourront pas être atteints.

Indicateurs de suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental

Sur la base du cadre de suivi ainsi défini, un ensemble d'indicateurs a été soigneusement sélectionné à partir des indicateurs relatifs aux ODD, des listes mondiales d'indicateurs sanitaires existantes et d'autres indicateurs recueillis par différents programmes. Il a également été tenu compte du *Cadre de suivi des îles-santé*, cadre sous-régional approuvé par les ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique. Les données existantes ont été mises à profit afin d'alléger au maximum la charge que représente la notification pour les pays.

Cette série d'indicateurs permettra de suivre les progrès accomplis au titre des ODD et de la CSU moyennant des comparaisons entre pays dans l'ensemble de la Région. Les pays sont encouragés à recueillir, compiler, utiliser et partager les informations connexes dans le but d'améliorer l'élaboration des politiques et l'échange d'informations entre les pays et au sein de la Région.

Annexe

Le cadre de suivi se compose de 26 indicateurs relatifs à l'ODD 3 et de 17 indicateurs liés à d'autres ODD (Tableau 3.1). Outre les deux indicateurs composites utilisés pour suivre les progrès vers la CSU dans le contexte de l'ODD 3, 42 indicateurs supplémentaires ont été identifiés pour suivre la progression vers la CSU et la performance des systèmes de santé au fil du temps et à tous les niveaux – intrants, processus, extrants et résultats.

Les indicateurs sont essentiels pour garantir que les objectifs de développement seront atteints pour tous les groupes de population. La capacité à apporter des améliorations et des ajustements au fur et à mesure qu'apparaîtront de nouvelles données et de nouveaux enseignements sera indispensable pour suivre les progrès dans la réalisation de la CSU et des ODD à plusieurs niveaux (national, infranational et local), aussi bien en matière d'apprentissage qu'en termes de prise de décision fondée sur des éléments probants.

Disponibilité des indicateurs pour le suivi des ODD et de la CSU

La disponibilité des indicateurs et la fréquence des collectes ont été analysées (Tableau 3.2) sur la base d'un examen des collectes de données actuelles.

Cinquante recueillis régulièrement : ces indicateurs peuvent être recueillis grâce aux systèmes administratifs de routine et aux collectes de données des programmes qui sont réalisées tous les ans ou tous les deux ans, ou grâce aux collectes de données des enquêtes régulières, telles que les recensements ou les enquêtes auprès des ménages qui, dans ce cas, ne seraient actualisées que tous les trois à cinq ans, selon la fréquence des enquêtes.

Trente-deux recueillis irrégulièrement: ces indicateurs sont actuellement recueillis par intermittence ou par l'intermédiaire de collectes de données à des fins spécifiques, à partir des données des observatoires, par le biais du système de justice pénale et/ou de l'enregistrement au système de santé publique et à l'état civil. Ces indicateurs nécessitent une stratégie systématique de collecte des données. Pour certains d'entre eux il faudra également entreprendre des travaux méthodologiques pour assurer leur comparabilité.

Trois non recueillis : ces indicateurs font partie du nouveau programme des ODD et n'ont pas encore été collectés. La méthodologie et l'élaboration de ces indicateurs sont en cours de développement.

Collecte de données pour le suivi des ODD et de la CSU

La plupart des indicateurs proviennent de diverses sources de données, telles que les données issues des établissements sanitaires, des administrations et des enquêtes. Durant l'ère des ODD, il conviendra de combler les lacunes en matière d'informations et de remédier aux difficultés pour satisfaire aux exigences en termes d'indicateurs et au niveau de ventilation requis. Une approche englobant l'ensemble des systèmes, une collaboration plus large avec des parties prenantes de divers secteurs, de meilleurs systèmes d'enregistrement des faits et de statistique d'état civil (CRVS), ainsi que de nouvelles méthodologies et des approches novatrices seront nécessaires.

Sur les 43 indicateurs relatifs aux ODD ayant été identifiés, 15 sont recueillis et notifiés par d'autres organismes des Nations Unies, tels que l'UNICEF, l'IGME, l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'OCDE, ONU Femmes et le FNUAP. Ces indicateurs comprennent : nombre de décès, de disparus et de victimes suite à des catastrophes, proportion de femmes et de filles ayant vécu en couple victimes de violences

Annexe

infligées par leur partenaire intime, nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative, etc.

Quant aux 42 indicateurs relatifs à la CSU ayant été recensés, tous sont recueillis et notifiés par l'OMS, 30 étant collectés par les programmes d'interventions sanitaires, tels que ceux liés au VIH, au paludisme, à la tuberculose etc., et 12 provenant de collectes hors programme, telles que les données administratives, les estimations et/ou modélisations, ainsi que les données produites par les CRVS, y compris l'espérance de vie à la naissance, le total des dépenses en santé courantes en pourcentage du PIB, le taux d'occupation des lits, le taux de mortalité, la couverture des services de prise en charge des troubles mentaux sévères, la couverture de l'enregistrement des décès, les établissements de santé disposant de services d'alimentation en eau opérationnels, les établissements de santé disposant de services d'assainissement opérationnels, et la durée moyenne des séjours.

Des efforts doivent être déployés pour compiler les indicateurs recueillis par divers organismes des Nations Unies et lors des collectes de données des programmes en s'appuyant sur le cadre de suivi. Des dispositifs spéciaux basés sur les mécanismes de collecte existants seront introduits afin d'incorporer les autres indicateurs pour lesquels il n'existe aucune méthode de collecte régulière.

Ventilation

Les ODD mettent en avant les programmes axés sur l'équité, par conséquent les efforts de suivi doivent viser à soutenir la collecte, l'analyse et l'utilisation de données désagrégées afin de cibler ceux qui risquent d'être laissés pour compte. Les progrès accomplis au regard des ODD devraient faire l'objet d'un suivi non seulement global, mais également détaillé aux niveaux infranational et local, pour différents groupes de la population, et devraient être ventilés, le cas échéant, par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap, emplacement géographique ou autres caractéristiques.

Il est reconnu que les facteurs de stratification identifiés ne peuvent s'appliquer universellement à toutes les collectes de données et que l'identification de ces variables peut poser des défis majeurs d'un point de vue analytique et opérationnel. Un certain nombre de ces variables ne font pas partie des informations actuellement répertoriées dans le cadre des collectes de données administratives. Les enquêtes auprès des ménages constituent la meilleure source pour obtenir les variables de stratification identifiées. Les données administratives et celles provenant des établissements de santé permettent de recenser les différences géographiques, à l'échelle des districts et des sous-districts.

L'OMS donnera la priorité aux indicateurs pouvant être désagrégés selon de multiples variables, y compris ceux provenant des enquêtes auprès des ménages compilées à l'échelle internationale. Ces enquêtes devront également appuyer la collecte des données relatives au handicap et à l'appartenance ethnique, ce qui permettra d'améliorer la qualité et la comparabilité des données ventilées ; elles peuvent également fournir un bon point de départ en attendant que soient réalisés les travaux nécessaires pour renforcer les capacités statistiques et pour mettre au point des indicateurs supplémentaires ou différents.

Annexe

Des directives supplémentaires relatives à la ventilation de chaque indicateur et aux analyses axées sur l'équité seront présentées dans un document technique ultérieur.

Collecte et suivi

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental travaillera aux côtés des pays pour recueillir de façon proactive les données existantes, en l'occurrence les données publiées dans diverses sources telles que les sites Web, les rapports annuels et les rapports de programmes. Les données collectées seront nettoyées, validées et soumises aux pays à des fins d'examen et d'approbation. Les pays auront la possibilité de remédier aux éventuelles lacunes de données.

Les données recueillies seront analysées selon le cadre de suivi puis diffusées en vue de soutenir l'élaboration d'une plateforme d'apprentissage qui fera régulièrement rapport au Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. Ces données serviront en outre à entamer des discussions sur les questions de santé prioritaires au sein de la Région. Selon la disponibilité des données et les priorités recensées à travers la Région, un sous-ensemble d'indicateurs relatifs aux ODD pourrait faire l'objet d'un suivi et d'un compte-rendu plus fréquents.

Le Bureau régional établira un rapport de situation régional sur les ODD tous les deux ans, ainsi qu'un rapport thématique régional détaillé tous les cinq ans, compte tenu des liens entre la santé et les variables connexes. Ces rapports seront fondés sur les données de référence et les rapports de situation des pays.

Les pays sont encouragés à se référer à ce cadre de suivi et à ces indicateurs pour entreprendre leur propre suivi et examen. Les progrès accomplis au regard des ODD devraient être examinés aux niveaux national, infranational et local en vue d'étayer les programmes et les politiques fondées sur des éléments probants.

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental collaborera avec les pays en vue d'établir des métadonnées détaillées, de recenser les indicateurs « marqueurs » et les dispositifs opérationnels mis en place pour appuyer la collecte et le suivi des indicateurs. De plus, un soutien sera fourni aux pays désireux d'améliorer la qualité et la rapidité des données et des informations, la collaboration avec les bureaux de statistique nationaux, et pour stimuler les investissements nationaux afin d'améliorer la disponibilité des données et de satisfaire aux besoins futurs en la matière.

Annexe

Fig. 3.1. Cadre conceptuel pour le suivi des ODD et de la CSU dans la Région du Pacifique occidental

Note: Cette figure n'inclut pas tous les indicateurs abrégés présentés dans le Tableau 4.1 ; elle inclut certains déterminants externes aux collectes proposées par l'OMS (marqués d'un *) afin de prendre en compte l'ampleur du cadre de suivi, par ex. déterminants liés aux cibles des objectifs sur la pauvreté, l'éducation, le changement climatique, les villes etc.

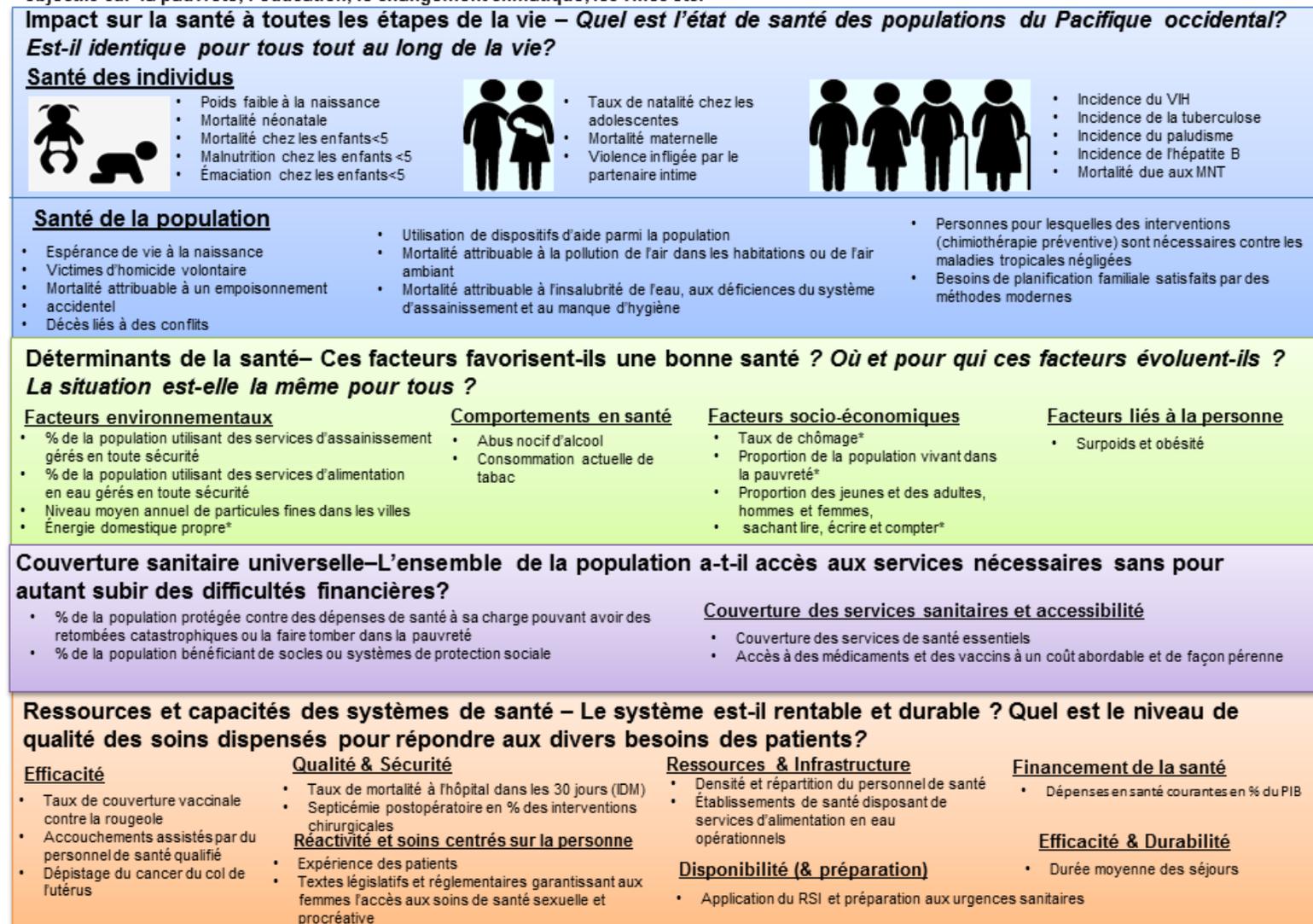


Tableau 3.1. Indicateurs relatifs aux ODD et à la CSU pour la Région du Pacifique occidental

| Cible | Indicateurs relatifs à l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) |
|--------------|---|
| 3.1.1 | Taux de mortalité maternelle |
| 3.1.2 | Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié |
| 3.2.1 | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) |
| 3.2.2 | Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes) |
| 3.3.1 | Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives (ventilé par groupe d'âge, sexe et principaux groupes de population) |
| 3.3.2 | Incidence de la tuberculose pour 1 000 habitants |
| 3.3.3 | Incidence du paludisme pour 1 000 habitants |
| 3.3.4 | Nombre de nouvelles infections à l'hépatite B pour 100 000 habitants |
| 3.3.5 | Nombre de personnes pour lesquelles des interventions (chimiothérapie préventive) contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires |
| 3.4.1 | Mortalité due à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques |
| 3.4.2 | Taux de mortalité par suicide |
| 3.5.1 | Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie |
| 3.5.2 | Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile |
| 3.6.1 | Nombre de décès liés à des accidents de la route |
| 3.7.1 | Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) utilisant des méthodes modernes de planification familiale |
| 3.7.2 | Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge |
| 3.8.1 | Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier) |
| 3.8.2 | Part de la population protégée contre des dépenses de santé à sa charge pouvant avoir des retombées catastrophiques ou la faire tomber dans la pauvreté |
| 3.9.1 | Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations ou à la pollution de l'air ambiant |
| 3.9.2 | Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) |
| 3.9.3 | Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel |
| 3.a.1 | Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans (taux comparatifs par âge) |
| 3.b.1 | Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments et vaccins essentiels à un coût abordable et de façon pérenne |

Annexe

| | |
|--------------|---|
| 3.b.2 | Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base |
| 3.c.1 | Densité et répartition du personnel de santé |
| 3.d.1 | Application du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux urgences sanitaires. |
| Cible | Indicateurs proposés pour les ODD liés à la santé |
| 1.3.1 | Pourcentage de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, ventilé par sexe et par groupes de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables) |
| 1.5.1 | Nombre de décès et de personnes , blessées, déplacées ou évacuées suite à des catastrophes, pour 100 000 personnes |
| 11.5.1 | |
| 13.1.2 | |
| 2.2.1 | Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans |
| 2.2.2 | Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation) |
| 5.2.1 | Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge |
| 5.2.2 | 5.2.2 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits |
| 5.6.2 | Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine |
| 6.1.1 | Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité |
| 6.2.1 | Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon |
| 11.6.2 | Niveau moyen annuel de particules fines (PM 2,5 et PM 10, par exemple) dans les villes, pondéré en fonction du nombre d'habitants |
| 16.1.1 | Nombre de victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge |
| 16.1.2 | Nombre de décès liés à des conflits pour 100 000 habitants (par sexe, âge et cause) |
| 16.1.3 | Proportion de la population victime de violences physiques, psychologiques ou sexuelles au cours des 12 mois précédents |
| 16.2.1 | Proportion d'enfants âgés de 1 à 17 ans ayant subi un châtime corporel ou une agression psychologique infligé par une personne s'occupant d'eux au cours du mois précédent |
| 16.2.2 | Nombre de victimes de la traite d'êtres humains pour 100 000 habitants, par sexe, âge et forme d'exploitation |
| 16.2.3 | Proportion de jeunes femmes et hommes de 18 à 29 ans ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans |
| 16.9.1 | Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été enregistrés par une autorité d'état civil, par âge |
| | Indicateurs relatifs à la CSU |
| | Espérance de vie à la naissance |

Annexe

| |
|--|
| Dépenses en santé courantes en pourcentage du PIB |
| Taux de port de la ceinture de sécurité |
| Taux de port du casque |
| Taux d'occupation des lits |
| Taux de césariennes |
| Taux de couverture vaccinale par le vaccin Diphtérie- Tétanos- Coqueluche (DTC3) |
| Taux de couverture vaccinale contre la rougeole |
| Taux de mortalité (pour 1 000 naissances) |
| Taux des cas de syphilis congénitale (pour 100 000 habitants) |
| Allaitement exclusif au sein des nourrissons âgés de 0 à 5 |
| Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés |
| Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois |
| Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer |
| Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus |
| Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension chez l'adulte de 18 ans et plus |
| Prévalence standardisée selon l'âge de l'activité physique insuffisante chez l'adulte de 18 ans et plus |
| Pourcentage des enfants de moins de 5 ans chez qui l'on suspecte une pneumonie qui ont été conduits dans un établissement de santé |
| Couverture du traitement antirétroviral (TAR) (%) |
| Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante |
| Dépistage du cancer du col de l'utérus |
| Couverture des services de prise en charge des troubles mentaux sévères |
| Couverture de l'enregistrement des décès |
| Dépenses en santé courantes de l'administration publique et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes |
| Utilisation de dispositifs d'aide parmi la population |
| Nouveau-nés recevant des soins néonataux essentiels |
| Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission – infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) |
| Expérience des patients |
| Établissements de santé disposant de services d'alimentation en eau opérationnels |
| Établissements de santé disposant de services d'assainissement opérationnels |
| Durée moyenne des séjours |
| Mortalité due à la dengue |
| Taux de mortalité attribuable à l'infection par le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C |
| Accouchement en établissement de santé |
| Prévalence standardisée par âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes entre 13 et 15 ans |

Annexe

Utilisation des services (consultations ambulatoires)

Taux et couverture de la chirurgie de la cataracte

Septicémie postopératoire en pourcentage de toutes les interventions chirurgicales

Taux de réadmission à l'hôpital

Proportion de la population utilisant les services de réadaptation dont elle a besoin

Couverture du dépistage du VIH (%) chez les personnes vivant avec le VIH

Suppression de la charge virale du VIH chez les personnes sous thérapie antirétrovirale (%)

Tableau 3.2. Disponibilité des indicateurs relatifs aux ODD et à la CSU dans la Région OMS du Pacifique occidental

| Indicateur | Recueilli régulièrement | Recueilli irrégulièrement | Non recueilli |
|---|--|---|---|
| Indicateurs de santé (ODD 3) | 13 Parmi les exemples : taux de mortalité maternelle ; proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ; taux de mortalité néonatale ; taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; densité et répartition du personnel de santé | 10 Parmi les exemples : incidence de l'hépatite B ; taux de natalité chez les adolescentes ; mortalité due à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques | 3 Parmi les exemples : couverture des services de santé essentiels ; taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel ; montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base |
| Indicateurs liés à la santé (autres ODD) | 6 Parmi les exemples : population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale ; prévalence de l'émaciation ; prévalence de la malnutrition ; population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité ; proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été enregistrés par une autorité d'état civil | 11 Parmi les exemples : niveau moyen annuel de particules fines dans les villes ; nombre de victimes d'homicide volontaire ; Nombre de décès liés à des conflits ; proportion d'enfants âgés de 1 à 17 ans ayant subi un châtement corporel ou une agression psychologique infligé par une personne s'occupant d'eux | N/A |
| Indicateurs relatifs à la CSU | 31 Parmi les exemples : espérance de vie à la naissance ; dépenses en santé courantes en pourcentage du PIB ; taux des césariennes ; taux de couverture vaccinale pour le vaccin DTC3 ; taux de mortinatalité ; taux d'allaitement exclusif au sein | 11 Parmi les exemples : couverture des services de prise en charge des troubles mentaux sévères ; utilisation des services (consultations ambulatoires) ; taux et couverture de la chirurgie de la cataracte ; utilisation de dispositifs d'aide parmi la population | N/A |

Annexe

Appendice 4. Liste des stratégies et plans régionaux et mondiaux, des déterminants et des parties prenantes

| Catégorie/ Programme | Principal ODD/cible | Stratégie mondiale ou régionale | Déterminants | Principaux secteurs avec lesquels collaborer | Principales parties prenantes avec lesquelles collaborer |
|-------------------------|------------------------|---|---|---|--|
| Maladies transmissibles | | | | | |
| 1.1 VIH et hépatite | ODD 3/3.3 | EB138.29 : Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé VIH, 2016-2021 | Éducation (ODD 4), Non-discrimination et participation (ODD 16), Réglementation (ODD 5 Égalité des sexes), Réduction des inégalités (ODD 10), Partenariats (ODD 17), Commerce (ODD 17), | Ministère de l'éducation, Ministère de la justice, Ministère des finances, Ministère des affaires étrangères | Groupes professionnels, Organisations de la société civile, Communautés affectées, Villes/Autorités locales, secteur privé. |
| | ODD 3/3.3 | WPR/RC66.R1 : Hépatite virale EB138/30 : Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé Hépatite virale | Eau & assainissement (ODD 6), Éducation (ODD 4), Non-discrimination et participation (ODD 16), Réduction des inégalités (ODD 10), Partenariats (ODD 17), Commerce (ODD 17), | Ministère de l'éducation, Ministère de la justice, Ministère des finances, Ministère de l'environnement/Travaux publics ; Ministère des affaires étrangères | Groupes professionnels, Organisations de la société civile, Communautés affectées, Villes/Autorités locales, secteur privé. |
| | ODD 3/3.3 | EB138/31 : Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé Infections sexuellement transmissibles | Éducation (ODD 4), Non-discrimination et participation (ODD 16), Réglementation (ODD 5 Égalité des sexes), Réduction des inégalités (ODD 10), Partenariats (ODD 17), Commerce (ODD 17). | Ministère de l'éducation, Ministère de la justice, Ministère des finances, Ministère des affaires étrangères | Groupes professionnels, Organisations de la société civile, Communautés affectées, Villes/Autorités locales, secteur privé. |

Annexe

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|---|--|---|--|
| 1.2 Tuberculose | ODD 3/3.3 | WHA67.1 : Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 WPR/RC66.3 : Cadre d'action régional sur l'application de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016 | Pauvreté (ODD 1), Faim (ODD 2), Emploi (ODD 8), Inégalité (ODD 10), Villes durables (ODD 11) | Ministère des affaires sociales, Ministère du travail, Ministère de la justice, Ministères en charge du développement urbain, Autorités municipales | Partenaires financiers et techniques, sociétés professionnelles, organisations non gouvernementales (ONG) et Organisations de la société civile, patients, familles et communautés affectées |
| 1.3 Paludisme | ODD 3/3.3 | WHA68.2 : Stratégie technique mondiale et cibles contre le paludisme 2016-2030 WPR/RC60.R5 : Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) | Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Travail décent et croissance économique (ODD 8), Industrie, innovation, infrastructure (ODD 9), | Ministères de : Éducation, Environnement, Économie, Travail, Irrigation | Travailleurs migrants populations mobiles, Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privé, donateurs |
| 1.4 Maladies tropicales négligées | ODD 3/3.3 | WHA66.12 : Maladies tropicales négligées WPR/RC63R4 : Plan d'action régional contre les maladies tropicales négligées dans le Pacifique occidental (2012-2016) | Pauvreté (ODD 1), Alimentation (ODD 2), Éducation (ODD 4), Eau & assainissement (ODD 6), | Ministères de : Éducation, Environnement, Économie, Agriculture/Santé animale/Pêche, Développement rural, Irrigation | Communautés affectées, Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privés, milieu universitaires, donateurs |
| 1.5 Maladies à prévention vaccinale | ODD 3/3.3 | WPR/RC65.R5 : Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental WPR/RC64.R5 : Lutte contre l'hépatite B par la vaccination | Éducation (ODD 4), Non-discrimination et participation (ODD 16), Partenariats (ODD 17), | Ministère de l'éducation, Ministère des finances | Gouvernement Organisations de la société civile, Communautés affectées |
| | ODD 3/3.2 | | Éducation (ODD 4), Non-discrimination et participation (ODD 16), Partenariats (ODD 17), | Ministère de l'éducation, Ministère de l'environnement/Travaux publics ; Ministère des finances | Gouvernement Organisations de la société civile, Communautés affectées |

Annexe

| | | | | | |
|---|---------------|--|---|---|---|
| | ODD 3/3.8 | WPR/RC65.R5 : Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental | Éducation (ODD 4), Eau & assainissement (ODD 6), Réduction des inégalités (ODD 10), Non-discrimination et participation (ODD 16) | Ministère de l'éducation, Ministère de l'environnement/Travaux publics ; Ministère des finances | Groupes professionnels, Organisations de la société civile, communautés/patients |
| Maladies non transmissibles | | | | | |
| 2.1 Maladies non transmissibles | ODD 3/3.4 | EB138/10 : Lutte contre les MNT WHA66.10 : Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des MNT (Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT pour 2013-2020) WPR/RC64.R6 : Plan d'action régional du Pacifique occidental pour la lutte contre les MNT (2014-2020) WPR/RC66.8 : Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020: des villes saines et résilientes | Alimentation (ODD 2), Commerce (ODD 17), Villes (ODD 11), | Ministère du commerce, Ministère du développement urbain, Ministère des transports Ministère de l'éducation | Villes/Autorités locales, secteur privé, Milieux universitaires Organisations de la société civile |
| | ODD 3/3.4/3.a | WPR/RC65.R2 : Initiative pour un monde sans tabac WHA56.1 : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac | Éducation (ODD 4), Sexe (ODD 5), Inégalités (ODD 10), Villes (ODD 11) | Ministère des finances ; Ministère du commerce ; Ministère des douanes et des impôts ; Ministère de l'éducation ; Ministère du tourisme ; Ministère de la justice | Groupes professionnels, Organisations de la société civile, communautés/patients, Jeunesse |
| 2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives | ODD 3/3.4 | WHA65.4 : Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée WHA66.8 : Plan d'action mondial pour la santé 2013-2020 WPR/RC65.R3 : Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale dans le Pacifique occidental (2013-2020) | Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Sexe (ODD 5), Inégalités (ODD 10), Villes (ODD 11), Institutions (ODD 16), Partenariats (ODD 17) | Ministère de l'éducation, Ministère du travail, Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales, Ministère des finances | Organisations de la société civile, ONG, médias, milieux universitaires, syndicats |

Annexe

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|--|
| | ODD 3/3.5 | WHA63.13 : Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool | Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Villes (ODD 10), Partenariats (ODD 17) | Ministère de l'éducation, Ministère des finances, Ministère du commerce, Ministère de la justice | Organisations de la société civile, ONG, jeunesse, secteur privé |
| 2.3 Violence et traumatismes | ODD 3/3.6 ODD 5/5.2 ODD 11/11.2 ODD 16/16.1 ODD 16/16.2 | WPR/RC66.R24 : Prévention de la violence et des traumatismes (plan d'action régional), EB138/R3 : Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants | Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Eau & assainissement (ODD 6), Inégalités (ODD 10), Partenariats (ODD 17), | Santé, Transports, Police, Affaires sociales, Femmes et enfants, Justice, Finances, Éducation, Planification et développement, Urbanisme, Travail | Organes professionnels, Organisations de la société civile, ONG, communautés, secteur privé (transports, automobile, énergie) |
| 2.4 Incapacités et réadaptation | ODD 1/1.3 ODD 3/3.8 ODD 4/4.5 ODD 4/4.a ODD 8/8.5 ODD 10/10.2 ODD 11/11.2 ODD 11/11.7 ODD 16/16.7 ODD 17/17.18 | WHA67.7 : Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021: un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées WHA 58.23 : Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris | ODD 4: Éducation (ODD 4), Croissance économique inclusive (ODD 8), Participation sociale, économique et politique des personnes handicapées (ODD 10), accès aux villes, à l'eau et aux espaces publics (ODD 11), Non-discrimination (ODD 16), Ventilation des données par type de handicap (ODD 17) | Santé, Affaires sociales/Prestations sociales, Justice, Planification/Développement, Éducation, Travail, Économie & Finances, Bureaux nationaux de statistiques | Personnes handicapées et leurs familles ; Organisations de la société civile (Organisations pour les personnes handicapées et prestataires de services aux personnes handicapées); institutions des Nations Unies ; donateurs bilatéraux ; Organisations internationales ; Gouvernement (local, provincial et central); organes professionnels ; secteur privé |
| 2.5 Nutrition | ODD 2/2.2 | WHA55.23 : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé WHA55.25 : Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant WHA65.6 : La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif | Pauvreté / pouvoir d'achat (ODD 1), Alimentation/agriculture (ODD 2), Santé (ODD 3), Éducation (ODD 4), Égalité des sexes (ODD 5), Eau & assainissement | Ministère de l'éducation, Ministère de l'agriculture, Ministère de l'environnement/Travaux publics ; Ministère des finances, Ministère du Commerce/Industrie | Gouvernement, Organisations de la société civile (notamment pour la protection des consommateurs), secteur privé, |

Annexe

| | | |
|---|--|--|
| <p>WHA66.10 : Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des MNT (Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT pour 2013-2020)</p> <p>WPR/RC63.R2 : Plan d'action pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région du Pacifique occidental</p> <p>WPR/RC64.R6 : MNT</p> <p>WPR/RC65.R6 : Situations d'urgence et catastrophes (Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes) - Nutrition dans les situations d'urgence</p> <p>WHA58.3 : RSI (2005) - produits chimiques et pesticides dans les aliments</p> <p>WPR/RC62.R5 : Stratégies en matière de sécurité sanitaire des aliments</p> <p>WPR/RC35.R15 : Qualité de l'eau potable</p> <p>WHO/SDE/WSH/05.06 HQ Plans de gestion de la qualité sanitaire de l'eau</p> | <p>(ODD 6), Énergie (ODD 7) - pour cuisiner/ réfrigérer; croissance durable (ODD 8) - possibilités de revenus pour aider le foyer à sortir de la pauvreté; Réduction des inégalités (ODD 10), Environnement urbain /systèmes alimentaires urbains (ODD 11), production durable (ODD 12) - diversification de la production; qualité des aliments</p> <p>Changement climatique /alimentation sécurité/situations d'urgence/catastrophes (ODD 13), exploitation durable des ressources marines (ODD 14) - pêche, exploitation des écosystèmes (ODD 15) - meilleure qualité de l'alimentation, société pacifiques et inclusives (ODD 16) - les conflits/destructions entraînent l'insécurité alimentaire, Commerce/commerce des denrées alimentaires (ODD 17), Partenariats /FENSA (ODD 17)</p> | <p>Villes/communautés locales, milieux (écoles, lieux de travail, marchés, etc.), Groupes professionnels, milieux universitaires</p> |
|---|--|--|

| Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie | | | | | |
|---|-------------------------|--|--|---|---|
| 3.1 Santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents | ODD 3/3.7, ODD 5/5.6 | WHO/RHR/04.8 : Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux, 2004 Cadre régional pour la santé génésique dans le Pacifique occidental, 2013 | Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Égalité des sexes (ODD 5), Réduction des inégalités (ODD 10), Non-discrimination et participation (ODD 16), Commerce (ODD 17) | Ministère de l'éducation, Ministère des affaires sociales et de la protection de la femme, Ministère des finances, Ministère du commerce, Ministère de la justice | Ministères de tutelle, conseils pour les femmes (comités pour la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)), Groupes professionnels, Organisations de la société civile, ONG, communautés/patients |
| | ODD 3/3.1, 3.2 | WPR.RC39.R10 : Santé maternelle et infantile Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), 2015 WHO/RHR/15.03 : Stratégies visant à mettre fin à la mortalité maternelle évitable, 2015 WHA67.10 Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables, 2014 WPR/RC56.R5: Plan d'action régional pour des nouveau-nés et des nourrissons en bonne santé dans le Pacifique occidental (2014-2020), 2013 | Pauvreté (ODD 1), Éliminer la faim (ODD 2), Éducation (ODD 4), Égalité des sexes (ODD 5), Eau salubre et assainissement (ODD 6), Réduction des inégalités (ODD 10), Non-discrimination et participation (ODD 16), Commerce (ODD 17) | Ministère de l'éducation, Ministère de l'environnement, Ministère de l'agriculture, Ministère des affaires sociales et de la protection de la femme, Ministère des finances, Ministère du commerce, Ministère de la justice | Ministères de tutelle, conseils pour les femmes et les enfants (comités pour la CEDAW, le PIDESC, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), Groupes professionnels, Organisations de la société civile, ONG, communautés/patients |

Annexe

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>3.2 Vieillesse et santé</p> | <p>ODD 2/2.2, ODD 3/3.4, 3.8, ODD 11/11.2</p> | <p>WPR/RC64.R3 : Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le pacifique occidental EB138/16 : Projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé</p> | <p>Pauvreté (ODD 1), Inégalité (ODD 10), Villes (ODD 11), Partenariats (ODD 17)</p> | <p>Ministère des affaires sociales, Ministère de la protection sociale/Travail/Pensions, Ministère de l'urbanisme,</p> | <p>Groupes professionnels (y compris les agents de santé), Organisations de la société civile associations pour les personnes âgées, communautés, Partenaires des Nations Unies</p> |
| <p>3.3 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme</p> | <p>ODD 5/5.1, 5.2, 5.3 ODD 3/3.8 ODD 8/8.7 ODD 16/16.b</p> | <p>EB138/R3 : Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants WHA60.25: Stratégie pour l'intégration de l'analyse de la spécificité de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS</p> | <p>Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Sexe (ODD 5), Inégalités (ODD 10), Justice (ODD 16)</p> | <p>Ministère de la santé, Ministère de la protection de la femme, Ministère des affaires sociales, Ministère de la justice</p> | <p>Groupes professionnels (y compris les agents de santé), communautés/Organisations de la société civile, ONG, partenaires des Nations Unies (en particulier l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes - (ONU Femmes), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH)</p> |

Annexe

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|--|--|
| 3.4 Déterminants sociaux de la santé | <p>ODD 1/1.3, 1.5 ODD 3/3.8 ODD 8/8.5, 8.8 ODD 10/10.2/10.4/10.7 ODD 11/11.1</p> | <p>WPR/RC66.R2 : La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé (plan d'action régional) ; WHA67.12 : Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé ; WHA65.8 : Déterminants sociaux de la santé</p> | <p>Pauvreté (ODD 1), Éducation (ODD 4), Sexe (ODD 5), Inégalités (ODD 10), Villes (ODD 11), Partenariats (ODD 17)</p> | <p>Ministère de la planification /Finances</p> | <p>Mécanismes multisectoriels, Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, ONG</p> |
| 3.5 Santé et environnement | <p>ODD 1/1.5 ODD 3/3.3, 3.8, 3.9 ODD 6/6.1,6.2,6.3, 6.4 ODD 7/ 7a ODD 8/8.8 ODD 9/9.1,9.4 ODD 11/11.5,11.6, 11b ODD 12/12.4, 12.5 ODD 13/13.1,13.2,13.3 ODD 14/14.2 ODD 17/17.3</p> | <p>WHA45.31 : Santé et environnement WHA46.20 : Stratégie mondiale pour la santé et l'environnement WHA64.24 : Eau potable, assainissement et santé WHA67.11 : Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministres de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata WHA68.8: Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air WPR/RC44.R9 : Stratégie régionale pour la santé et l'environnement WPR/RC56.R7 : Salubrité de l'environnement WPR/RC59.R7 : Protection de la santé face aux effets du changement climatique</p> | <p>Pauvreté (ODD 1) Santé (ODD 3) Eau & assainissement (ODD 6) Énergie propre Travail décent et croissance économique (ODD 8) Industrie, innovation, infrastructure (ODD 9) Villes durables (ODD 11)</p> | <p>Ministère de la santé/ Environnement/ Gestion des risques liés aux catastrophes/Météorologie/Éducation/ Ministère de la santé/ Environnement/Éducation /Travaux publics Ministère de la santé/ Environnement/Travaux publics/Urbanisme/ Développement rural Ministère de la santé/ Environnement/ Transport/Énergie Ministère de la santé/ Environnement/ Travail/Agriculture/Travaux publics Ministère de la santé/ Environnement/ /Éducation/Travaux publics /Science & Technologie Ministère de la santé/ Environnement/</p> | <p>Entités gouvernementales Autorités municipales Organisations communautaires Organisations à but non lucratif Organisations à but lucratif Syndicats Milieux universitaires, Centres collaborateurs de l'OMS</p> |

Annexe

| | | | | | |
|--|------------------------|---|---|---|--|
| | | | | Consommation et production responsables Changement climatique (ODD 13) | Éducation/Travaux publics /Transports Ministère de la santé/ Environnement/Industrie Ministère de la santé/ Environnement/ Gestion des risques liés aux catastrophes/Météorologie/Éducation/Énergie/Travaux publics /Science & Technologie |
| | | | | Océans | Ministère de la santé/ Environnement/Tourisme |
| | | | | Partenariats | Ministère de la santé/ Environnement/ |
| Systèmes de santé | | | | | |
| 4.1 Politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux | ODD 3/3.8 | WPR/RC66.R2 : La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé (plan d'action régional) | Éducation (ODD 4), Pauvreté (ODD 1), Inégalités (ODD 10), Travail décent et croissance économique (ODD 8) | Ministère des finances, Ministère des affaires sociales, organisme d'assurance maladie, parlementaires. | Groupes professionnels, milieux universitaires, Organisations de la société civile, secteur privé |
| 4.2 Services intégrés centrés sur la personne | ODD 3/3.8 ODD 3/3.c | WPR/RC66.R2: La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé (plan d'action régional) WPR/RC58.R4: Cadre directeur pour des soins centrés sur la personne 2007 WPR/RC62.R4 : Stratégie régionale pour la médecine traditionnelle (2011-2010) WHA69.24 : Cadre pour des services intégrés centrés sur la personne WHA63.16 : Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des | Éducation (ODD 4), Pauvreté (ODD 1), Réduction des inégalités (ODD 10), Travail décent et croissance économique (ODD 8) | Ministère de la santé, Ministère des affaires sociales, Ministère de l'éducation, Centre de développement en éducation, Instituts nationaux de santé publique, Universités. | Groupes professionnels, milieux universitaires, Organisations de la société civile, établissements d'enseignement, Centres collaborateurs de l'OMS |

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|
| | | personnels de santé, 2010 WPR/RC57.R7 : Stratégie régionale relative aux ressources humaines pour la santé 2006-2015, Personnels de santé dans le monde 2030 | | | |
| 4.3 Accès aux médicaments et technologies sanitaires, et renforcement des moyens réglementaires | ODD 3/ 3.8 ODD 3/ 3.b | <p>WHA67.20 : Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux</p> <p>WHA67.21 : Accès aux produits biotérapeutiques, y compris aux produits biotérapeutiques similaires, et garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité</p> <p>WHA 67.22 : Accès aux médicaments essentiels</p> <p>WHA 67.23 : Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle</p> <p>WHA67.25 : Résistance aux antimicrobiens</p> <p>WPR/RC66.R2 : La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé (plan d'action régional)</p> <p>Cadre d'action régional pour l'accès aux médicaments essentiels dans le Pacifique occidental 2011-2016</p> <p>WPR/RC65/8 : Programme élargi de vaccination : cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental</p> <p>WPR/RC65/7 : Résistance aux antimicrobiens</p> | <p>Pauvreté (ODD 1), Faim (ODD 2), Éducation (ODD 4), Travail décent et croissance économique (ODD 8), Industrie, innovation, et infrastructure (ODD 9), Consommation et production responsables (ODD 12)</p> | <p>Ministère de la santé, Ministère des finances, Autorité nationale de réglementation pharmaceutique, Bureau de la propriété intellectuelle, Organisme d'achat, Organisme d'assurance maladie, Organisme d'évaluation des technologies de la santé, Ministère de l'éducation, Ministère de l'agriculture, Industrie pharmaceutique, Industrie agricole</p> | <p>Responsables politiques, organismes de réglementation, industrie pharmaceutique, industrie agricole, agent de santé, réseaux régionaux et mondiaux</p> |
| 4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé | ODD 3/3.b ODD 17/17.8 | <p>WPR/RC66.R2 : La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé (plan d'action régional)</p> | | <p>Ministère des affaires étrangères, Bureau national des statistiques, Ministère chargé des évaluations</p> | <p>Groupes professionnels; communautés; statisticiens; responsables sanitaires locaux ; agents de santé etc.</p> |

Annexe

| Préparation, surveillance et intervention | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|---|
| 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention | ODD 3/3.d | <p>WPR/RC56.R4 : Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique</p> <p>WPR/RC60.R6 : Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)</p> <p>WPR/RC61.R5 : Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010)</p> <p>Cadre d'action d'urgence de l'OMS</p> <p>WHA64.5 : Cadre de préparation en cas de grippe pandémique</p> <p>WHA58.3 : RSI (2005)</p> <p>WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire</p> | <p>Pauvreté (ODD 1),</p> <p>Eau (ODD 6),</p> <p>Emploi (ODD 8),</p> <p>Industrie (ODD 9)</p> <p>Établissements humains (ODD 11)</p> <p>Changement climatique (ODD 13),</p> <p>Eau (ODD 14),</p> <p>Terres (ODD 15)</p> | <p>Ministère de l'environnement/Travaux publics ;</p> <p>Ministère du Commerce/Industrie ;</p> <p>Ministère de l'éducation</p> <p>Ministère des affaires étrangères</p> <p>Ministère de la défense</p> <p>Ministère de l'agriculture</p> <p>Ministère des finances</p> | <p>Villes/Autorités locales,</p> <p>Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG, Institutions des Nations Unies, organismes bilatéraux et multilatéraux</p> |
| 5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique | ODD 3/3.3 | <p>WPR/RC56.R4: Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique</p> <p>WPR/RC60.R6: Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)</p> <p>WPR/RC61.R5: Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010)</p> <p>Cadre d'action d'urgence de l'OMS</p> <p>WHA64.5: Cadre de préparation en cas de grippe pandémique</p> <p>WHA58.3: RSI (2005)</p> <p>WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire</p> | <p>Pauvreté (ODD 1),</p> <p>Assainissement (ODD 6),</p> <p>Industrie (ODD 9)</p> <p>Établissements humains (ODD 11)</p> <p>Changement climatique (ODD 13),</p> <p>Eau (ODD 14),</p> <p>Terres (ODD 15)</p> | <p>Ministère de l'environnement/Travaux publics ;</p> <p>Ministère de l'agriculture ;</p> <p>Ministère de l'éducation ;</p> <p>Ministère du Commerce/Industrie</p> <p>Ministère des affaires étrangères</p> <p>Ministère de la défense</p> <p>Ministère de l'agriculture</p> <p>Ministère des finances</p> | <p>Villes/Autorités locales,</p> <p>Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG, institutions des Nations Unies, organismes bilatéraux et multilatéraux</p> |

Annexe

| | | | | | |
|---|-------------|--|--|--|--|
| 5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences | ODD 3/3.d | EB138.23 : L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur WPR/RC65.R6 : Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes ; Cadre d'action d'urgence de l'OMS WHA58.3 : RSI (2005) WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire | Faim (ODD 2) Sexe (ODD 5) Inégalités (ODD 10) Établissements humains (ODD 11) Changement climatique (ODD 13) | Ministère des finances, Ministère de l'environnement/Travaux publics ; Ministère du Commerce/Industrie | Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG, équipes médicales (nationales et étrangères), Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies (CERF), Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) UNICEF |
| | ODD 13/13.1 | EB138/23 : L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur WPR/RC65.R6 : Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes; WHA58.3 : RSI (2005) WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire | Énergie (ODD 7) Inégalités (ODD 10) Consommation (ODD 12) Eau (ODD 14), Terres (ODD 15) | Ministère de l'environnement; Ministère du Commerce/Industrie; Ministère de l'agriculture | Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG |
| | ODD 10 | EB138.23 : L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur WPR/RC65.R6 : Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes; Cadre d'action d'urgence de l'OMS WHA58.3 : RSI (2005) | Faim (ODD 2) Établissements humains (ODD 11) Changement climatique (ODD 13) Inégalités (ODD 10) Sexe (ODD 5) | Ministères de : Finances; Environnement Travaux publics; Commerce/Industrie | Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG, équipes médicales (nationales et étrangères), CERF, OCHA, UNICEF |

Annexe

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|--|--|---|
| | ODD 5 | <p>WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire</p> <p>EB138/23 : L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur,</p> <p>WPR/RC65.R6 : Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes</p> <p>Cadre d'action d'urgence de l'OMS</p> <p>WHA58.3 : RSI (2005)</p> <p>WHA69.30 : Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS des situations d'urgence sanitaire</p> | <p>Établissements humains (ODD 11)</p> <p>Santé (ODD 3),</p> <p>Faim (ODD 2),</p> <p>Éducation (ODD 4)</p> <p>Emploi (ODD 8)</p> <p>Inégalités (ODD 10)</p> <p>Sexe (ODD 5)</p> | <p>Ministères de : Environnement; Travaux publics; Agriculture; Éducation; Commerce/Industrie</p> | <p>Villes/Autorités locales, Organisations de la société civile, secteur privé, communautés, ONG, UNICEF, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)</p> |
| 5.4 Sécurité sanitaire des aliments | ODD 2/2.1 | <p>WPR/RC62.R5 : Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments (2011-2015)</p> <p>WHA63.3 : Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments : plan stratégique pour la sécurité sanitaire des aliments, y compris les zoonoses d'origine alimentaire 2013-2022</p> <p>WPR/RC55.R6 (2004) Sécurité sanitaire des aliments</p> <p>WPR/RC52.R2 (2001) Sécurité sanitaire des aliments</p> <p>WHA 53.15 (2000) Sécurité sanitaire des aliments</p> <p>WPR/RC56.R4: Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique</p> | <p>Faim (ODD 2)</p> <p>Santé (ODD 3)</p> <p>Pauvreté (ODD 1)</p> <p>Emploi (ODD 8)</p> <p>Changement climatique (ODD 13)</p> <p>Consommation (ODD 12)</p> <p>Eau (ODD 14),</p> <p>Terres (ODD 15)</p> <p>Industrie (ODD 9)</p> | <p>Ministères de : Santé ; Agriculture, élevage et pêche ; Industrie; Éducation; Commerce; Environnement</p> | <p>Associations de l'industrie alimentaire, Établissements d'enseignement, Associations d'agriculteurs, Institutions des Nations Unies (FAO, Banque mondiale, Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI)) Chambres de commerce</p> |

WPR/RC60.R6: Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)

WPR/RC61.R5: Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010)

WHA 58.3: RSI (2005)

WPR/RC65.R6: Situations d'urgences et catastrophes (Cadre d'action régional pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes)

Annexe

Appendice 5. Exemples d'instruments pertinents du droit international

Convention-cadre de l' OMS pour la lutte antitabac (2003)
Règlement sanitaire international (2005)

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984)

Convention internationale des droits de l'enfant (1989)

Convention sur les droits des travailleurs migrants (1990)

Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006)

Conventions de Genève I-IV et leurs protocoles

Convention relative au statut des réfugiés, 1951

Convention sur l'abolition du travail forcé, 1957 (No. 105)

Convention sur l'âge minimum d'admission à l'emploi, 1973 (No. 138)

Convention sur les pires formes de travail des enfants, 1999 (No. 182)

Convention sur l'égalité de rémunération, 1951 (No. 100)

Convention concernant la discrimination (emploi et profession), 1958 (No. 111)

Accords de l'Organisation mondiale du commerce, y compris :

- Accords multilatéraux sur le commerce des marchandises
- Accord général sur le commerce des services
- Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)

Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique, 1992 (CCNUCC)

Protocole de Kyoto, 1997

Accord de Paris, 2015

Convention de Vienne pour la protection de la couche d'ozone & Protocole de Montréal sur des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, 1989

Convention sur la diversité biologique (CDB)

Appendice 6. Outils d'aide à la décision en matière d'action pour les ODD

Chronologie

Décider quelles tâches exécuter dans un premier temps et plus tard, comment séquencer au mieux les programmes et les interventions, ou quelles mesures sont abordables et auront le maximum d'impact, est une démarche complexe. Un tableau chronologique pourra aider à décider des tâches à accomplir à court terme et à long terme, des mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement, et de celles nécessitant plus de temps et de préparation. Le premier rang du tableau (rang À FAIRE) inclura les priorités pour lesquelles une action sera nécessaire. Le deuxième rang du tableau (rang À COMMENCER) indiquera les problèmes moins urgents ou devant être traités plus tard mais pour lesquels un travail de préparation peut commencer.

| | MAINTENANT | PLUS TARD |
|-------------|------------|-----------|
| À FAIRE | | |
| À COMMENCER | | |

Par exemple, le pays X pourrait décider que le programme des OMD inachevé en matière de santé infantile est facilement réalisable moyennant peu d'efforts ou de coûts supplémentaires (cellule À FAIRE/MAINTENANT). En revanche, il pourrait choisir de s'attaquer immédiatement au problème de la malnutrition (ODD 2, cible 2.2) pour ne mettre en œuvre les mesures nécessaires que plus tard (cellule À FAIRE/PLUS TARD). Il pourrait décider de commencer à mobiliser des secteurs clés autour de questions d'intérêt mutuel, par exemple, en initiant des partenariats avec le secteur de l'éducation afin de promouvoir des environnements scolaires sains et de concevoir des programmes (cellule À COMMENCER/MAINTENANT). D'autres initiatives, comme de collaborer avec les secteurs et les parties prenantes dans le domaine de la commercialisation des aliments pourraient être reportées à plus tard (cellule À COMMENCER/PLUS TARD).

Classification

Un tableau de classification peut aider à prendre des décisions sur les mesures à appliquer en priorité en fonction des risques qu'elles comportent et des rendements ou bénéfices qu'elles procurent. Les colonnes indiquent le niveau de rendement de chaque mesure, élevé ou faible. Les rangs indiquent le degré du risque d'échec, élevé ou faible. Les mesures figurant dans la cellule « rendement élevé/risque faible » seront hautement prioritaires. À l'inverse, celles figurant dans la cellule « rendement faible/risque élevé » seront de faibles priorités. La hiérarchisation des priorités dépendra d'une évaluation minutieuse des facteurs politiques, économiques et socio-économiques pertinents susceptibles de favoriser ou d'entraver l'efficacité de la mise en œuvre.

| | | RENDEMENT | |
|--------|--------|-----------|--------|
| | | ÉLEVÉ | FAIBLE |
| RISQUE | ÉLEVÉ | | |
| | FAIBLE | | |

Annexe

Par exemple, si le pays X souhaite réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles, sensibiliser sa population à une alimentation saine et à une activité physique peut présenter un risque faible tout en offrant un faible rendement. Si le gouvernement est capable de faire face au lobby du tabac, l'augmentation des taxes sur le tabac peut s'avérer être une stratégie à rendement élevé pour un risque faible. Si l'industrie alimentaire dispose d'un grand pouvoir politique, lutter contre la commercialisation destinée aux enfants peut être une option à rendement élevé pour un risque élevé. Si la population est habituée aux pistes cyclables dans les grandes villes du pays, le changement de zonage pour promouvoir l'activité physique peut présenter à la fois un faible rendement et un risque élevé.

Appendice 7. Réalisation des OMD dans le Pacifique occidental : succès et difficultés

Les liens entre la santé et le développement ont été reconnus par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) définis en 2000 suite au Sommet du Millénaire des Nations Unies. La santé a occupé une place centrale dans les efforts déployés pour atteindre les OMD dont trois sur huit sont directement liés à la santé.

Dans l'ensemble, les progrès accomplis vers la réalisation des OMD ont été remarquables, notamment en matière de réduction de la pauvreté et d'amélioration de l'éducation et de l'accès à une eau de boisson sans risque sanitaire. Les avancées réalisées pour atteindre les trois objectifs et cibles concernant directement la santé ont été également impressionnants. Au plan mondial, les épidémies du VIH, de la tuberculose et du paludisme ont été stabilisées selon divers degrés, et la mortalité infantile et maternelle a diminué bien que les cibles des OMD n'aient pas été atteintes (Tableau 7.1).

Tableau 7.1. Vue d'ensemble régionale des progrès accomplis vers la réalisation des cibles des OMD liés à la santé

| Cibles des OMD | Indicateurs | Cible (%) | Progrès insuffisants | | | | | | |
|--|---|-----------|----------------------|-----|-----|------|-----|-------|-----|
| | | | Monde | AFR | AMR | SEAR | EUR | EMR | WPR |
| Cible 1.C: réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | Réduction en pourcentage de la proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant un déficit pondéral, 1990-2015 | 50 | 44 | 35 | 63 | 49 | 85 | 39 | 82 |
| Cible 4.A: réduire des deux-tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans | Réduction en pourcentage de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, 1990-2015 | 67 | 53 | 54 | 65 | 64 | 65 | 48 | 74 |
| | Couverture par la vaccination antirougeoleuse chez les enfants d'un an a), 2014 | 90 | 85 | 73 | 92 | 84 | 94 | 77 | 97 |
| Cible 5.A: réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | Réduction en pourcentage du ratio de mortalité maternelle, 1990-2015 | 75 | 44 | 44 | 49 | 69 | 63 | 54 | 64 |
| | Accouchements assistés par un personnel médical qualifié b), 2013 | 90 | 73 | 54 | 96 | 59 | 99 | 67 | 95 |
| Cible 5.B: rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 | Couverture des soins anténatals : au moins une visite, 2013 | 100 | 88 | 81 | 99 | 84 | 99 | 79 | 95 |
| | Besoins non satisfaits en planification familiale, 2015 | 0 | 24 | 55 | 19 | 27 | 28 | 42 | 10 |
| Cible 6A: d'ici 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle | Réduction en pourcentage de l'incidence du VIH, 2000-2014 | >0 | 45 | 59 | 28 | 50 | -16 | < -50 | 27 |
| Cible 6C: d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle | Réduction en pourcentage de l'incidence du paludisme, 2000-2015 | >0 | 37 | 42 | 78 | 49 | 100 | 70 | 65 |
| | Réduction en pourcentage de l'incidence de la tuberculose, 1990-2014 | >0 | 17 | 1 | 49 | 17 | 14 | 12 | 48 |
| Cible 7C: réduire de moitié d'ici 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un | Réduction en pourcentage de la proportion de la population n'ayant pas accès à des sources de boisson améliorées, 1990-2015 | 50 | 62 | 38 | 62 | 74 | 67 | 39 | 84 |

Annexe

| | | | | | | | | | |
|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|
| approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base | Réduction en pourcentage de la proportion de population n'ayant pas accès à des installations d'assainissement améliorées 1990-2015 | 50 | 31 | 7 | 47 | 32 | 28 | 54 | 54 |
|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|

Notes:

- AFR, Région Afrique ; AMR, Région Amériques; SEAR, Région Asie du Sud-Est ; EUR, Région Europe ; EMR, Région Méditerranée orientale ; WPR, Région Pacifique occidental.
- a: La cible concernant la couverture par la vaccination antirougeoleuse a été fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé.
- b: La cible concernant les accouchements assistés par du personnel soignant qualifié a été fixée par la Conférence internationale sur la population et l'environnement.

Source: Tableau 1.1 Statut des OMD liés à la santé, par région OMS et dans le monde. Dans: La santé en 2015. Des OMD aux ODD. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2015.

Réalisations régionales 2000-2015

- Nombre de pays ont connu une croissance économique rapide. Le PIB annuel entre 1990 et 2014 est passé en Chine de 3,9 % à 7,3 %, dans les Philippines de 3 % à 6,1 %, et en Mongolie de -3,2 % à 7,8 %. (1) Rien qu'en Chine, la proportion de personnes vivant avec 1,90 dollar par jour ou moins est passée de 24,4 % en 1990 à 2,7 % en 2010. (2)
- Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a reculé de 52 à 14 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015. (3) Sept États et Territoires de la Région - Australie, Brunéi Darussalam, Cambodge, Japon, RAS de Macao (Chine), Mongolie et République de Corée - ont été identifiés comme ayant éliminé rougeole. (3) La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans a diminué, passant de 13,5 % en 1990 à 2,6 % en 2014. (4) Le nombre d'enfants de moins de cinq ans chroniquement sous-alimentés (émaciés) a été ramené de 54,4 millions (1990) à 8 millions (2014). (4)
- Le taux estimé de mortalité maternelle a diminué de 64 % entre 1990 et 2015. (5) Le taux de naissances assistées par un personnel soignant qualifié a grimpé jusqu'à 96 %, 21 des 31 États et Territoires affichant un taux supérieur à 90 %. (5)
- La mise en œuvre à l'échelle régionale des stratégies mondiales de lutte contre la tuberculose a permis de guérir plus 15 millions de patients depuis 2000, réduisant la charge de morbidité de 58 % depuis 1990.
- Pendant la période 2001-2014, la prévalence et l'incidence du VIH a décliné au Cambodge, en Malaisie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Viet Nam (6).
- Les dix pays de la Région dans lesquels le paludisme est endémique ont tous accompli de remarquables progrès grâce à l'amélioration de la lutte antivectorielle, la précision des diagnostics, l'efficacité des traitements et la gestion rationnelle des programmes. Huit pays ont atteint la cible relative à la réduction de l'incidence et neuf ont atteint la cible concernant la mortalité. (6)
- Près de 100 % de la population utilise une source d'eau de boisson améliorée, contre 71 % en 1990. (7) Quelque 705 millions de personnes ont eu accès à une source améliorée d'eau potable depuis 1990. (7) Environ 79 % de la population de la Région du Pacifique occidental utilise désormais une installation d'assainissement améliorée, soit 2 points de pourcentage de plus que la cible de l'OMD. (7)

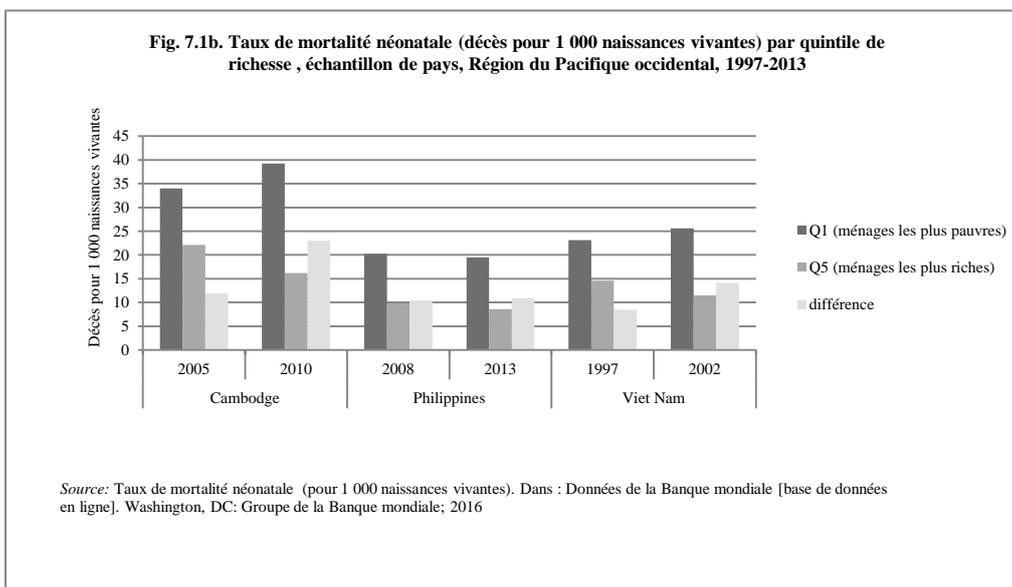
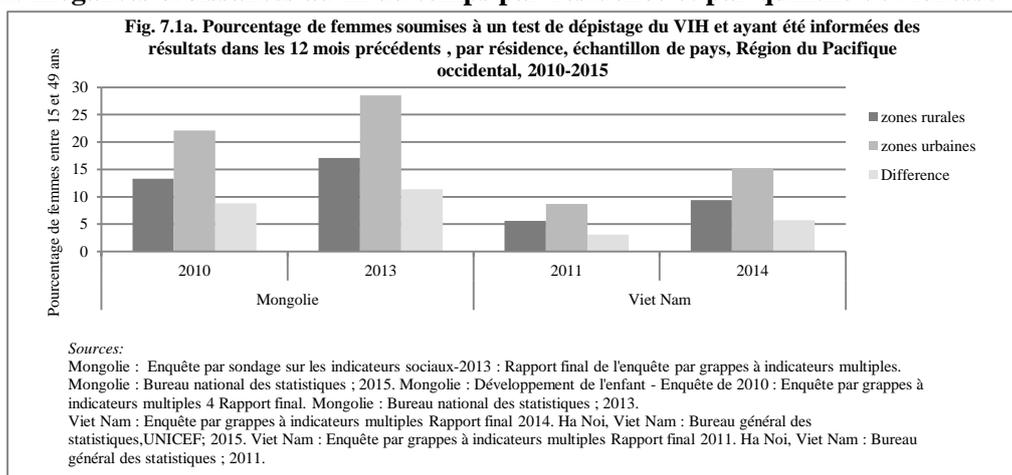
Les ODD, et tout particulièrement l'ODD 3, incorporent certains programmes inachevés (cibles relatives à la mortalité maternelle et infantile, aux maladies transmissibles, etc.) qui s'inscrivent dans le prolongement des OMD. Les ODD comprennent également des programmes nouveaux ou précédemment négligés (cibles concernant les maladies non transmissibles, la santé mentale, les

systèmes de santé et la CSU). Il importe de noter que la santé occupe une place dans les ODD qui va bien au-delà de l'ODD 3. Plusieurs cibles de santé sont intégrées dans d'autres objectifs, comme par exemple la nutrition dans l'ODD 2, la violence à l'égard des femmes dans l'ODD 5 et l'enregistrement des naissances dans l'ODD 16. Les ODD mettent également davantage l'accent sur un éventail plus large de déterminants de la santé, y compris la réduction de la pauvreté, l'atténuation des inégalités, la lutte contre le changement climatique et les migrations.

Des OMD aux ODD : mettre l'accent sur les inégalités en santé

Les ODD accordent une attention particulière aux liens entre les différents objectifs et à la nécessité de mettre en place des approches intégrées, collaboratives et participatives pour atteindre un développement durable en s'assurant de « ne laisser personne de côté ». Ceci est particulièrement valable pour la Région du Pacifique occidental où les disparités en matière de santé et de bien-être sont de plus en plus importantes au sein des États et Territoires et d'un pays à l'autre (Fig. 7.1). En conséquence, l'une des caractéristiques du programme des ODD consiste à s'attacher à déterminer les disparités entre les groupes de population afin de prendre les mesures nécessaires, non seulement dans un but de justice sociale mais également au nom de la durabilité.

Fig. 7.1. Inégalités croissantes au fil du temps par résidence et par quintile de richesse

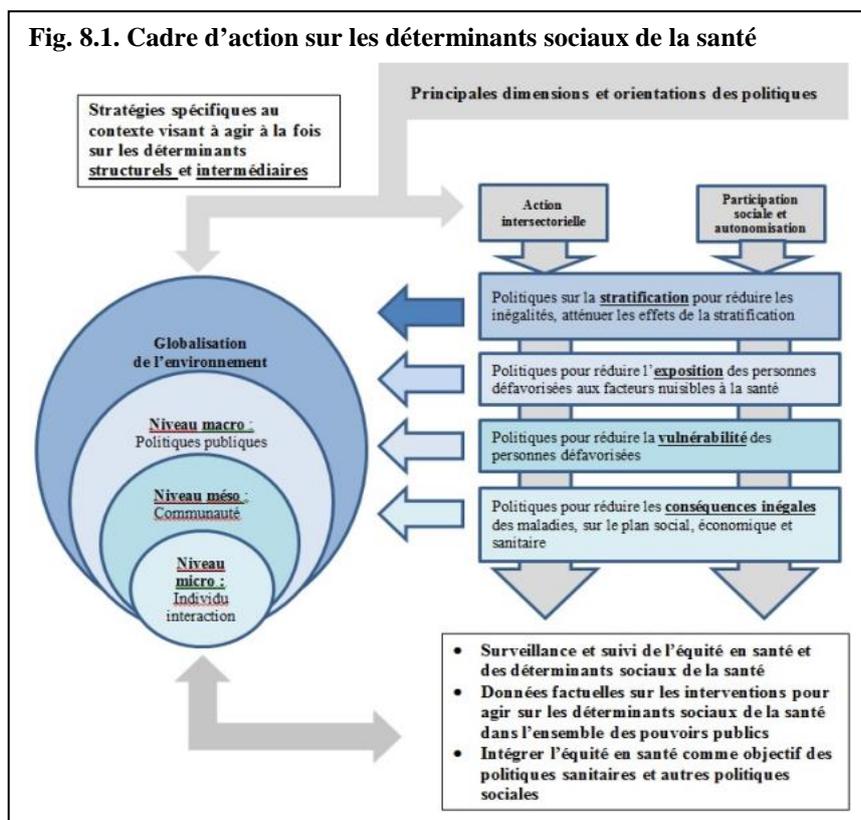


Annexe

Références:

- (1) Indicateurs du développement dans le monde : Croissance du PIB (annuelle en %). Dans: Banque mondiale [base de données en ligne]. Washington, DC: Groupe de la Banque mondiale ; 2016. (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators#>, consulté le 3 juin 2016).
- (2) Indicateurs du développement dans le monde : Seuil de pauvreté à 1,90 dollar par jour (PPA de 2011). Dans: Banque mondiale [base de données en ligne]. Washington, DC: Groupe de la Banque mondiale ; 2016. (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>, consulté le 3 juin 2016).
- (3) OMD 4: Réduire la mortalité infantile. Dans: Achieving the health-related Millennium Development Goals in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016 (à paraître).
- (4) OMD 1: Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim. Dans: Achieving the health-related Millennium Development Goals in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016 (à paraître).
- (5) OMD 5: Améliorer la santé maternelle. Dans: Achieving the health-related Millennium Development Goals in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016 (à paraître).
- (6) OMD 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Dans: Achieving the health-related Millennium Development Goals in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016 (à paraître).
- (7) OMD 7: Assurer un environnement durable. Dans: Achieving the health-related Millennium Development Goals in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016 (à paraître).

Appendice 8. Équité en santé et ses déterminants dans la Région du Pacifique occidental



Les inégalités en santé continuent d'entraver les efforts déployés en matière de santé et de développement dans la Région du Pacifique occidental. Par exemple, par rapport aux femmes vivant dans des zones urbaines, les femmes accouchant dans des zones rurales ont un accès plus limité à un personnel soignant qualifié au Cambodge (72 % contre 95 %), en République démocratique populaire lao (31 % contre 80 %) et aux Philippines (68 % contre 85 %). 1) Les gradients sociaux en matière de charge de morbidité

persistent dans la Région du Pacifique occidental, les écarts de prévalence de la tuberculose entre les ménages les plus riches et les plus pauvres s'élevant jusqu'à 5 % en Chine et 9 % aux Philippines. 2) La santé et l'équité en santé sont en grande partie déterminées par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux, y compris l'accès aux soins de santé (Fig. 8.1).

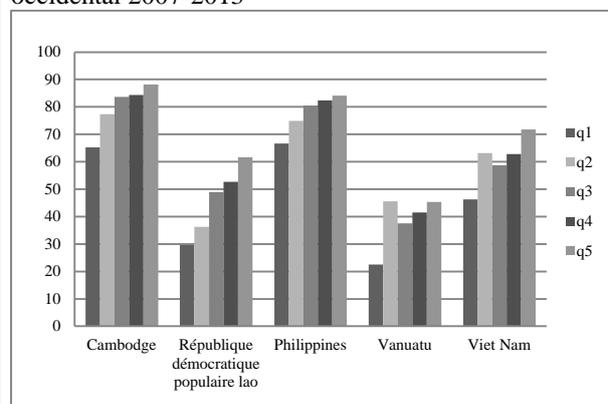
Améliorer l'accès au système de soins de santé

Malgré la précarité de leur état de santé, les personnes issues des ménages pauvres ou marginalisés ont moins aisément accès aux services de santé dont ils ont besoin. Par exemple, les enfants des foyers les plus pauvres sont souvent ceux qui ont le moins de chance d'être vaccinés (Fig. 8. 2 a). Les paiements directs diminuent la fréquence d'utilisation des services, en particulier pour les individus issus des ménages les plus pauvres. Par exemple, les paiements directs représentent plus de 30 % des dépenses totales de santé dans certains pays de la Région, les pourcentages les plus élevés étant au Cambodge, aux Philippines, à Singapour et au Vietnam (Fig. 8. 2 b).

Annexe

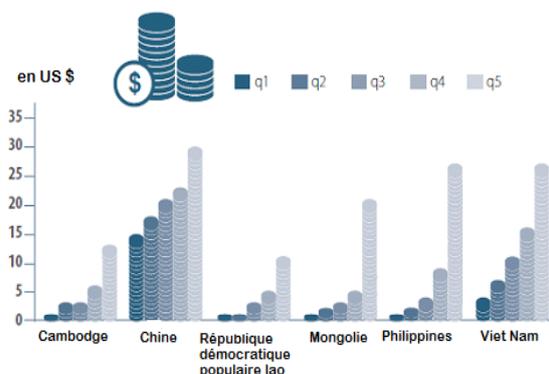
Fig. 8.2. Obstacles financiers à l'accès aux services de santé, sélection de pays, Région du Pacifique occidental

Fig. 8.2a. Pourcentage d'enfants bénéficiant d'une couverture vaccinale complète, par quintile de richesse des ménages, sélection de pays, Région du Pacifique occidental 2007-2013



Source : Surveillance de l'équité en santé : couverture vaccinale complète chez les enfants d'un an, selon le statut économique. Dans : Base de données de l'Observatoire mondial de la santé [base de données en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016. (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.94200>, consulté le 30 mai 2016).

Fig. 8.2b. Dépenses directes mensuelles des ménages par quintile de revenu, sélection de pays, Région du Pacifique occidental, 2007-2010

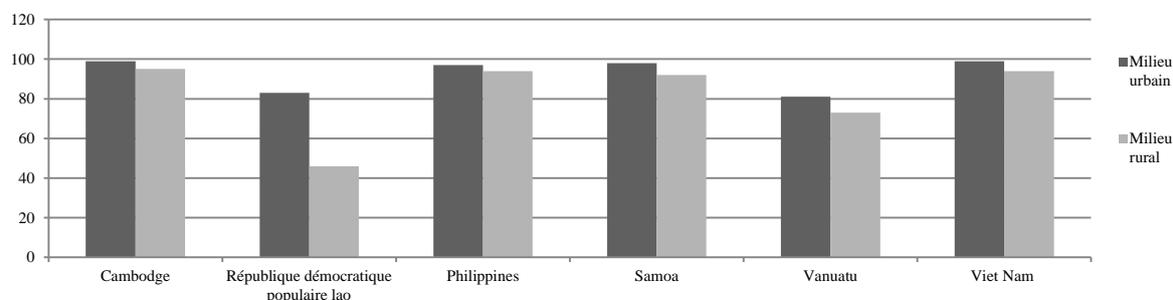


Source : Chu A, Xu K, James C, et al. Couverture sanitaire universelle : utilisation des services de santé et charge financière des dépenses de santé dans six pays d'Asie. Manuscrit du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2014.

De même, les données montrent des inégalités dans l'accès aux services de santé entre les zones rurales et les zones urbaines, indiquant que la situation géographique peut être un obstacle à l'accès aux services de santé. Par exemple, par rapport aux femmes vivant en milieu urbain, les femmes vivant dans les zones rurales sont moins susceptibles d'avoir accès à des soins prénatals (Fig. 8.3).

Les inégalités entre les zones rurales et urbaines peuvent également interagir avec les obstacles liés au sexe. Les données de la Région permettent de voir dans quelle mesure l'accès aux services est différent pour les femmes et pour les hommes. Par exemple, dans certains pays de la Région, les

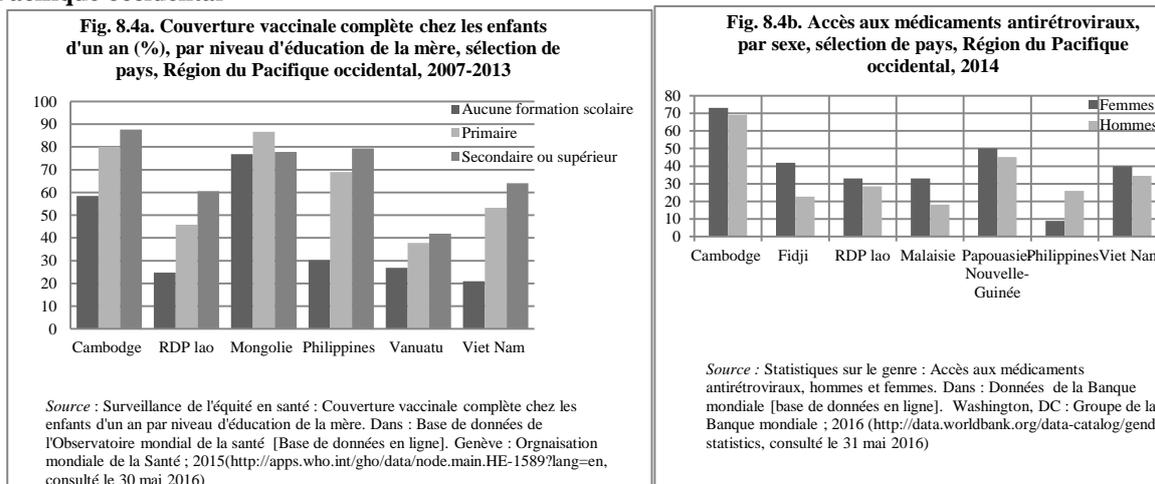
Fig. 8.3. Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals, au moins une visite, par lieu de résidence, sélection de pays, Région du Pacifique occidental, 2011-2014



Source : Santé maternelle : Couverture des soins prénatals. Dans : Bases de données mondiales UNICEF 2015 à partir des EDS, MICS et autres enquêtes nationales représentatives [base de données en ligne]. New York : UNICEF ; 2015 (<http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html>, consulté le 2 juin 2016).

femmes ont plus facilement accès aux médicaments antirétroviraux que les hommes (Fig. 8.4a). En même temps, les garçons ont plus de chances que les filles de recevoir une vaccination complète dans la Région (Fig. 8.4b). Les normes liées au sexe peuvent aussi décourager, voire entraver l'utilisation des services de santé. Par exemple, la peur et la stigmatisation empêchent souvent les femmes de solliciter des soins de santé sexuelle et un traitement pour une maladie ou des blessures résultant de la violence conjugale. La violence à l'encontre des femmes et des filles demeure un enjeu majeur pour la santé publique dans la Région.

Fig. 8.4. Obstacles liés au sexe entravant l'accès aux services de santé, sélection de pays, Région du Pacifique occidental

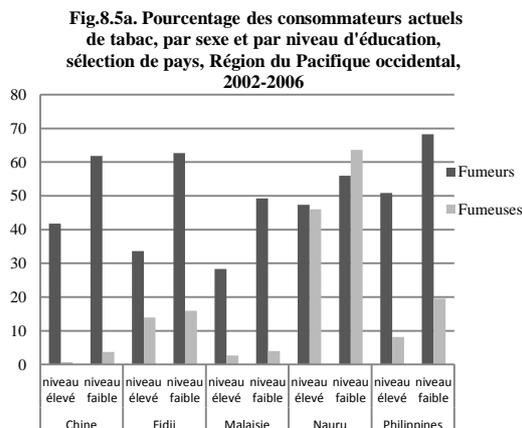


Facteurs de risque pour la population

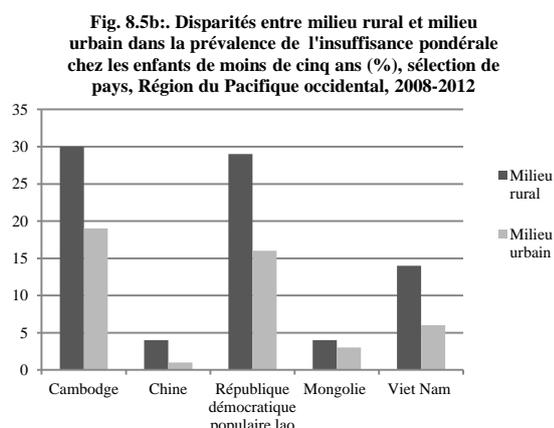
L'exposition aux facteurs de risque n'est pas répartie de manière égale entre les groupes de population. Les inégalités dans l'exposition aux facteurs de risque - par exemple, les différences dans les taux de tabagisme selon le sexe et le niveau d'éducation (Fig. 8,5 a) - sont essentielles pour expliquer les disparités dans la prévalence de la maladie. De même, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale dans plusieurs milieux varie considérablement selon les zones rurales et urbaines et selon les revenus des ménages, les enfants issus des familles rurales et pauvres étant systématiquement désavantagés, ce qui aura des effets néfastes sur leur santé tout au long de leur vie (Fig. 8.5b). Depuis 1990, le double fardeau de l'obésité et de la dénutrition est devenu un problème croissant. Bien que le nombre d'enfants de moins de cinq ans chroniquement sous-alimentés (émaciés) ait diminué, passant de 54,6 millions (1990) à 8 millions (2014), on comptait 6,2 millions d'enfants de moins de cinq ans en surpoids en 2014. (3)

Annexe

Fig. 8.5. Répartition des facteurs de risque, sélection de pays, Région du Pacifique occidental



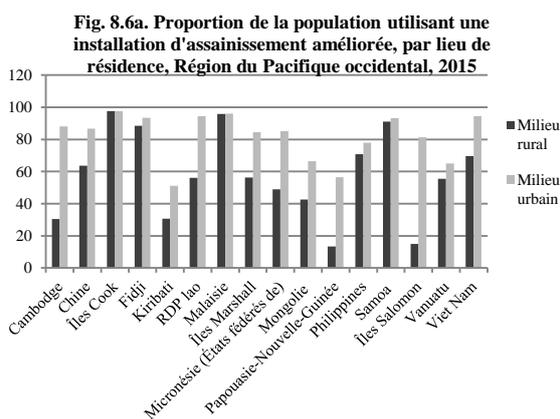
Source : Facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles et inégalités socioéconomiques - quels sont les liens? Une analyse multi-pays des données de suivi des maladies non transmissibles. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2010.



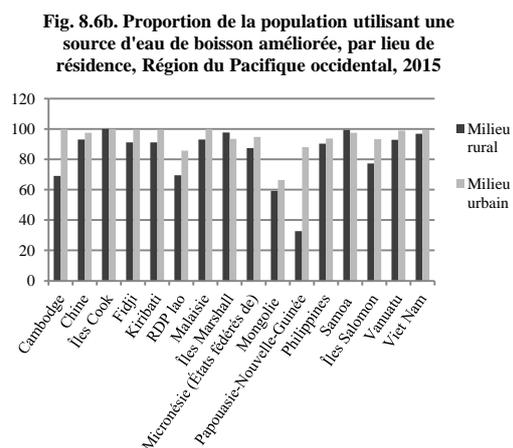
Source : La situation des enfants dans le monde 2014 en chiffres : chaque enfant compte. New York : UNICEF ; 2014 (http://www.unicef.org/publications/index_71829.html, consulté le 30 mai 2016).

Les conditions matérielles des familles et des communautés sont également des facteurs déterminants de leur état de santé. Par exemple, l'accès à une eau de boisson améliorée et à une installation d'assainissement améliorée varie selon que le lieu de résidence se situe en milieu rural ou urbain, et ceci dans l'ensemble de la Région (Fig. 8.6). L'accès à des services adéquats en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement est associé à un risque plus faible de maladies hydriques, y compris la diarrhée, le choléra, la dysenterie, la typhoïde et l'hépatite A.

Fig. 8.6. Disparités dans l'accès aux services d'eau et d'assainissement, sélection de pays, Région du Pacifique occidental



Source : Santé publique et environnement : Population utilisant des installations d'assainissement améliorées. Dans : Base de données de l'Observatoire mondial de la santé [base de données en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.167?lang=en>, consulté le 30 mai 2016).



Source : Santé publique et environnement : Population utilisant des sources d'eau de boisson améliorée. Dans : Base de données de l'Observatoire mondial de la santé [base de données en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.167?lang=en>, consulté le 30 mai 2016).

Les déterminants sociaux de la santé agissent de manière indépendante, mais ils sont également connectés entre eux. Par exemple, les inégalités entre les sexes entraînent généralement des taux de scolarisation plus faibles et des résultats sanitaires moins bons chez les filles que chez les garçons (Fig. 8.7a). Les groupes plus âgés affichent des niveaux plus élevés d'analphabétisme, et dans l'ensemble de la Région les hommes plus âgés ont des taux d'alphabétisation plus élevés que les femmes de la même catégorie d'âge, les pays à revenu faible et intermédiaire présentant les écarts les plus marqués (Fig. 8.7b). Étant donné que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus susceptibles d'être confrontées à la pauvreté et à la privation au cours de leur vieillesse, une situation exacerbée par des taux plus faibles d'éducation, d'emploi et de bien-être tout au long de leur vie.

Fig. 8.7. Éducation, Emploi et Santé

Fig. 8.7a. Pourcentage de la population ayant au moins un niveau d'études secondaires, par sexe, sélection de pays, Région du Pacifique occidental, 2005-2014

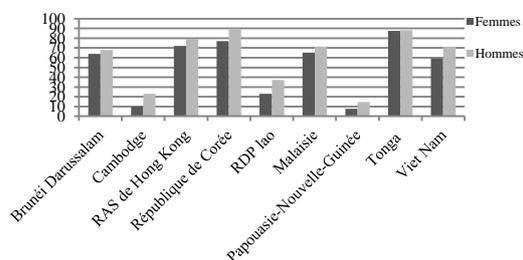
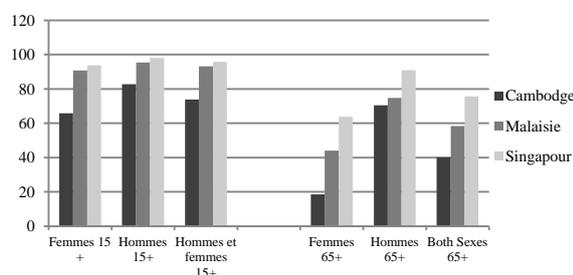


Fig. 8.7b. Taux d'alphabétisation de la population adulte âgée de plus de 15 ans et de plus de 65 ans, par sexe, sélection de pays, Région du Pacifique occidental, 2009-2010

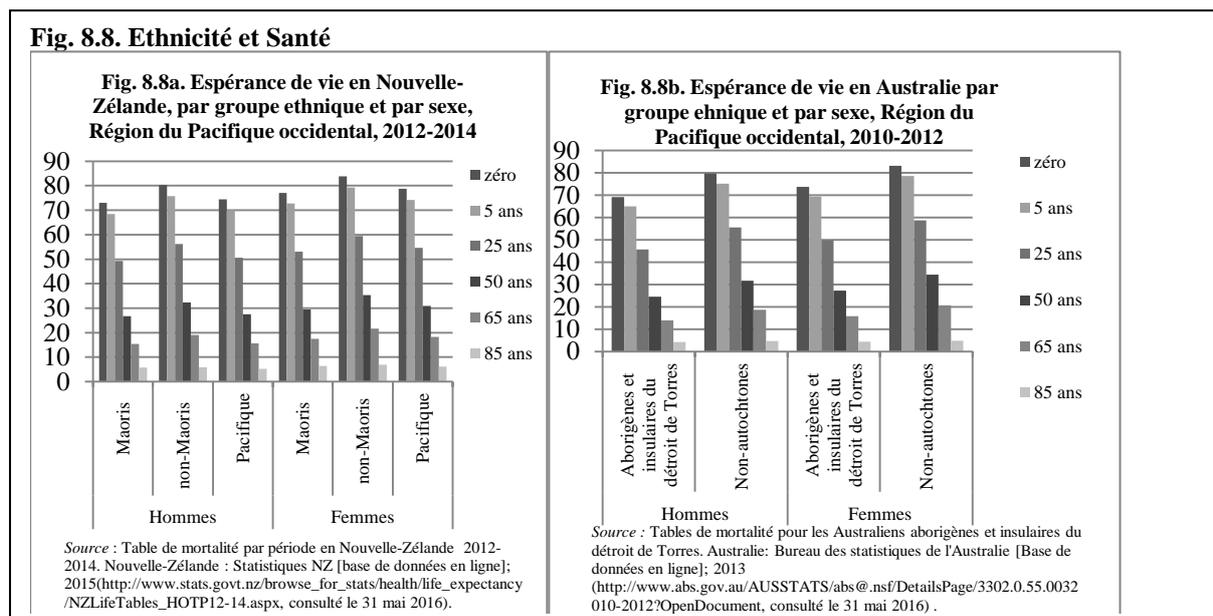


Source : Annexe statistique : Tableau 5 : L'indice d'inégalités de genre. Dans: Rapport sur le développement humain 2015 : Le travail au service du développement humain. New York : Programme des Nations Unies pour le développement; 2015
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf, consulté le 30 mars 2016)

Source : Taux d'alphabétisation de la population adulte (15+) et des personnes âgées (65+), hommes et femmes. Canada : Institut de statistique de l'UNESCO [base de données en ligne] ; 2015 (<http://data.uis.unesco.org/>, consulté le 30 mai 2016)

D'autres déterminants tels que l'ethnicité interagissent avec l'âge et le sexe. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, l'espérance de vie chez les personnes non maories est plus élevée que chez les populations maories et du Pacifique, et les femmes maories vivent plus longtemps que les hommes maoris (Fig. 8.8a). En Australie, l'espérance de vie varie selon le groupe ethnique et le sexe, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres étant systématiquement les plus désavantagés (Fig. 8.8b).

Annexe



Contextes sociaux, économiques et politiques

Les inégalités en santé sont générées par les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidienne, aux niveaux mondial, régional, national et local. Le revenu d'un ménage est un facteur déterminant de sa capacité à satisfaire les besoins fondamentaux de ses membres, tels que la nourriture, l'eau, l'éducation et les services de santé. Pourtant, de nombreux pays de la Région continuent d'afficher des niveaux élevés en matière d'inégalité des revenus. L'indice de Gini⁶ est un indicateur de l'inégalité des revenus au sein des pays (Fig. 8.9). Entre 2002 et 2012, l'indice de Gini a augmenté en République démocratique populaire lao, passant de 34,7 à 37,9. De légères hausses ont également été observées au Viet Nam (de 37,3 à 38,7) et en Mongolie (de 32,9 à 33,8) (4).

Les facteurs et les conditions de la pauvreté ne se limitent pas à de faibles revenus. Ils englobent un manque de possibilités économiques, de faibles niveaux d'éducation et de mauvais résultats sanitaires, ainsi qu'un accès insuffisant aux ressources, services et compétences. En général, la pauvreté se recoupe avec d'autres formes d'exclusion sociale, comme celles basées sur le sexe, l'appartenance ethnique, la race, l'âge ou la situation géographique. Dix pour cent de la population au Cambodge, 19 % aux Philippines et 30 % en République démocratique populaire lao vivent en dessous du seuil de pauvreté exprimé en PPA (parité de pouvoir d'achat) fixé à 1,25 dollar par jour (Fig. 8.9).

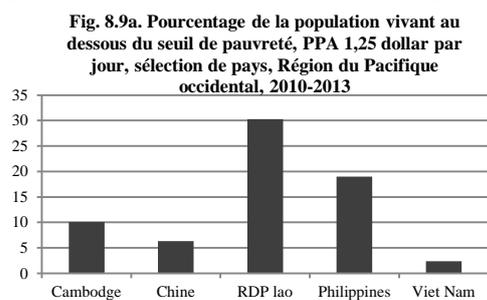
Si l'on considère l'Indice de développement humain (IDH)⁷, qui est une mesure composite combinant des indicateurs d'espérance de vie, de niveau de scolarité et de revenu, il est important de noter que

⁶ L'indice ou le coefficient de Gini est utilisé comme une mesure de l'inégalité des revenus au sein des pays. Il varie entre 0 et 100 ; il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite et est égal à 100 dans une situation la plus inégalitaire possible.

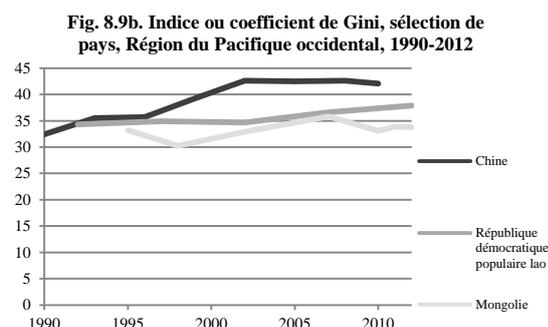
⁷ L'indice de développement humain (IDH) est un indice composite mesurant le développement humain dans un pays donné en combinant trois dimensions fondamentales du développement humain (la capacité à vivre longtemps et en bonne santé, à acquérir des connaissances et à atteindre un niveau de vie décent). L'Indice de développement humain ajusté aux inégalités (IDHI) va au-delà des valeurs moyennes afin de prendre en compte la répartition des résultats du développement. Il tient donc compte du coût des inégalités en termes de développement humain ou de la perte subie par le développement humain en raison des inégalités. L'IDHI est égal à l'IDH s'il n'existe aucune inégalité entre les individus, mais il décroît pour s'éloigner de l'IDH à mesure que les inégalités augmentent.

l'indice global d'un pays peut dissimuler le fait que divers groupes au sein de ce pays puissent avoir des niveaux de développement très différents. L'Indice de développement ajusté aux inégalités (IDHI) montre comment les inégalités entravent le développement, par rapport à l'IDH non ajusté. Comme l'illustre la Figure 8.9 c, le niveau de développement humain dans chaque pays est plus faible lorsqu'il est ajusté en fonction des inégalités.

Fig. 8.9. Environnement socio-économique, tendances macroéconomiques

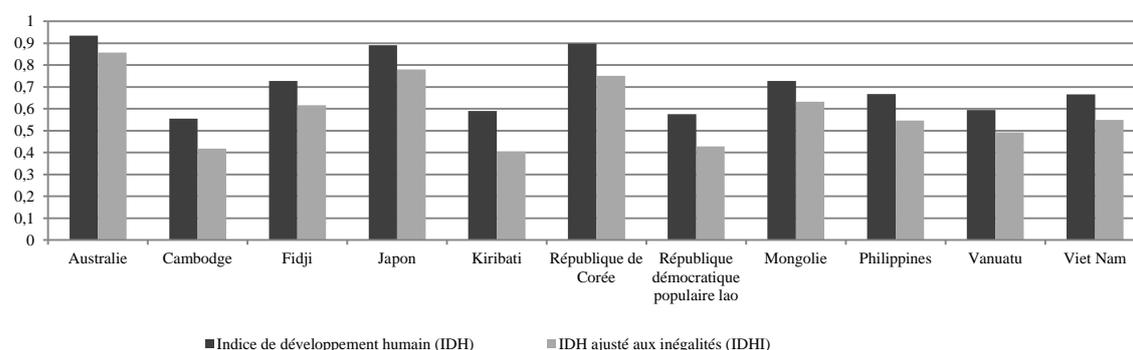


Source : Appendice statistique : Tableau 6: Indice de la pauvreté multidimensionnelle : pays en développement. Dans : Rapport sur le développement humain 2015 : Le travail au service du développement humain. New York : Programme des Nations Unies pour le développement ; 2015 (http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf, consulté le 30 mars 2016).



Source : Indicateurs du développement dans le monde : Indice de GINI (Estimations de la Banque mondiale). Dans : Données de la Banque mondiale [base de données en ligne]. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale 2016 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>, consulté le 30 mai 2016).

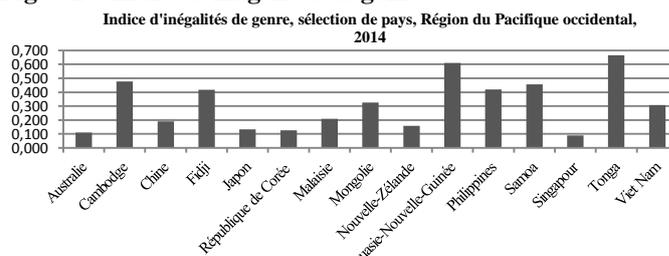
Fig. 8.9c. IDH comparé au IDHI, sélection de pays, Région du Pacifique occidental, 2014



Source : Appendice statistique : Tableau 3 : Indice de développement humain ajusté aux inégalités. Dans : Rapport sur le développement humain 2015 : Le travail au service du développement humain. New York : Programme des Nations Unies pour le développement ; 2015

L'inégalité entre les sexes, un déterminant significatif de l'état de santé, reste un enjeu dans la Région du Pacifique occidental, tout comme dans le reste du monde. Les femmes sont désavantagées par rapport aux

Fig. 8.10. Indice d'inégalités de genre



Source : Appendice statistique : Tableau 5 : L'Indice d'inégalités de genre. Dans : Rapport sur le développement humain 2015 : Le travail au service du développement humain. New York : Programme des Nations Unies pour le développement ; 2015

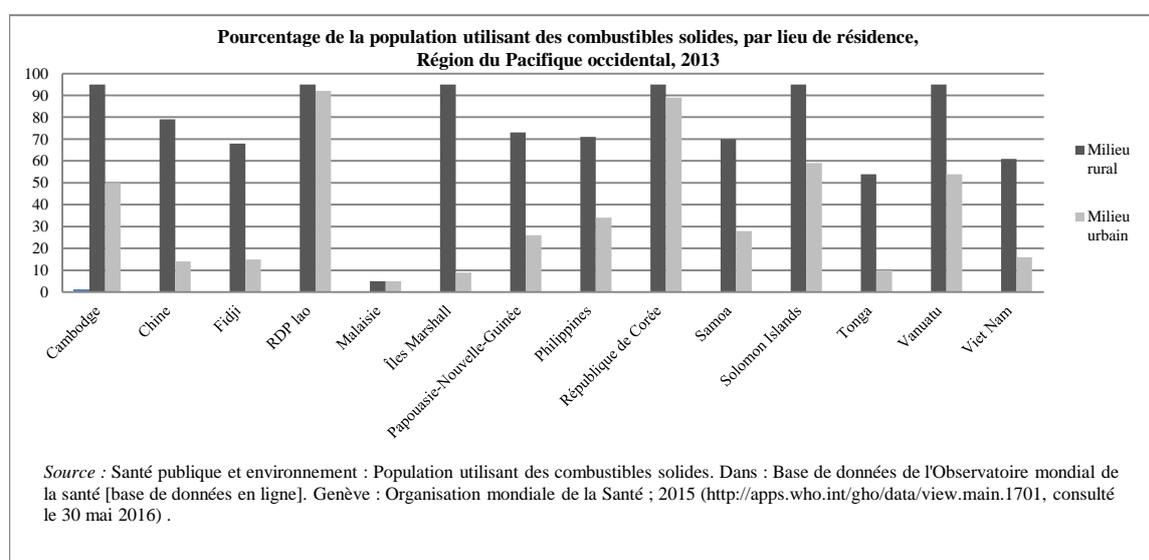
hommes dans la quasi-totalité des indicateurs sociaux et économiques du bien-être. Par exemple, l'Indice d'inégalités de genre (IIG) varie considérablement entre les pays de la Région, allant d'un minimum de 0,088 à Singapour, soit un niveau élevé d'égalité, à une valeur maximale de 0,666 aux Tonga, illustrant d'importantes inégalités (Fig. 8.10).

Annexe

L'environnement constitue un autre déterminant clé de la santé. Par exemple, le nombre total de décès attribuables aux effets conjoints de la pollution à l'intérieur des habitations et de l'air ambiant était considérablement plus élevé en 2012 dans les pays de la Région à revenu faible et intermédiaire (2,8 millions de décès) que dans les pays à revenu élevé (68 000 décès). (6) Au cours de la même année, la charge de morbidité liée à l'environnement a été estimée à 25 % dans les pays non membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et à 13 % dans les pays de l'OCDE à revenu élevé. (5)

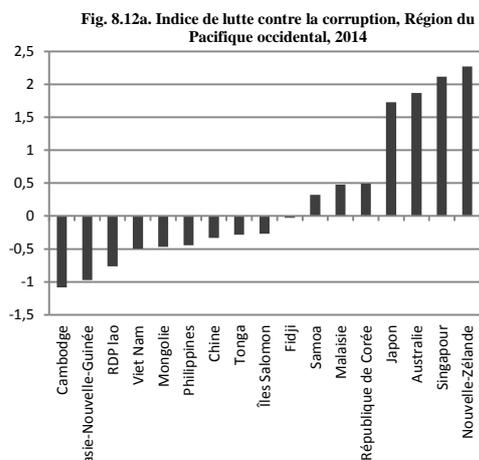
La réalisation des ODD exige d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les partenariats établis entre la santé et les autres secteurs pour améliorer la santé. Par exemple, il est dans l'intérêt de la santé et des secteurs de l'environnement de lutter contre la pollution atmosphérique et les changements climatiques. Le changement climatique exacerbe et aggrave les conditions environnementales dans tous les milieux, entraînant des inondations, des sécheresses, des cyclones, des canicules et d'autres phénomènes météorologiques extrêmes. Ces changements dépassent le contrôle d'un secteur, voire d'un pays. En 2012, les facteurs de risque environnementaux comme la pollution de l'air, de l'eau ou du sol par des agents chimiques ou biologiques, le changement climatique et les rayons ultraviolets ont causé plus de 3,5 millions de décès annuels dans la Région (5). Ce fardeau pèse avant tout sur les pays à revenu faible et intermédiaire, accentuant les problèmes auxquels ces pays sont déjà confrontés.

Fig. 8.11. Pollution de l'air à l'intérieur des habitations

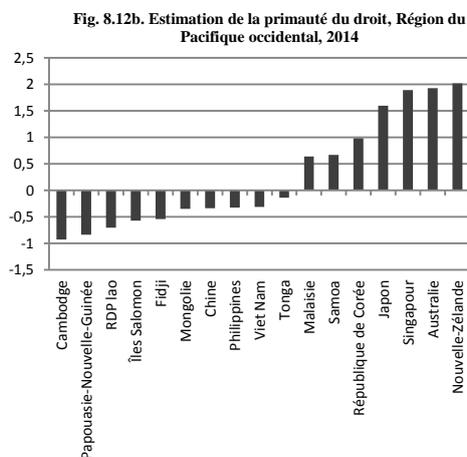


Le programme des ODD soulève également la question de la capacité des structures institutionnelles et de gouvernance à relever les défis en jeu (Fig. 8.12). Les dispositifs de responsabilisation et de gouvernance existants varient considérablement. La fragmentation institutionnelle et les options de financement non durables présentent des difficultés particulières. Il est nécessaire pour atteindre les ODD d'impliquer de multiples parties prenantes et partenaires dans divers secteurs et à plusieurs niveaux, ce qui tend à compliquer le processus de mise en œuvre, notamment dans les structures décentralisées.

Fig. 8.12. Indicateurs sur la responsabilisation et la bonne gouvernance

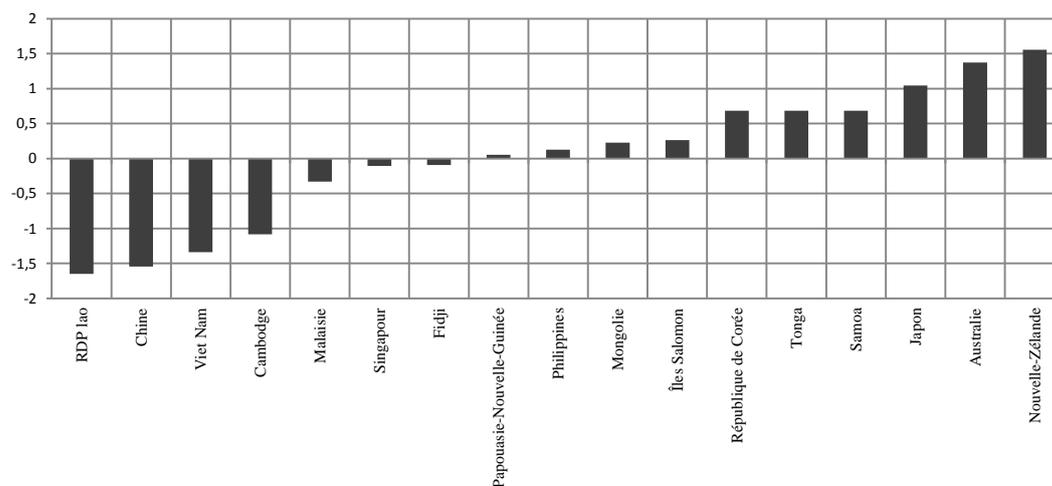


Source : Indicateurs de gouvernance dans le monde : Estimation de la lutte contre la corruption. Dans : Base de données de la Banque mondiale [base de données en ligne]. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale; 2015 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=worldwide-governance-indicators&preview=on#>, consulté le 31 mai 2016).



Source : Indicateurs de gouvernance dans le monde : estimation de la primauté du droit ; Dans : Base de données de la Banque mondiale [base de données en ligne]. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale ; 2015 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=worldwide-governance-indicators&preview=on#>, consulté le 31 mai 2016).

Fig. 8.12c. Estimations de la voix citoyenne et de la responsabilisation, Région du Pacifique occidental, 2014



Source : Indicateurs de gouvernance dans le monde : Estimation de la voix et de la responsabilisation. Dans : Base de données de la Banque mondiale [Base de données en ligne]. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale ; 2015 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=worldwide-governance-indicators&preview=on#>, consulté le 31 mai 2016).

Notes : L'indicateur de lutte contre la corruption montre dans quelle mesure le pouvoir public est exercé à des fins privées, en incluant petites et grandes formes de corruption, de même que la façon dont l'État a été « capté » par les élites et les intérêts privés. L'indicateur de primauté du droit mesure les perceptions de la confiance et du respect des individus dans les règles posées par la société, en particulier dans l'application des contrats, les droits de propriété, l'efficacité de la police et le système judiciaire, et également la probabilité de crimes et violences. L'indicateur de voix citoyenne et de responsabilisation mesure les perceptions de la participation des citoyens d'un pays dans la sélection de leur gouvernement, ainsi que la liberté d'expression, d'association et des médias. L'estimation donne le score de gouvernance du pays pour chaque indicateur composite, en unités standardisées et normalisées, c'est-à-dire qui se situent environ entre -2,5 et 2,5.

Annexe

La couverture sanitaire universelle comme plateforme fédératrice

La couverture sanitaire universelle (CSU), qui assure à tous des services de santé de qualité sans les exposer à de lourdes difficultés financières qui procèderaient du paiement direct des soins, constitue l'objectif primordial du développement des systèmes de santé. Il s'agit d'une plateforme visant à conjuguer les efforts déployés en matière de santé et de développement en vue d'un objectif commun. Approuvé par le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental en octobre 2015, le document intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* est un cadre d'action qui a été élaboré pour aider les pays à concrétiser leur vision d'une meilleure santé grâce à la couverture sanitaire universelle. Il expose les principes communs de la CSU et s'inspire des valeurs énoncées dans la constitution de l'OMS, de l'objectif de santé pour tous fixé par la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 et des multiples résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. Le cadre d'action met l'accent sur une approche complète, faisant appel à l'ensemble du système et sur une collaboration multisectorielle afin de réduire les facteurs de risque pour la santé et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. La mise en place de la couverture sanitaire universelle ne saurait suivre un modèle unique puisque les systèmes de santé sont subordonnés aux situations sociales, économiques et politiques de chaque pays, et procèdent des décisions prises par le passé pour appréhender les priorités nationales. Quinze domaines d'action sont définis par rapport aux cinq caractéristiques essentielles des systèmes de santé - qualité, efficacité, équité, responsabilisation, et durabilité et résilience. Ces caractéristiques tiennent compte des objectifs des politiques sanitaires de la Région, tandis que les mesures correspondantes s'appuient sur les données d'expérience nationales, régionales et mondiales.

La voie à suivre

Pour atteindre les ODD, il faudra s'appuyer sur les enseignements tirés des OMD. L'amélioration de la responsabilisation, de la fiabilité des données, de la qualité des processus d'examen et des analyses est indispensable pour suivre les progrès et affiner les mesures. Toutefois, les ODD intègrent également de nouvelles questions et perspectives, ainsi que des défis nouveaux pour la santé et ses déterminants. Les leçons tirées de l'ère des OMD soulignent la nécessité d'établir des partenariats solides multisectoriels et multipartites qui impliquent l'ensemble des communautés touchées. Les ODD tiennent compte de ces leçons et appellent à des changements stratégiques aussi bien dans le secteur de la santé qu'au-delà. Le principe fondamental visant à ne laisser personne de côté et la prise en compte des liens existant entre les différents objectifs et cibles exigent une collaboration entre les secteurs, les parties prenantes et les communautés. Il est également impératif que le secteur de la santé évolue dans son rôle et sa capacité à informer, influencer et institutionnaliser les interventions touchant directement ou indirectement à la santé.

Références :

- 1) Health Equity Monitor: Births attended by skilled health personnel. Dans : Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.94130>, consulté le 7 juin 2016).
- 2) Health Equity and Financial Protection Datasheets: East Asia and Pacific. Washington, DC: World Bank Group; 2012.
- 3) Millennium Development Goals (MDGs): Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB). Dans : Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2015. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.NUTWHOREGIONS?lang=en>, consulté le 7 juin 2016).
- 4) World Development Indicators: GINI Index (World Bank Estimate). Dans : World Bank Data [online database]. Washington, DC: World Bank Group; 2016 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>, consulté le 30 mai 2016).
- 5) Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, and Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1, consulté le 8 juin 2016).
- 6) Burden of disease from the joint effects of Household and Ambient Air Pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AP_jointeffect_BoD_results_March2014.pdf, consulté le 8 juin 2016).