



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SOIXANTE-QUATRIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 16-24 MAI 2011

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2011**

ABRÉVIATIONS

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

ACDI	–	Agence canadienne de Développement international
AGFUND	–	Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies
AID	–	Agency for International Development des États-Unis d'Amérique
AIEA	–	Agence internationale de l'Énergie atomique
ANASE	–	Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BIRD	–	Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement (Banque mondiale)
BIT	–	Bureau international du Travail
BSP	–	Bureau sanitaire panaméricain
CCQAB	–	Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires
CCRS	–	Comité consultatif de la Recherche en Santé
CCS	–	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination [précédemment Comité administratif de Coordination (CAC)]
CIOMS	–	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIRC	–	Centre international de Recherche sur le Cancer
CNUCED	–	Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
FAO	–	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FIDA	–	Fonds international de Développement agricole
FMI	–	Fonds monétaire international
HCR	–	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
OACI	–	Organisation de l'Aviation civile internationale
OCDE	–	Organisation de Coopération et de Développement économiques
OIE	–	Office international des Épizooties
OIT	–	Organisation internationale du Travail
OMC	–	Organisation mondiale du Commerce
OMI	–	Organisation maritime internationale
OMM	–	Organisation météorologique mondiale
OMPI	–	Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	–	Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	–	Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
ONUSIDA	–	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	–	Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	–	Programme alimentaire mondial
PNUCID	–	Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
PNUD	–	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	–	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
UIT	–	Union internationale des Télécommunications
UNESCO	–	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNFPA	–	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	–	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNRWA	–	Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

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

AVANT-PROPOS

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 16 au 24 mai 2011, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-septième session.

TABLE DES MATIÈRES

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

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA64.1	Application du Règlement sanitaire international (2005).....	1
WHA64.2	Réforme de l'OMS.....	2
WHA64.3	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2012-2013.....	2
WHA64.4	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	5
WHA64.5	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages.....	8
WHA64.6	Renforcement des personnels de santé.....	9
WHA64.7	Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux.....	14
WHA64.8	Renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides.....	17
WHA64.9	Structures durables de financement de la santé et couverture universelle.....	20
WHA64.10	Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé.....	23
WHA64.11	Préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, faisant suite à la Conférence de Moscou.....	27

	Pages
WHA64.12	Rôle de l’OMS dans le suivi de la Réunion plénière de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010) 29
WHA64.13	Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale 30
WHA64.14	Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 33
WHA64.15	Choléra : dispositif de lutte et de prévention 34
WHA64.16	Éradication de la dracunculose 37
WHA64.17	Paludisme..... 38
WHA64.18	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l’OMS pour 2010... 42
WHA64.19	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d’arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l’application de l’article 7 de la Constitution..... 43
WHA64.20	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés 44
WHA64.21	Barème des contributions pour l’exercice 2012-2013 45
WHA64.22	Amendements au Règlement financier 49
WHA64.23	Nomination du Commissaire aux Comptes 49
WHA64.24	Eau potable, assainissement et santé..... 50
WHA64.25	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général 55
WHA64.26	Amendements au Statut du Centre international de Recherche sur le Cancer 55
WHA64.27	Prévention des traumatismes chez l’enfant..... 56
WHA64.28	Risques pour la santé des jeunes..... 59
Décisions	
WHA64(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs 64
WHA64(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé..... 64

	Pages
WHA64(3) Élection du bureau des commissions principales	64
WHA64(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée	65
WHA64(5) Adoption de l'ordre du jour	65
WHA64(6) Vérification des pouvoirs	65
WHA64(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	66
WHA64(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS	66
WHA64(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé	66
WHA64(10) Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits	67
WHA64(11) Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique	67

ANNEXES

1. Recommandations issues du rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009	71
2. Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages	79
3. Déclaration de Moscou	129
4. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015	134
5. Texte de l'article amendé du Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé	168
6. Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé	169

ORDRE DU JOUR¹

SÉANCES PLÉNIÈRES

*Numéro
du point*

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé
 - 1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs
 - 1.2 Élection du président
 - 1.3 Élection des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau
 - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent vingt-septième et cent vingt-huitième sessions
3. Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général
4. Intervenant invité
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹
11. Le financement futur de l'OMS
12. Questions relatives au programme et au budget
 - 12.1 Exécution du budget programme 2010-2011 : rapport intérimaire
 - 12.2 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : évaluation intérimaire
 - 12.3 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2012-2013
13. Questions techniques et sanitaires
 - 13.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
 - 13.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)
 - 13.3 Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Rôle de l'OMS dans le suivi de la réunion plénière de haut niveau de la soixante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (septembre 2010)
 - 13.4 Renforcement des systèmes de santé
 - 13.5 La vaccination dans le monde : vision et stratégie
 - 13.6 Projet de stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015
 - 13.7 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
 - 13.8 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
 - 13.9 Choléra : dispositif de lutte et de prévention
 - 13.10 Paludisme
 - 13.11 Éradication de la dracunculose

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

13.12 Lutte contre les maladies non transmissibles

Rôle de l'OMS dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (septembre 2011)

13.13 [transféré à la Commission B]

13.14 [transféré à la Commission B]

13.15 [transféré à la Commission B]

13.16 [transféré à la Commission B]

13.17 [transféré à la Commission B]

COMMISSION B

14. Ouverture des travaux de la Commission¹

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

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

Rapport du vérificateur intérieur des comptes

17. Questions financières

17.1 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2010

17.2 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes

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

17.4 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés

17.5 Barème des contributions 2012-2013

17.6 [supprimé]

17.7 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière

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

- 17.8 Nomination du Commissaire aux Comptes
- 18. Questions relatives au personnel
 - 18.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 18.2 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
 - 18.3 Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
 - 18.4 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
 - 18.5 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
 - 18.6 Rapport de situation du groupe de travail sur l'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- 19. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
- 20. Amendements au statut du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC)
- 13. Questions techniques et sanitaires
 - 13.13 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : plan d'application
 - 13.14 Prévention des traumatismes chez l'enfant
 - 13.15 Stratégies pour la gestion sans risque de l'eau de boisson destinée à la consommation humaine
 - 13.16 Risques pour la santé des jeunes
 - 13.17 Rapports de situation
 - A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1)
 - B. Lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine (résolution WHA47.32)
 - C. Changement climatique et santé (résolutions WHA61.19 et EB124.R5)
 - D. Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes (résolution WHA63.26)
 - E. Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets (résolution WHA63.25)

ORDRE DU JOUR

- F. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31)
- G. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16)
- H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25)
- I. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16)
- J. Mise en œuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)

LISTE DES DOCUMENTS

A64/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A64/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent vingt-septième et cent-vingt-huitième sessions
A64/3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
A64/4	Le financement futur de l'OMS
A64/4 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A64/5	Exécution du budget programme 2010-2011 : rapport intérimaire
A64/6	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : évaluation intérimaire
A64/7 et Add.1	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2012-2013
A64/7 Add.2	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2012-2013
A64/8 et Corr.1	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages ³
A64/8 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A64/9	Application du Règlement sanitaire international (2005)
A64/10 et Add.1	Application du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ⁴
A64/10 Add.2	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²

¹ Voir p. ix.

² Voir l'annexe 6.

³ Voir l'annexe 2.

⁴ Voir l'annexe 1.

A64/11	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
A64/11 Add.1	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé – Commission de l’Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l’Enfant
A64/12	Renforcement des systèmes de santé – Améliorer le soutien au dialogue de politique générale au sujet des politiques, des stratégies et des plans sanitaires nationaux
A64/13	Renforcement des systèmes de santé – Tendances et défis actuels
A64/14	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
A64/15	Projet de stratégie OMS sur le VIH, 2011-2015 ¹
A64/16	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
A64/17	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A64/18	Choléra : dispositif de lutte et de prévention
A64/19	Paludisme
A64/20	Éradication de la dracunculose
A64/21	Lutte contre les maladies non transmissibles
A64/21 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l’Assemblée de la Santé pour adoption ²
A64/22	La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : plan d’application
A64/23	Prévention des traumatismes chez l’enfant
A64/24	Stratégies pour la gestion sans risque de l’eau de boisson destinée à la consommation humaine
A64/25	Risques pour la santé des jeunes
A64/26	Rapports de situation
A64/27	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

¹ Voir à l’annexe 4 le texte de la stratégie, tel que modifié.

² Voir l’annexe 6.

LISTE DES DOCUMENTS

A64/28	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A64/29	Rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2010
A64/29 Add.1	Annexe : Contributions volontaires par fonds et par donateur pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2010
A64/30	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes
A64/31	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A64/32	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Ukraine
A64/33	Barème des contributions 2012-2013
A64/34	Amendements au Règlement financier. ¹ Application de normes comptables internationales du secteur public, fréquence des vérifications extérieures et durée du mandat du Commissaire aux Comptes
A64/35 et Corr.1	Nomination du Commissaire aux Comptes
A64/36	Ressources humaines : rapport annuel
A64/37	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
A64/38	Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
A64/39	Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
A64/40	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A64/41	Rapport de situation intérimaire du groupe de travail des États Membres sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
A64/42	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales

¹ Voir l'annexe 5.

- A64/43 Amendements au Statut du Centre international de Recherche sur le Cancer
- A64/44 Distinctions. Amendements aux Statuts du Prix Dr Lee Jong-wook pour la Santé publique
- A64/45 Exécution du budget programme 2010-2011 : rapport intérimaire. Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/46 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : évaluation intérimaire. Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/47 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2012-2013. Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/48 Rapport du vérificateur intérieur des comptes. Sixième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/49 et Corr.1 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2010. Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/50 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes. Septième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/51 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution et Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Ukraine. Cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- A64/52 Commission de Vérification des Pouvoirs
- A64/53 Premier rapport de la Commission A
- A64/54 Deuxième rapport de la Commission A

LISTE DES DOCUMENTS

A64/55	Premier rapport de la Commission B
A64/56	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A64/57	Troisième rapport de la Commission A
A64/58	Deuxième rapport de la Commission B
A64/59	Quatrième rapport de la Commission A
A64/60	Troisième rapport de la Commission B
A64/61	Cinquième rapport de la Commission A
A64/62	Quatrième rapport de la Commission B
A64/63	Sixième rapport de la Commission A
A64/64	Septième rapport de la Commission A

Documents d'information

A64/INF.DOC./1	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Ministère de la Santé de la République arabe syrienne)
A64/INF.DOC./2	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport de l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève)
A64/INF.DOC./3	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Directeur de la Santé de l'UNRWA pour l'année 2010)
A64/INF.DOC./4	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Ministère israélien de la Santé)
A64/INF.DOC./5	Le financement futur de l'OMS. Réformes pour un avenir sain : plan de développement

Documents divers

A64/DIV/1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A64/DIV/2	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé

A64/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
A64/DIV/4	Liste des documents
A64/DIV/5	Allocution de S. E. Sheikh Hasina, Premier Ministre du Gouvernement du Bangladesh, à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
A64/DIV/6	Allocution de M. Bill Gates à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

PRÉSIDENCE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président

Dr Christos PATSALIDES (Chypre)

Vice-Présidents

Professeur C. O. ONYEBUCHI CHUKWU (Nigéria)

M. RI Jang Gon (République populaire démocratique de Corée)

Dr Enrique T. ONA (Philippines)

Dr Mohammad Hussein NICKNAM (République islamique d'Iran)

Mme Thérèse BAPTISTE-CORNELIS (Trinité-et-Tobago)

Secrétaire

Dr Margaret CHAN, Directeur général

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Barbade, Costa Rica, Fidji, Gabon, Guinée-Bissau, Lettonie, Malawi, Maldives, Nouvelle-Zélande, Ouzbékistan, Pakistan, Serbie.

Président : Dr K. WOODS (Nouvelle-Zélande)

Vice-Président : Professeur D. MPHANDE (Malawi)

Secrétaire : M. Xavier DANAY, Juriste principal

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé, des Présidents des Commissions principales et de délégués des États Membres suivants : Albanie, Botswana, Chine, Cuba, Égypte, Érythrée, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie,

France, Gambie, Guinée, Hongrie, Inde, Micronésie (États fédérés de), Paraguay, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

Président : Dr Christos PATSALIDES (Chypre)

Secrétaire : Dr Margaret CHAN, Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président : Dr Walid AMMAR (Liban)

Vice-Présidents : Dr Henry MADZORERA (Zimbabwe) et M. Nandi GLASSIE (Îles Cook)

Rapporteur : Dr Mast KULZHANOV (Kazakhstan)

Secrétaire : Dr Maged YOUNES, Directeur, Sécurité sanitaire des aliments, zoonoses et maladies d'origine alimentaire

Commission B

Président : Dr María Teresa VALENZUELA (Chili)

Vice-Présidents : Dr Ante-Zvonimir GOLEM (Croatie) et M. Zangley DUKPA (Bhoutan)

Rapporteur : M. T. Tuitama Leao TUITAMA (Samoa)

Secrétaire : Dr Manuel DAYRIT, Directeur, Ressources humaines pour la santé

RÉSOLUTIONS

WHA64.1 Application du Règlement sanitaire international (2005)¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant la création du Comité d'examen comme le prévoit le chapitre III, titre IX du Règlement sanitaire international (2005), et le mandat d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) ainsi que la riposte à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, conformément aux objectifs, à la portée, la méthodologie et au calendrier acceptés par le Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session ;²

Se félicitant de la conclusion heureuse des travaux du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009, du rôle directeur joué par son Président, du dévouement de ses membres éminents et de la présentation de son rapport final au Directeur général pour transmission à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;

Ayant examiné le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ;³

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à soutenir la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ;⁴

2. PRIE le Directeur général :

1) de présenter à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, une mise à jour exposant les progrès accomplis dans l'application des recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ;

2) de fournir un appui technique aux États Membres dans la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009.

(Neuvième séance plénière, 20 mai 2011 –
Commission A, premier rapport)

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 2.

³ Voir le document A64/10.

⁴ Voir à l'annexe 1 le texte des recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009.

WHA64.2 Réforme de l'OMS¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général intitulé « Organisation mondiale de la Santé : réformes pour un avenir sain »,²

1. APPROUVE le programme de réforme tel qu'il est exposé dans le rapport du Directeur général ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à appuyer la mise en œuvre du programme de réforme ;
3. PRIE le Conseil exécutif d'instaurer un processus adéquat pour examiner les questions relatives à la gouvernance de l'OMS recensées dans le rapport ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) de présenter au Conseil exécutif à sa cent trentième session, en janvier 2012, un document analytique détaillé sur le forum mondial de la santé de novembre 2012, qui indique les objectifs, le nombre de participants, les modalités de la réunion et les coûts ;
 - 2) de concevoir, en concertation avec les États Membres, une approche de l'évaluation indépendante, et de présenter un premier rapport sur l'évaluation indépendante de l'activité de l'OMS à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2012 ;
 - 3) de présenter un rapport sur l'état d'avancement des travaux à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Neuvième séance plénière, 20 mai 2011 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA64.3 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2012-2013

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

1. SE FÉLICITE que le montant total du budget effectif,³ toutes sources de fonds confondues, c'est-à-dire contributions fixées et contributions volontaires, s'élève à US \$3 958 979 000, répartis en trois segments :

Segment du budget programme	US \$
Programmes de base	2 626 762 000
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	863 533 000
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	468 684 000
Budget effectif total	3 958 979 000

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/4 et A64/INF.DOC./5.

³ Voir les documents A64/7, A64/7 Add.1 et A64/47.

2. DÉCIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2012-2013, un crédit de US \$1 038 840 000, financé par les contributions nettes des Membres pour un montant de US \$928 840 000, les recettes non fixées provenant des États Membres estimées à un montant de US \$15 000 000 si ce montant est disponible, et un virement au fonds de péréquation des impôts pour un montant de US \$95 000 000, comme indiqué ci-après :

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes non fixées provenant des États Membres
		US \$
1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	79 186 000
2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	45 634 000
3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	44 809 000
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	55 754 000
5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	18 568 000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	37 731 000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	18 753 000
8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	32 507 000
9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	22 359 000
10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	145 421 000
11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	30 751 000

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes non fixées provenant des États Membres
		US \$
12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	202 410 000
13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	209 957 000
	Total partiel	943 840 000
	Virement au fonds de péréquation des impôts	95 000 000
	Total	1 038 840 000

3. DÉCIDE ÉGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement ; il sera rendu compte des dépenses résultant de ces virements dans le rapport financier pour l'exercice 2012-2013 ;

2) conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe 2 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux engagements contractés pendant l'exercice allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2012-2013 aux sections 1 à 13 ;

3) dans le calcul de la somme effectivement due par chaque Membre au titre de sa contribution sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; cette déduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; le montant de ces remboursements d'impôts est estimé à US \$20 578 300, la contribution des Membres s'élève donc au total à US \$949 218 300 ;

4. DÉCIDE par ailleurs que le niveau du fonds de roulement restera fixé à son niveau existant qui est de US \$31 000 000 ;

5. PREND ACTE que les contributions volontaires requises pour couvrir la part du budget effectif non financée par des contributions nettes des Membres s'élèvent à US \$3 015 139 000.

(Neuvième séance plénière, 20 mai 2011 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA64.4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Attentive au principe primordial énoncé dans la Constitution de l’OMS, selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité ;

Rappelant toutes ses résolutions antérieures sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé et les autres territoires arabes occupés ;

Rappelant la résolution EB124.R4 adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session sur la gravité de la situation sanitaire provoquée par les opérations militaires israéliennes dans le territoire palestinien occupé, en particulier la Bande de Gaza occupée ;

Prenant note du rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;²

Notant avec une vive inquiétude les conclusions du rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;

Soulignant que l’UNRWA contribue de façon essentielle à assurer des services sanitaires et éducatifs cruciaux dans le territoire palestinien occupé, notamment pour faire face aux besoins urgents dans la Bande de Gaza ;

Préoccupée par la dégradation de la situation économique et sanitaire et par la crise humanitaire résultant de l’occupation persistante et des graves restrictions imposées par Israël, puissance occupante ;

Profondément préoccupée également par la crise sanitaire et le niveau croissant de l’insécurité alimentaire dans le territoire palestinien occupé, en particulier dans la Bande de Gaza ;

Affirmant la nécessité de garantir la couverture universelle par les services de santé et de maintenir le fonctionnement des services de santé publique dans le territoire palestinien occupé ;

Reconnaissant que la pénurie aiguë de ressources financières et médicales qui touche le Ministère palestinien de la Santé chargé du fonctionnement et du financement des services de santé publique compromet l’accès de la population palestinienne aux services curatifs et préventifs ;

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens à l’accès aux établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée ;

Déplorant les incidents liés à l’absence de respect et de protection à l’égard des ambulances et du personnel médical palestiniens imputables à l’armée israélienne qui ont fait des victimes parmi ce personnel, ainsi que les entraves apportées à leur liberté de mouvement par Israël, puissance occupante, en violation du droit humanitaire international ;

¹ Voir à l’annexe 6 les incidences financières et administratives qu’aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document WHA64/27.

Affirmant que le blocus se poursuit et que les points de passage ne sont pas entièrement et définitivement ouverts, ce qui veut dire que la crise et les souffrances qui ont commencé avant l'attaque israélienne contre la Bande de Gaza se poursuivent, entravant les efforts du Ministère palestinien de la Santé pour reconstruire les établissements détruits par les opérations militaires israéliennes à la fin de 2008 et en 2009 ;

Profondément préoccupée par les graves conséquences du mur sur l'accès de la population palestinienne aux services médicaux dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et sur la qualité de ces services ;

Profondément préoccupée également par les graves conséquences des restrictions imposées par Israël à la circulation des ambulances et du personnel médical palestiniens pour les femmes enceintes et les patients ;

1. EXIGE qu'Israël, puissance occupante :

- 1) mette fin immédiatement au bouclage du territoire palestinien occupé, en particulier à la fermeture des points de passage de la Bande de Gaza occupée à l'origine de la grave pénurie de médicaments et de fournitures médicales qui y règne, et respecte à cet égard les dispositions de l'Accord israélo-palestinien de novembre 2005 réglant les déplacements et le passage ;
- 2) abandonne les politiques et les mesures qui ont conduit à la situation sanitaire désastreuse et à la grave pénurie de vivres et de carburant dans la Bande de Gaza ;
- 3) donne suite à l'avis consultatif rendu par la Cour internationale de Justice le 9 juillet 2004 sur le mur qui a notamment de graves répercussions sur l'accès de la population palestinienne aux services médicaux dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et sur la qualité de ces services ;
- 4) facilite l'accès des patients et du personnel médical palestiniens aux établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée et à l'étranger ;
- 5) garantisse un passage sûr et sans entraves aux ambulances palestiniennes ainsi que le respect et la protection du personnel médical, conformément au droit humanitaire international ;
- 6) améliore les conditions de vie et l'état de santé des détenus palestiniens, en particulier les enfants, les femmes et les patients, et offre le traitement médical nécessaire aux détenus présentant de graves problèmes de santé et dont l'état se dégrade de jour en jour ;
- 7) facilite le transit et l'entrée des médicaments et du matériel médical dans le territoire palestinien occupé ;
- 8) assume ses responsabilités concernant les besoins humanitaires du peuple palestinien et l'accès quotidien à l'aide humanitaire, y compris les vivres et les médicaments, conformément au droit humanitaire international ;
- 9) renonce immédiatement à toutes ses pratiques et politiques, et à tous ses plans, y compris la politique de bouclage, qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;
- 10) respecte et facilite le mandat et les activités de l'UNRWA et d'autres organisations internationales et garantisse la libre circulation de leur personnel et des envois à des fins humanitaires ;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales :

- 1) d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;
- 2) de contribuer à satisfaire les besoins sanitaires et humanitaires d'urgence, ainsi que les importants besoins liés à la santé à moyen et à long terme, définis dans le rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;¹
- 3) d'inviter la communauté internationale à faire pression sur le Gouvernement israélien pour que le siège imposé à la Bande de Gaza occupée soit levé afin d'éviter que n'y soit gravement exacerbée la crise humanitaire, et à aider à faire lever les restrictions et les obstacles imposés à la population palestinienne, notamment à la libre circulation des personnes et du personnel médical dans le territoire palestinien occupé, et à amener Israël à assumer ses responsabilités juridiques et morales et à assurer aux populations civiles dans le territoire palestinien occupé, en particulier à Jérusalem-Est, la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux ;
- 4) de rappeler à Israël, puissance occupante, qu'elle est tenue de respecter la Quatrième Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (1949), qui s'applique au territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;
- 5) d'inviter toutes les organisations internationales s'occupant des droits de l'homme à intervenir d'urgence et immédiatement auprès de la puissance occupante, Israël, et à l'obliger à offrir des traitements médicaux adéquats aux prisonniers et détenus palestiniens qui présentent de graves problèmes de santé et dont l'état se dégrade de jour en jour, et d'exhorter les organisations de la société civile à faire pression sur la puissance occupante, Israël, pour qu'elle sauve la vie de détenus et libère immédiatement les cas critiques pour qu'ils soient pris en charge à l'extérieur, qu'elle permette aux femmes palestiniennes prisonnières de bénéficier d'un suivi et de soins médicaux pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et de donner naissance à leurs enfants dans de bonnes conditions sanitaires et humanitaires en présence de leurs parents et des membres de leur famille et pour qu'elle libère immédiatement tous les enfants détenus dans des prisons israéliennes ;
- 6) de fournir un appui et une assistance au Ministère palestinien de la Santé pour qu'il puisse s'acquitter de ses fonctions, notamment en ce qui concerne le fonctionnement et le financement des services de santé publique ;
- 7) d'apporter un soutien financier et technique aux services palestiniens de santé publique et de médecine vétérinaire ;

3. EXPRIME sa profonde reconnaissance à la communauté internationale des donateurs pour l'appui qu'elle fournit au peuple palestinien dans différents domaines, et demande instamment aux pays donateurs et aux organisations sanitaires internationales de continuer à apporter le soutien politique et financier nécessaire à la mise en œuvre du plan sanitaire 2008-2010 de l'Autorité palestinienne et à la mise en place d'un environnement politique propice à l'exécution de ce plan, dans le but de mettre fin à l'occupation et de créer l'État de Palestine tel que proposé par le Gouvernement palestinien qui s'emploie activement à créer les conditions nécessaires à sa mise en œuvre ;

¹ Document A62/24 Add.1.

4. EXPRIME sa profonde reconnaissance au Directeur général pour ses efforts en vue d'apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;
5. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir un appui aux services palestiniens de santé et de médecine vétérinaire et d'assurer notamment le renforcement de leurs capacités ;
 - 2) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;
 - 3) d'appuyer la création de services médicaux et d'apporter une assistance technique sanitaire à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;
 - 4) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;
 - 5) de fournir aussi un appui aux services palestiniens de santé et de médecine vétérinaire pour qu'ils se préparent à faire face à d'inhabituelles situations d'urgence ;
 - 6) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris des ressources humaines ;
 - 7) de mettre à disposition le rapport détaillé établi par la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;
 - 8) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 20 mai 2011 –
Commission B, premier rapport)

WHA64.5 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du groupe de travail à composition non limitée des États Membres sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages,²

Reconnaissant le travail accompli par les Coprésidents et par le Bureau du groupe de travail à composition non limitée ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/8 et A64/8 Corr.1.

Se félicitant des résultats obtenus par le groupe de travail à composition non limitée chargé d'élaborer le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (« le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique ») ;

Reconnaissant l'importante contribution de l'industrie à l'innovation technologique et au transfert de technologie pour relever les défis de la préparation et de la riposte en cas de grippe pandémique ;

1. ADOPTE, conformément à l'article 23 de la Constitution de l'OMS, le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, annexes comprises ;¹
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²
 - 1) à mettre en œuvre le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique ;
 - 2) à soutenir activement une large mise en œuvre du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, et à envisager de fournir des ressources adéquates pour sa mise en œuvre ;
3. EXHORTE les parties prenantes concernées à donner la priorité à la mise en œuvre du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique ;
4. PRIE le Directeur général, en consultation avec le Groupe consultatif :
 - 1) de mettre en œuvre le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique ;
 - 2) de suivre et d'examiner le fonctionnement du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique et de tous ses éléments, conformément aux dispositions de celui-ci ;
 - 3) de faire rapport, tous les deux ans, à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés en vue de l'application de la présente résolution.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, troisième rapport)

WHA64.6 Renforcement des personnels de santé³

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé ;⁴

Rappelant la résolution WHA57.19 sur les défis que posent les migrations internationales des personnels de santé, dans laquelle les États Membres sont, entre autres, instamment invités à élaborer des stratégies pour atténuer les effets néfastes de la migration des personnels de santé et en réduire le

¹ Voir à l'annexe 2 le texte du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique.

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

³ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

⁴ Documents A64/12 et A64/13.

plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé, et à formuler et appliquer des politiques qui permettraient de mieux retenir les personnels de santé ;

Rappelant également la résolution WHA59.23 sur l'accélération de la production des personnels de santé, dans laquelle l'Assemblée de la Santé reconnaît notamment que la pénurie d'agents de santé entrave les efforts entrepris pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Prenant note du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé,¹ aux termes duquel il est reconnu notamment que des effectifs suffisants et disponibles de personnels de santé sont un élément fondamental d'un système de santé intégré et efficace et pour la fourniture des services de santé essentiels, et que les États Membres devraient prendre des mesures pour répondre à leurs propres besoins en matière de personnels de santé, c'est-à-dire pour former, fidéliser et pérenniser un personnel de santé adapté aux conditions propres à chaque pays ;

Prenant note également de l'élaboration en cours des lignes directrices de l'OMS sur l'intensification, en tant que force de transformation, de la formation professionnelle des personnels de santé, qui est liée à l'augmentation équitable et efficace des effectifs, de la qualité et de la pertinence de l'éventail des compétences des personnels de santé ;

Reconnaissant que la quantité, la qualité et la pertinence sont des conditions indispensables pour développer durablement, en tant que force de transformation, le corps enseignant des établissements de formation aux professions de santé ;

Reconnaissant que les recruteurs et les employeurs sont des parties prenantes clés qui peuvent contribuer au succès de la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;

Notant avec approbation les récents appels internationaux à l'action considérant qu'il est important de veiller à l'accroissement et à une distribution équitable des personnels de santé aux niveaux mondial, régional et à l'intérieur des pays ;²

Reconnaissant que les ressources humaines pour la santé sont déterminantes pour le bon fonctionnement des systèmes de santé, comme le souligne le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*,³ et que les pénuries de personnels de santé et leurs carences compromettent également sérieusement la mise en œuvre efficace des soins de santé primaires, comme l'indique le *Rapport sur la santé dans le*

¹ Adopté dans la résolution WHA63.16.

² Notamment mais pas exclusivement la *Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale* de mars 2008 ; le communiqué du G8 de juillet 2008 ; le *rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé – Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 ; le Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé, 2009 ; et la *Déclaration finale de Venise sur le développement de synergies positives entre les initiatives sanitaires mondiales et les systèmes de santé, 2009*.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

monde, 2008,¹ ainsi que le développement de la couverture des services de santé, comme le décrit le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* ;²

Constatant avec une profonde préoccupation que les pénuries et la distribution inadaptée d'agents de santé qualifiés et motivés et les carences en matière de gestion et d'utilisation des personnels de santé restent un obstacle majeur au bon fonctionnement des systèmes de santé et constituent l'une des principales entraves à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Consciente que l'accroissement de la production et une meilleure fidélisation des agents de santé, en particulier dans les zones rurales, dépendent de divers facteurs, notamment d'un système de financement de la santé suffisant et pérenne, lui-même tributaire, dans une certaine mesure, de décisions prises hors du secteur de la santé, y compris dans les organisations internationales ;

Constatant que le manque d'éléments sur l'efficacité des politiques en matière de personnels de santé et l'absence de données exhaustives, fiables et actualisées, y compris d'outils analytiques, posent des difficultés importantes aux États Membres qui s'efforcent de mettre en place ou de conserver des effectifs de personnels de santé suffisants, pérennes et efficaces ;

Constatant avec inquiétude que de nombreux États Membres, en particulier ceux en butte à des pénuries ou des déséquilibres aigus d'effectifs d'agents de santé, souffrent aussi de l'absence de gouvernance, de moyens techniques et gestionnaires pour concevoir et mettre en œuvre des interventions de politique générale efficaces et liées à l'accroissement et à la fidélisation des personnels de santé ;

Consciente que des effectifs suffisants, compétents et pérennes de personnels de santé sont au cœur de systèmes de santé solides et sont une condition indispensable pour améliorer durablement la santé ;

Tenant compte de la répartition des responsabilités sanitaires entre les niveaux national et infranational de gouvernement, qui est spécifique des États fédéraux ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :³

1) à appliquer le Code de pratique mondial volontaire de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé afin que tant les pays d'origine que les pays de destination retirent des avantages des migrations internationales des personnels de santé et afin d'atténuer les effets négatifs de ces migrations sur les systèmes de santé, en particulier dans les pays en butte à des pénuries aiguës d'agents de santé ;

2) à faire des dépenses du secteur public consacrées à la santé une priorité, selon qu'il convient, dans le contexte économique mondial, de sorte qu'il y ait suffisamment de ressources financières disponibles pour mettre en œuvre les politiques et les stratégies destinées à accroître et fidéliser les effectifs des personnels de santé, en particulier dans les pays en développement,

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008.

² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

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

et à considérer ces dépenses comme un investissement dans la santé de la population qui contribue au développement social et économique ;

3) à envisager de dresser ou tenir à jour un plan national en matière de personnels de santé qui fasse partie intégrante d'un plan national de santé validé conformément aux responsabilités nationales et infranationales, en faisant davantage d'efforts pour assurer une mise en œuvre et un suivi efficaces, selon le contexte national ;

4) à utiliser et mettre en œuvre des conclusions et des stratégies fondées sur des données factuelles, y compris celles du Groupe spécial de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé chargé de l'intensification de la formation, pour intensifier avec succès la formation des agents de santé ;

5) à participer activement à l'élaboration en cours des lignes directrices générales de l'OMS sur l'intensification, en tant que force de transformation, de la formation professionnelle des personnels de santé, afin que les effectifs soient plus nombreux, de meilleure qualité et mieux adaptés pour correspondre aux besoins sanitaires des pays et au contexte dans lequel s'insèrent les systèmes de santé ;

6) à élargir, renforcer et orienter les établissements de formation aux professions de santé, au regard de la quantité, de la qualité et de l'éventail de compétences, pour qu'ils puissent contribuer de la façon voulue au développement de professionnels de la santé en tant que force de transformation ;

7) à mettre au point des stratégies et des politiques pour attirer davantage d'agents de santé motivés et qualifiés dans les zones isolées et les zones rurales, en se référant aux recommandations faites par l'OMS dans sa politique mondiale pour mettre davantage d'agents de santé à disposition dans les zones isolées et les zones rurales grâce à une meilleure fidélisation ;

8) à mettre en œuvre les recommandations pertinentes pour mieux fidéliser les agents de santé dans les zones rurales, notamment : amélioration des conditions de vie, création de milieux de travail sûrs et favorables, appui à la périphérie, organisation des carrières et programmes de promotion professionnelle, mise en place de réseaux professionnels d'appui, et reconnaissance sociale du dévouement du personnel de santé ;

9) à créer des capacités nationales, ou à les renforcer, en matière de systèmes d'information sur les personnels de santé afin d'orienter, d'accélérer et d'améliorer l'action nationale, y compris la collecte, le traitement et la diffusion d'informations sur leurs personnels de santé, notamment mais pas exclusivement les effectifs, les moyens d'enseignement et de formation, la distribution, les migrations et les dépenses ;

10) à collaborer avec d'autres secteurs pour apporter des éléments de preuve et introduire des interventions efficaces afin de s'attaquer à d'autres facteurs qui influent sur la disponibilité des agents de santé, dans les zones rurales ou isolées, comme le dénuement socio-économique, les barrières géographiques et la distance, les transports et l'acceptabilité des services ;

2. INVITE INSTAMMENT les organisations non gouvernementales, les organisations internationales, les donateurs internationaux, les institutions financières et de développement et autres organismes concernés travaillant dans les pays en développement :

1) à mettre en adéquation et à harmoniser, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et au Programme d'action d'Accra, les pratiques qu'ils

suivent en matière d'enseignement, de formation, de recrutement et d'emploi avec celles des pays dans lesquels ils sont basés, en particulier avec les plans de santé nationaux, le cas échéant, afin d'assurer cohérence et coordination et de seconder les États Membres dans les efforts qu'ils font pour se doter de personnels de santé pérennes, renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats sanitaires ;

2) à soutenir les stratégies et les interventions nationales à long terme afin de constituer et de pérenniser des effectifs de personnels de santé suffisants et compétents, y compris les investissements dans le personnel de demain ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à appliquer le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, y compris de fournir aux États Membres qui le demandent un appui technique pour l'application du Code mondial ;

2) de jouer un rôle dirigeant aux niveaux mondial et régional en apportant des éléments de preuve et en recommandant des interventions efficaces pour s'attaquer aux facteurs qui entravent la mise à disposition d'agents de santé ; de travailler en étroite collaboration avec les organismes partenaires au sein du système multilatéral sur les mesures appropriées qui aident les États Membres à conserver ou mettre en place des effectifs de personnels de santé suffisants, pérennes et compétents ; et de plaider pour que la question figure parmi les priorités du développement et de la recherche à l'échelle mondiale ;

3) de fournir un appui technique aux États Membres qui le demandent pour intensifier la formation des personnels de santé et mieux les fidéliser, y compris en définissant des politiques efficaces et efficientes en matière de personnels de santé et en dressant et en appliquant des plans nationaux de santé dans ce domaine ;

4) de fournir un appui aux États Membres qui le demandent pour renforcer leur capacité à assurer la coordination entre le ministère de la santé, d'autres ministères et d'autres parties prenantes concernant les questions de personnels de santé ;

5) d'encourager les États Membres à élaborer et maintenir un cadre pour les systèmes d'information sur les personnels de santé, et de leur fournir l'appui nécessaire à cet effet, afin qu'ils puissent recueillir, traiter et diffuser des informations sur leurs personnels de santé, y compris sur les effectifs, les migrations, les moyens d'enseignement et de formation, l'éventail de compétences, la distribution, les dépenses, les postes et les déterminants du changement ;

6) d'encourager les États Membres à soutenir l'élaboration en cours des lignes directrices de l'OMS sur l'intensification, en tant que force de transformation, de la formation professionnelle des personnels de santé, pour que les effectifs soient plus nombreux, de meilleure qualité et mieux adaptés, et pour remédier aux pénuries de ressources humaines pour la santé de façon équitable et efficace ;

7) de promouvoir la recherche intéressant tant les pays en développement que les pays développés sur les politiques et les interventions efficaces et efficientes pour accroître les effectifs des personnels de santé et mieux les fidéliser, dans le but de créer et de tenir à jour une base de données mondiale accessible sur les meilleures pratiques, les politiques et les interventions efficaces et efficientes en matière de personnels de santé, y compris en contribuant au renforcement de centres de connaissances qui permettent de s'appuyer sur des données factuelles et sur les meilleures pratiques pour trouver des solutions propres à chaque contexte ;

- 8) de renforcer les capacités du Secrétariat dans le but d'accorder un rang de priorité suffisamment élevé aux tâches s'inscrivant dans l'action que l'Organisation mène plus généralement pour faire face à la crise mondiale des personnels de santé ;
- 9) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, en combinaison avec le rapport concernant l'application de la résolution WHA63.16 sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA64.7 Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé ;²

Reconnaissant la nécessité de mettre en place des systèmes de santé nationaux durables et de renforcer les capacités nationales pour réduire les inégalités sanitaires ;

Reconnaissant l'importante contribution des personnels infirmiers et obstétricaux au renforcement des systèmes de santé, afin de favoriser l'accès des personnes à des services de santé complets, et aux efforts entrepris pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement et ceux des programmes de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Constatant avec inquiétude la pénurie persistante et la mauvaise distribution des personnels infirmiers et obstétricaux dans de nombreux pays et les répercussions de cette situation sur les soins de santé et à une plus grande échelle ;

Considérant la résolution WHA62.12 sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, qui appelle notamment au renouveau et au renforcement des soins de santé primaires et invite instamment les États Membres à former et à fidéliser un nombre suffisant d'agents de santé possédant l'éventail des compétences voulues, y compris au niveau des soins primaires, de personnels infirmiers et de sages-femmes, afin de remédier aux pénuries actuelles d'agents de santé et de répondre effectivement aux besoins de la population en matière de santé ;

Prenant note des initiatives de l'OMS en cours visant à intensifier la formation, en tant que force de transformation, des professionnels de la santé afin d'accroître les effectifs et l'éventail des compétences voulues pour répondre aux besoins des pays en matière de santé et tenir compte du contexte des systèmes de santé ;

Reconnaissant que les recommandations de portée mondiale adoptées par l'OMS pour mettre davantage d'agents de santé à disposition dans les zones isolées et les zones rurales grâce à une

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/12 et A64/13.

meilleure fidélisation¹ constituent une base factuelle pour l'élaboration de politiques nationales visant à fidéliser les personnels infirmiers et obstétricaux en milieu rural ;

Pretenant note du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;²

Réaffirmant l'appel lancé dans le cadre de la Déclaration conjointe OMS/UNFPA/UNICEF/ Banque mondiale sur la santé de la mère et du nouveau-né à l'intention des gouvernements et de la société civile en faveur du renforcement des capacités pour répondre à la nécessité urgente de disposer d'agents de santé qualifiés, en particulier les sages-femmes ;

Notant l'importance de la nature pluridisciplinaire de la participation, y compris celle des personnels infirmiers et obstétricaux, à une recherche de haute qualité qui fonde les politiques de santé et de systèmes de santé sur le savoir et les meilleures données scientifiques, comme cela est développé dans la Stratégie OMS de recherche pour la santé approuvée dans la résolution WHA63.21 ;

Notant que les personnels infirmiers et obstétricaux constituent la majorité des effectifs des systèmes de santé de nombreux pays, et reconnaissant que la prestation de services de santé compétents et fondés sur le savoir favorise au maximum le bien-être physique, psychologique, affectif et social des individus, des familles et des sociétés ;

Consciente de la fragmentation des systèmes de santé, de la pénurie des ressources humaines pour la santé et de la nécessité d'améliorer la collaboration dans les domaines de l'enseignement et de la pratique, et des services de soins de santé primaires ;

Ayant examiné les rapports sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA59.27 sur le renforcement des personnels infirmiers et obstétricaux ;³

Considérant les résolutions antérieures WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9, WHA48.8, WHA49.1, WHA54.12 et WHA59.27 visant à renforcer les soins infirmiers et obstétricaux, et les nouvelles orientations stratégiques pour les services de soins infirmiers et obstétricaux adoptées pour la période 2011-2015 ;⁴

Reconnaissant la nécessité d'améliorer la formation des personnels infirmiers et obstétricaux ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à concrétiser leur engagement en faveur du renforcement des soins infirmiers et obstétricaux par les moyens suivants :

- 1) définir des cibles et des plans d'action pour le développement des soins infirmiers et obstétricaux, faisant partie intégrante des plans de santé nationaux ou infranationaux, qui seront régulièrement réexaminés afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé et aux priorités des systèmes de santé, selon qu'il convient ;

¹ Organisation mondiale de la santé. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Genève, 2010.

² Adopté dans la résolution WHA63.16.

³ Documents A61/17 et A63/27.

⁴ Document WHO/HRH/HPN/10.1.

- 2) former des équipes de santé interdisciplinaires solides capables de faire face aux priorités sanitaires et aux priorités des systèmes de santé et reconnaissant la contribution particulière du savoir et des compétences en matière de soins infirmiers et obstétricaux ;
- 3) participer aux travaux en cours dans le cadre des initiatives de l’OMS visant à intensifier la formation, en tant que force de transformation, des personnels infirmiers et obstétricaux afin d’accroître les effectifs et l’éventail des compétences voulues d’une manière qui réponde aux besoins des pays en matière de santé et qui soit adaptée au contexte des systèmes de santé ;
- 4) collaborer dans leur Région et avec les personnels infirmiers et obstétricaux au renforcement de la législation nationale ou infranationale et de la réglementation qui régissent ces professions, y compris l’acquisition de compétences pour la formation pédagogique et technique du personnel infirmier et des sages-femmes, et de systèmes pour le maintien de ces compétences ; et accorder une attention particulière à la mise en place d’un ensemble complet d’activités pédagogiques nécessaires pour que les chercheurs en soins infirmiers et obstétricaux, les enseignants et les administrateurs atteignent le niveau de compétence requis ;
- 5) renforcer l’ensemble de données sur les personnels infirmiers et obstétricaux pour qu’elles fassent partie intégrante des systèmes d’information nationaux et infranationaux sur les personnels de santé, et optimiser l’utilisation de ces informations pour prendre des décisions politiques fondées sur des données factuelles ;
- 6) exploiter le savoir et les compétences des chercheurs en soins infirmiers et obstétricaux afin de réunir des données utiles pour l’innovation et l’efficacité des systèmes de santé ;
- 7) faire appel aux compétences des personnels infirmiers et obstétricaux pour la planification, l’élaboration, l’application et l’évaluation des politiques et la programmation en matière de santé et de système de santé ;
- 8) appliquer des stratégies visant à améliorer l’enseignement interprofessionnel et les modes de collaboration, y compris les services infirmiers communautaires, dans le cadre des soins centrés sur la personne ;
- 9) associer les personnels infirmiers et obstétricaux à l’élaboration et à la planification de programmes de ressources humaines propices à des mesures incitatives pour le recrutement et la fidélisation, et de stratégies visant à améliorer des aspects comme la rémunération, les conditions d’emploi, les plans de carrière et l’avancement, et la mise en place de milieux de travail satisfaisants ;
- 10) promouvoir la mise en place de dispositifs nationaux et infranationaux en vue de mettre au point et d’appuyer les interventions efficaces proposées dans les recommandations de portée mondiale pour mettre davantage d’agents de santé à disposition dans les zones isolées et les zones rurales grâce à une meilleure fidélisation ;¹
- 11) appliquer le Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé, vu les conséquences qu’entraîne dans les pays la perte de personnel infirmier qualifié, aux niveaux national et local, selon qu’il convient ;

¹ Organisation mondiale de la santé. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Genève, 2010.

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer la capacité de l'OMS à élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces de soins infirmiers et obstétricaux par un investissement continu et la nomination de personnels infirmiers et de sages-femmes qualifiés à des postes de spécialistes au Secrétariat aussi bien au Siège que dans les Régions ;
- 2) de faire appel au savoir et aux compétences du Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux pour l'élaboration des politiques et des programmes essentiels portant sur les systèmes de santé, les déterminants sociaux de la santé, les ressources humaines pour la santé et les objectifs du Millénaire pour le développement ;
- 3) de fournir un appui technique et des données factuelles pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de programmes d'enseignement interprofessionnel, de collaboration et de services infirmiers communautaires ;
- 4) de fournir un appui aux États Membres pour que les soins infirmiers et obstétricaux contribuent de façon optimale à la réalisation des politiques de santé nationales et des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
- 5) d'encourager les personnels infirmiers et obstétricaux à participer à la planification intégrée des ressources humaines pour la santé, en ce qui concerne notamment les stratégies permettant de conserver des effectifs suffisants de personnels infirmiers et obstétricaux compétents ;
- 6) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, en combinaison avec le rapport concernant l'application de la résolution WHA63.16 sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA64.8 Renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Renforcement des systèmes de santé : améliorer le soutien au dialogue de politique générale au sujet des politiques, des stratégies et des plans sanitaires nationaux » ;²

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/12.

Tenant compte de l'importance des grandes orientations suggérées dans les rapports sur la santé dans le monde, 2008 et 2010 ;¹ de la résolution WHA62.12 sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris ; de la résolution EUR/RC60/R5 « Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS », de la résolution WPR/RC61.R2 « Stratégie pour des systèmes de santé fondés sur les valeurs des soins de santé primaires dans la Région du Pacifique occidental » et de la résolution AFR/RC60/R1 « Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la Région africaine » ; du document AFR/RC60/7 « Renforcement des systèmes de santé : amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires », et du document SEA/RC63/9 sur l'élaboration de plans et de stratégies nationaux de santé ;

Reconnaissant que des politiques, stratégies et plans nationaux de santé solides et réalistes sont essentiels pour le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires ;

Soulignant l'importance des politiques, stratégies et plans cohérents et équilibrés régis par les ministères de la santé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant que de nombreux États Membres se sont efforcés de veiller à ce que leurs politiques, stratégies et plans nationaux de santé répondent mieux aux attentes croissantes en matière d'amélioration de la santé et des services ;

Notant qu'un dialogue de politique générale participatif associant un large éventail de partenaires, au sein du gouvernement et au-delà, y compris les organisations de la société civile, le secteur privé, ainsi que les professionnels de la santé et les milieux universitaires, dans le secteur de la santé et d'autres secteurs, est essentiel pour accroître la probabilité de déboucher sur des politiques, stratégies et plans nationaux bien conçus et mis en œuvre et donnant les résultats escomptés ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à faire preuve d'initiative et à prendre une part active au processus d'élaboration de politiques et stratégies nationales ou infranationales de santé solides, reposant sur des consultations larges et constantes et sur la participation de tous les partenaires concernés ;
- 2) à fonder leurs politiques, stratégies et plans nationaux ou infranationaux de santé sur les objectifs généraux de la couverture universelle, les soins primaires centrés sur la personne et la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, ainsi que sur un bilan complet et équilibré reposant sur des données factuelles concernant la situation sanitaire du pays et son système de santé ;
- 3) à faire en sorte que les politiques, stratégies et plans nationaux ou infranationaux de santé soient ambitieux mais réalistes au regard des ressources disponibles et des capacités du personnel et des institutions, et qu'ils concernent l'ensemble du secteur de la santé, public comme privé, et les déterminants sociaux de la santé ;

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008 ; et Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

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

- 4) à faire en sorte que les politiques, stratégies et plans nationaux de santé soient intégrés aux plans opérationnels infranationaux, aux programmes de lutte contre les maladies ou aux programmes applicables à tous les stades de la vie, et qu'ils soient liés aux questions générales de politique et de développement du pays ;
 - 5) à suivre, examiner et ajuster régulièrement leurs politiques, stratégies et plans nationaux ou infranationaux de santé en vue de formuler des réponses reposant sur des données factuelles à l'évolution des enjeux et des opportunités, et à associer l'ensemble des parties prenantes ;
 - 6) à renforcer leurs capacités institutionnelles, selon les besoins, pour harmoniser et coordonner les programmes des donateurs avec les politiques, stratégies, priorités et plans nationaux ;
 - 7) à promouvoir l'engagement et l'habilitation de toutes les parties prenantes, y compris la société civile et les communautés, le secteur privé, les professionnels de la santé et les milieux universitaires, afin qu'elles participent activement et efficacement au dialogue sur les résultats des politiques, stratégies et plans nationaux ;
2. EXHORTE les organismes de développement et les autres partenaires à renforcer leur adhésion aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, alignement, harmonisation, résultats et responsabilité mutuelle – en encourageant les initiatives par le biais de dispositifs comme le Partenariat international pour la santé ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de renouveler le rôle de l'Organisation au niveau des pays pour faciliter un dialogue participatif sur les politiques, stratégies et plans nationaux de santé, de faire en sorte que cela se reflète dans les plans de travail et les activités de toute l'Organisation, et de fournir un appui technique pour la conduite du processus de planification, selon les besoins ;
 - 2) de promouvoir les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, alignement, harmonisation, résultats et responsabilité mutuelle – sur la base des priorités énoncées dans les politiques, stratégies et plans nationaux de santé ;
 - 3) de soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils font pour prendre une part active à l'appui technique qu'ils reçoivent et pour en assurer la qualité et la coordination, et de favoriser un apprentissage et une coopération au niveau régional et entre les pays ;
 - 4) de renforcer à tous les niveaux la capacité de l'Organisation à soutenir de façon accrue et intégrée le dialogue national sur les politiques, stratégies et plans nationaux de santé ;
 - 5) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis, les obstacles rencontrés et les résultats obtenus concernant le renforcement de l'appui fourni aux États Membres pour favoriser le dialogue national sur les politiques, stratégies et plans nationaux de santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA64.9 Structures durables de financement de la santé et couverture universelle¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé ;²

Ayant examiné aussi le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*,³ qui a reçu un large soutien à la Conférence ministérielle internationale sur le financement des systèmes de santé – Clé de la couverture universelle (Berlin, novembre 2010) ;

Rappelant la résolution WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale ;

Rappelant également les dispositions de l'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, et a aussi droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ;

Reconnaissant que des systèmes de santé efficaces fournissant des services de santé complets, y compris des services de prévention, sont de la plus haute importance pour la santé, le développement économique et le bien-être, et que ces systèmes doivent reposer sur un financement équitable et durable, comme indiqué dans la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (2008) ;

Soulignant que des structures de financement justes et durables contribuent très utilement à la réalisation, parmi les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, des objectifs 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies), ainsi qu'à la réalisation de l'objectif 1 (Éliminer l'extrême pauvreté et la faim) ;

Ayant examiné le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*⁴ et la résolution WHA62.12, soulignant que la couverture universelle est l'un des quatre piliers fondamentaux des soins et des services de santé primaires avec les soins centrés sur le patient, une direction globale de l'action de santé et l'intégration de la santé dans toutes les politiques ;

Notant que les structures de financement de la santé de nombreux pays doivent être encore développées et soutenues si l'on veut élargir l'accès aux soins et aux services de santé nécessaires pour tous, tout en conférant une protection contre les risques financiers catastrophiques et en les prévenant ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/12 et A64/13.

³ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008.

Convenant que, quelle que soit la source de financement du système de santé retenue, il est essentiel de recourir à un prépaiement équitable et à une mise en commun dans la population, et d'éviter, au point de prestation, les paiements directs qui entraînent catastrophe financière et appauvrissement, pour instaurer la couverture sanitaire universelle ;

Considérant que le choix d'un système de financement de la santé devrait être fait dans le contexte particulier de chaque pays, et qu'il est important de réglementer et de maintenir les fonctions fondamentales de répartition des risques, d'achat et de fourniture des services de base ;

Reconnaissant qu'un certain nombre d'États Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé et un financement mixte fondé sur des cotisations et des recettes fiscales ;

Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'État avec l'appui de la société civile, pour poursuivre la réforme des systèmes de financement de la santé en vue de parvenir à la couverture universelle ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à veiller à ce que les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au point de prestation et comportent une méthode de prépaiement des cotisations financières pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques sur l'ensemble de la population pour éviter les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement des personnes ayant eu à se faire soigner ;
- 2) à viser la couverture universelle d'un coût abordable et l'accès universel aux soins de santé pour tous sur une base d'équité et de solidarité, de façon à offrir un éventail suffisant de soins et de services de santé et une couverture suffisante des dépenses, ainsi que des services de prévention complets et d'un coût abordable moyennant le renforcement d'une budgétisation équitable et durable des ressources financières ;
- 3) à continuer, le cas échéant, à consentir des investissements en faveur de systèmes de prestation des soins, en particulier les soins et services de santé primaires, et de ressources humaines suffisantes pour la santé et les systèmes d'information sanitaire – et à les renforcer – pour faire en sorte que chacun ait un accès équitable aux soins et services de santé ;
- 4) à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés à des interventions sanitaires spécifiques ne détournent pas l'attention accordée aux priorités sanitaires du pays, mettent en œuvre de plus en plus les principes d'efficacité de l'aide et contribuent de façon prévisible à un financement durable ;
- 5) à planifier la transition de leur système de santé vers la couverture universelle tout en continuant à préserver la qualité des services et à répondre aux besoins de la population afin de réduire la pauvreté et d'atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement ;
- 6) à reconnaître que, lors de la transition de leur système de santé vers la couverture universelle, il faudra mettre au point chaque option en tenant compte du contexte épidémiologique, macroéconomique, socioculturel et politique particulier de chaque pays ;

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

- 7) à tirer parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration qui existent entre les prestataires publics et privés et les organismes de financement de la santé, sous une tutelle ferme comprenant les pouvoirs publics ;
- 8) à promouvoir l'efficacité, la transparence et la responsabilité des systèmes de gouvernance du financement de la santé ;
- 9) à faire en sorte que dans l'allocation générale des ressources un équilibre approprié soit établi entre promotion de la santé, prévention de la maladie, réadaptation et fourniture des soins de santé ;
- 10) à échanger leurs données d'expérience et les enseignements importants au niveau international afin d'encourager les initiatives nationales, de soutenir les décideurs et de promouvoir le processus de réforme ;
- 11) à établir et renforcer les capacités institutionnelles permettant de générer des données factuelles au niveau des pays et de favoriser l'adoption de décisions de politique générale efficaces, fondées sur des données factuelles, concernant la conception des systèmes de couverture sanitaire universelle, y compris le suivi des flux des dépenses de santé par l'application de cadres de comptabilité types ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de rendre le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies attentif à l'importance de la question de la couverture sanitaire universelle pour qu'elle soit examinée par l'Assemblée générale des Nations Unies à une prochaine session ;
- 2) d'établir un rapport sur les mesures prises et les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA58.33, notamment en ce qui concerne le financement équitable et durable de la santé et la protection sociale de la santé dans les États Membres ;
- 3) de collaborer étroitement avec les autres organisations du système des Nations Unies, les partenaires internationaux du développement, les fondations, les universités et les organisations de la société civile pour encourager les mesures destinées à instaurer la couverture universelle ;
- 4) d'établir un plan d'action qui permette au Secrétariat de soutenir les États Membres en vue de la réalisation de la couverture universelle, telle qu'elle est envisagée dans la résolution WHA62.12 et dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* ;¹
- 5) de préparer une estimation, ventilée par pays et Régions, du nombre de personnes couvertes par l'assurance-maladie de base donnant accès à des soins et services de santé de base ;
- 6) d'apporter, en réponse aux demandes des États Membres, un soutien technique au renforcement des capacités et des compétences pour la mise en place de systèmes de financement de la santé, en particulier de systèmes équitables de prépaiement, en vue d'instaurer la couverture universelle moyennant la fourniture de soins et services de santé

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

complets pour tous, y compris le renforcement des capacités de contrôle des flux de ressources par l'application de cadres de comptabilité types ;

7) de faciliter dans le cadre des instances existantes l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur la protection sociale en matière de santé et la couverture universelle ;

8) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, puis tous les trois ans, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution, y compris sur les questions en suspens soulevées par les États Membres lors de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA64.10 Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé ;²

Rappelant les résolutions WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe et WHA59.22 sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, la résolution WHA61.19 sur le changement climatique et la santé, ainsi que les autres résolutions et plans d'action de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux, entre autres, sur la sécurité sanitaire et le Règlement sanitaire international (2005), la préparation aux pandémies, la sécurité des hôpitaux et d'autres questions liées aux situations d'urgence et aux catastrophes aux niveaux local, infranational et national ;

Rappelant également la résolution 60/195, qui approuve la Déclaration de Hyogo et le Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes, ainsi que les résolutions 61/198, 62/192, 63/216, 64/200 et 64/251 de l'Assemblée générale des Nations Unies dans lesquelles les États Membres sont invités, entre autres, à redoubler d'efforts pour mettre en œuvre le Cadre d'action de Hyogo et à renforcer à tous les niveaux les mesures de réduction des risques et de préparation aux situations d'urgence, et dans lesquelles la communauté internationale et les entités concernées des Nations Unies sont encouragées à appuyer les efforts fournis au niveau national pour renforcer les capacités de préparation et de riposte aux catastrophes ;

Réaffirmant que les pays devraient protéger la santé, la sécurité et le bien-être de leur population et garantir la résilience et l'autonomie des systèmes de santé, si importantes pour réduire les risques et la vulnérabilité en matière de santé et pour mener une action efficace de riposte et de relèvement en cas de situations d'urgence et de catastrophes ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/12 et A64/13.

Déplorant le tribut tragique et très lourd en termes de pertes de vies humaines ainsi que les traumatismes, les maladies et les incapacités imputables aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux crises de toutes sortes ;

Sachant que les situations d'urgence et les catastrophes endommagent et détruisent également les hôpitaux et des pans de l'infrastructure sanitaire, réduisent la capacité des systèmes de santé à assurer des prestations sanitaires, et retardent le développement sanitaire ainsi que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Profondément préoccupée à l'idée que la persistance de la pauvreté, l'urbanisation croissante et le changement climatique devraient accroître les risques pour la santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes et l'impact de ces dernières dans de nombreux pays et collectivités ;

Reconnaissant que les mesures prises contre les risques pour la santé qui résultent de dangers d'origine naturelle, biologique, technologique et sociétale, y compris les interventions d'urgence immédiate, incombent pour la plupart à des acteurs œuvrant aux niveaux local et national dans toutes les disciplines de la santé, dont la prise en charge d'un grand nombre de blessés, la santé mentale et les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles, la salubrité de l'environnement, la santé maternelle et néonatale, la santé génésique et la nutrition, ainsi que les autres questions connexes ;

Reconnaissant que les représentants d'autres secteurs et disciplines contribuent à la santé et au bien-être des populations exposées à des situations d'urgence et à des catastrophes, notamment les collectivités locales, les urbanistes, les architectes, les ingénieurs, les services de secours d'urgence et de protection civile et les milieux universitaires ;

Notant avec inquiétude que les moyens dont disposent les pays et les collectivités pour gérer les situations d'urgence et les catastrophes majeures sont souvent insuffisants et que la coordination, les communications et la logistique se révèlent fréquemment comme les maillons les plus faibles des dispositifs de gestion des urgences sanitaires ;

Notant avec satisfaction que certains pays, dont des pays à faible revenu ou émergents, sont parvenus à réduire la mortalité et la morbidité liées aux catastrophes en investissant dans l'adoption de mesures de réduction des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes avec le soutien de partenaires locaux, régionaux et mondiaux ;

Reconnaissant par ailleurs que l'OMS joue un rôle important, en tant que membre du système de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes des Nations Unies et chef de file du Groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire, et qu'elle collabore étroitement avec d'autres membres de la communauté internationale, tels le Secrétariat de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes, le PNUD, l'UNICEF, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres organisations non gouvernementales, pour renforcer les capacités nationales et développer les capacités institutionnelles de gestion plurisectorielle des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes, parmi lesquelles figure la prévention des catastrophes ;

Se référant à la Stratégie internationale de prévention des catastrophes des Nations Unies, à la campagne mondiale de réduction des catastrophes 2008-2009 « Pour des hôpitaux à l'abri des catastrophes », à la campagne mondiale 2010-2011 « Pour des villes résilientes », à la Journée mondiale de la Santé 2008 sur le changement climatique et la santé, à la Journée mondiale de la Santé 2009 sur la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence et à la Journée mondiale de la Santé 2010 sur la santé en milieu urbain, qui se sont traduites par des mesures locales, infranationales, nationales et mondiales sur la réduction des risques pour la santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes ;

Reconnaissant en outre qu'une amélioration du bilan sanitaire des situations d'urgence et des catastrophes exigerait que soient prises d'urgence des mesures supplémentaires aux niveaux national, régional et mondial de manière à ce que la réduction des risques sanitaires aux niveaux local, infranational et national et les interventions globales en cas de situations d'urgence et de catastrophes soient opportunes et efficaces, et à ce que les services de santé restent opérationnels quand ils sont le plus nécessaires, sachant que les situations d'urgence et les catastrophes affectent différemment les hommes et les femmes ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à renforcer les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques liés aux catastrophes (dont la prévention des catastrophes, la préparation aux situations d'urgence et l'organisations des secours)² dans le cadre des systèmes nationaux et infranationaux de santé, appuyés par des mesures législatives, réglementaires et d'autres dispositions, et moyennant leur application efficace, afin d'améliorer le bilan sanitaire, de réduire la mortalité et la morbidité, de protéger les infrastructures de santé et d'accroître la résilience des systèmes de santé et de la société en général tout en intégrant à chacune des phases de ces programmes une démarche d'équité entre les sexes ;
- 2) à intégrer des programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques liés aux catastrophes (dont la prévention des catastrophes) dans des plans nationaux ou infranationaux d'action sanitaire et à institutionnaliser les capacités d'interventions sanitaires et multisectorielles coordonnées permettant d'évaluer et de prévenir les risques et de se préparer aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux autres crises, d'y faire face et de se relever ;
- 3) à faciliter l'accès des gouvernements et autres organismes apparentés concernés à l'information sur les types et quantités de matières dangereuses stockées, utilisées ou transportées afin de soutenir une gestion efficace des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes ;
- 4) à mettre au point des programmes de sécurisation et de préparation des établissements hospitaliers garantissant que les hôpitaux et centres de santé nouvellement créés soient installés et construits de manière à résister aux dangers locaux, que la sécurité des installations existantes soit évaluée et fasse éventuellement l'objet de mesures correctives, et que tous les établissements de santé soient préparés à faire face à des urgences internes et externes ;
- 5) à établir, à promouvoir et à encourager une collaboration aux niveaux régional et infrarégional, ainsi qu'une coopération interrégionale dans le cadre de l'OMS, notamment la mise en commun des données d'expérience et des compétences susceptibles de favoriser le développement des capacités de réduction des risques, les opérations de secours et le relèvement ;
- 6) à renforcer le rôle que joue le personnel de santé local dans le système de gestion des urgences sanitaires, pour garantir un encadrement et des prestations de santé au niveau local par une amélioration de la planification, de la formation de tous les agents de santé et de l'accès à d'autres ressources ;

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

² La gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes comprend l'ensemble des mesures prises pour évaluer les risques et les prévenir, se préparer aux urgences, catastrophes et autres crises, y faire face et se relever.

2. EXHORTE les États Membres, les donateurs et les acteurs de la coopération pour le développement à allouer des ressources suffisantes aux programmes de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes et à leurs partenaires par le biais de la coopération internationale pour le développement, par des appels à des actions humanitaires et par un soutien au rôle de l'OMS dans les domaines relatifs à la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que l'OMS, à tous les niveaux, dispose de capacités et de ressources accrues et tire le meilleur parti possible de son expertise dans toutes les disciplines qui relèvent de sa compétence de manière à fournir les conseils et le soutien technique nécessaires à ses États Membres et à ses partenaires pour la mise en place de programmes de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes aux niveaux national, infranational et local ;

2) de renforcer sa collaboration, et d'en garantir la cohérence et la complémentarité, avec les entités concernées, notamment les entités des secteurs public, privé, non gouvernemental et universitaire, pour appuyer la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, dont la prévention des catastrophes, aux niveaux des pays et des collectivités, ainsi que les mesures prises actuellement par les États Membres pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005) ;

3) de constituer une base de données factuelles plus solide sur la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, et notamment de renforcer la recherche opérationnelle et les évaluations économiques ;

4) d'appuyer des évaluations nationales et infranationales des risques et des capacités de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes afin de stimuler l'action et de renforcer les capacités nationales et infranationales de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, dont la prévention des catastrophes ;

5) de faire rapport à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ;

6) d'envisager, selon qu'il conviendra, de soutenir les réseaux régionaux et sous-régionaux, ainsi que la coopération interrégionale avec l'OMS, afin de renforcer leur collaboration en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA64.11 Préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, faisant suite à la Conférence de Moscou^{1,2}

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le rôle de l'OMS dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;³

Profondément préoccupée par le fait que la charge et la menace mondiales des maladies non transmissibles continuent d'augmenter, en particulier dans les pays en développement, et convaincue qu'une action mondiale et des mesures urgentes s'imposent et qu'il faut notamment combattre efficacement les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles ;

Réaffirmant sa volonté d'atteindre le but de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, qui est de réduire la mortalité prématurée et d'améliorer la qualité de la vie ;⁴

Rappelant en outre la résolution 64/265 de l'Assemblée générale des Nations Unies, par laquelle celle-ci a décidé de tenir en septembre 2011 une réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, avec la participation de chefs d'État et de gouvernement, ainsi que la résolution 65/238 sur la portée, les modalités, la forme et l'organisation de la réunion de haut niveau ;

Consciente du rôle moteur que joue l'Organisation mondiale de la Santé, principale institution spécialisée dans le domaine de la santé, et réaffirmant que l'OMS doit jouer un rôle de chef de file en s'attachant à promouvoir une action mondiale contre les maladies non transmissibles ;

Prenant note avec satisfaction du premier rapport de situation mondial sur les maladies non transmissibles, publié par l'OMS le 27 avril 2011, qui peut être utile au processus préparatoire de la Réunion de haut niveau ;

Notant par ailleurs les résultats des consultations régionales que l'OMS a tenues en collaboration avec les États Membres, avec l'appui des institutions et entités compétentes du système des Nations Unies, qui contribueront à la préparation de la Réunion de haut niveau ainsi qu'à la Réunion elle-même ;

Accueillant avec satisfaction les résultats de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisée par la Fédération de Russie et l'OMS les 28 et 29 avril 2011 à Moscou ;

1. APPROUVE la Déclaration de Moscou,⁵ y compris comme contribution essentielle à la préparation de la Réunion de haut niveau ;

¹ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, Fédération de Russie, 28-29 avril 2011).

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

³ Document A64/21.

⁴ Voir la résolution WHA53.17.

⁵ Voir l'annexe 3.

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à continuer de contribuer à la préparation de la Réunion de haut niveau à l'échelle nationale, régionale et internationale, y compris lorsque cela est faisable et pertinent, par une analyse de la situation concernant les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, et par une évaluation des capacités nationales et de l'action des systèmes de santé face aux maladies non transmissibles ;
- 2) à se faire représenter au niveau des chefs d'État et de gouvernement à la Réunion de haut niveau et à lancer un appel à l'action dans un document final concis et pragmatique ;
- 3) à envisager, selon qu'il conviendra, d'inclure dans leur délégation à la Réunion de haut niveau des parlementaires et des représentants de la société civile, dont les organisations non gouvernementales, les milieux universitaires et les réseaux s'intéressant à la maîtrise et à la prévention des maladies non transmissibles ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de veiller à ce que l'OMS continue à jouer un rôle moteur en tant que principale institution spécialisée dans le domaine de la santé, agissant de façon coordonnée avec le système des Nations Unies, ses institutions spécialisées, ses fonds et ses programmes et avec d'autres organisations intergouvernementales et organismes financiers internationaux compétents, pour fournir un appui aux États Membres, notamment :
 - i) en entreprenant une action concertée et une riposte coordonnée qui permettent de faire face rapidement et comme il convient aux problèmes que posent les maladies non transmissibles, y compris en exploitant mieux les analyses de situation concernant les maladies non transmissibles et les facteurs de risque ; et
 - ii) en mettant en lumière les conséquences sociales et économiques des maladies non transmissibles, y compris les défis financiers, en particulier dans les pays en développement ;
- 2) de tenir compte des résultats de la Conférence de Moscou dans la préparation de la Réunion de haut niveau ;
- 3) de faire en sorte que le Secrétariat dispose de ressources humaines et financières suffisantes pour préparer la Réunion de haut niveau et donner suite sans retard aux recommandations qui y seront faites ;
- 4) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les résultats de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles et de la Réunion de haut niveau, et de dresser, avec les institutions et entités compétentes du système des Nations Unies, un plan de mise en œuvre et de suivi de ces résultats qui indique leurs incidences financières et qui sera soumis à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, cinquième rapport)

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

WHA64.12 Rôle de l’OMS dans le suivi de la Réunion plénière de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010)¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;²

Rappelant les résolutions WHA63.15 et WHA61.18 sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, ainsi que la résolution WHA63.24 intitulée « Progrès accélérés en vue d’atteindre l’objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l’enfant : prévention et traitement de la pneumonie » ;

Exprimant sa profonde préoccupation devant la lenteur des progrès accomplis en vue d’atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l’enfant et améliorer la santé maternelle ;

Constatant qu’il faut faire beaucoup plus pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement étant donné que les progrès ont été inégaux d’une Région à l’autre ainsi que d’un pays à l’autre et à l’intérieur d’un même pays, même si les pays en développement ont fait des efforts importants ;

Reconnaissant que des soins prénatals adéquats réduisent le risque de mortalité maternelle, de prématurité et d’autres complications de la grossesse et de l’accouchement qui peuvent avoir des répercussions défavorables sur la santé de la mère et du nouveau-né ;

Reconnaissant également qu’il faut s’efforcer d’améliorer la transparence et la responsabilisation en matière de coopération internationale pour le développement dans le domaine de la santé, tant dans les pays donateurs que dans les pays en développement, en se concentrant sur l’obtention de ressources financières suffisantes et prévisibles ainsi que sur l’amélioration de leur qualité et de leur ciblage ;

Accueillant avec satisfaction la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l’enfant du Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies, présentée à la Réunion plénière de haut niveau de l’Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010), et constatant le solide engagement politique et financier des États Membres en faveur du suivi et de la mise en œuvre de la Stratégie ;

Notant que le Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies a demandé que l’OMS prenne la tête d’un processus visant à définir les modalités institutionnelles internationales les plus efficaces pour le compte rendu, la surveillance et la redevabilité en matière de santé de la femme et de l’enfant au niveau mondial, y compris par le biais du système des Nations Unies ;

Soulignant que le suivi des flux de ressources et des résultats est un élément indispensable pour améliorer la responsabilisation et la réactivité des gouvernements et des partenaires internationaux du développement face aux problèmes de santé ;

¹ Voir à l’annexe 6 les incidences financières et administratives qu’aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A64/11 et A64/11 Add.1.

Se félicitant également de la création de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, composée de représentants de haut niveau ;

Soulignant qu'il faudrait aussi s'intéresser aux préoccupations concernant l'équité et les droits en matière de santé dans le cadre des efforts déployés pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Soulignant par ailleurs que la Commission devrait prendre en compte les données pertinentes déjà recueillies, ainsi que les indicateurs de performance existants ;

Se félicitant du rapport final de la Commission et de la série de recommandations qu'il contient visant à renforcer le compte rendu des résultats et de l'utilisation des ressources concernant la santé de la femme et de l'enfant ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres¹ à mettre en œuvre les recommandations formulées par la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant afin d'aboutir à un meilleur compte rendu des résultats et de l'utilisation des ressources ;
2. PRIE le Conseil exécutif d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission à partir de sa cent trentième session en janvier 2012 ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de veiller à ce que toutes les parties prenantes s'engagent effectivement dans le suivi des travaux de la Commission ;
 - 2) de faire rapport chaque année jusqu'en 2015 à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans le cadre de l'examen du point de l'ordre du jour relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA64.13 Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale²

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;³

Rappelant la résolution WHA58.31 qui prône la couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants ;

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

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

³ Documents A64/11 et A64/11 Add.1.

Rappelant également les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, assortis de leurs cibles respectives tendant à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans des deux tiers et la mortalité maternelle des trois quarts entre 1990 et 2015 ;

Reconnaissant l'importance de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée en septembre 2010 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et se félicitant du rapport de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant ;

Reconnaissant par ailleurs le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui traduit l'intérêt international croissant pour cette question et l'importance de plus en plus grande qui lui est accordée, et qui vise à coordonner et intensifier les activités menées aux niveaux national, régional et mondial, en assurant la continuité des soins prodigués aux mères et aux enfants pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Tenant compte de la demande des États Membres de mettre en œuvre les stratégies régionales de l'OMS ;

Consciente que les États Membres de l'OMS ont entrepris un certain nombre d'actions et de programmes pour réduire la morbidité et la mortalité périnatale et néonatale et atteindre les cibles dont sont assortis les objectifs du Millénaire pour le développement, en mettant au point leurs *plans nationaux de réduction accélérée de la mortalité de la mère et de l'enfant*, afin d'améliorer les soins prodigués aux femmes en âge de procréer et aux nouveau-nés du point de vue de l'accès équitable, des délais, de la continuité des soins et de la qualité ;

Notant que l'Assemblée mondiale de la Santé a conclu que les progrès accomplis sur la voie de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement sont insuffisants et inégaux, qu'une augmentation du taux de mortalité maternelle a été observée dans plusieurs pays et que, si des progrès ont été faits dans la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité de l'enfant), la situation stagne pour ce qui est de réduire la mortalité périnatale et néonatale ;

Préoccupée par le volume limité de ressources dont disposent les pays en développement pour prévenir la maladie et traiter les nouveau-nés, situation qui contribue à un taux de mortalité périnatale et néonatale élevé ;

Reconnaissant par ailleurs les indications selon lesquelles l'allaitement maternel précoce et exclusif réduit sensiblement la mortalité périnatale et néonatale, et rappelant, à cet égard, l'importance que revêt la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'application de la résolution WHA63.23 et des autres résolutions apparentées ;

Reconnaissant en outre que la mortalité périnatale et néonatale est un fardeau social et économique important qui grève lourdement les pays et en particulier les pays en développement, que les taux devraient être réduits à la fois en prévenant les problèmes les plus courants, comme la prématurité, l'accident septique et les affections respiratoires, et en appliquant des interventions de base d'un coût faible, efficaces et fondées sur des données scientifiques solides ;

Reconnaissant également que l'accès universel à des interventions de santé périnatale et néonatale d'un bon rapport coût/efficacité, y compris par la prestation de services périphériques, familiaux, communautaires et de services de prévention, de promotion et de traitement en établissement, réduit en très grande proportion les décès au cours de la période périnatale et néonatale dans le monde ;

Consciente que la réalisation des cibles des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement nécessitera des efforts sanitaires et intersectoriels intenses ainsi qu'un haut niveau d'engagement politique ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à faire en sorte que les autorités sanitaires des pays qui enregistrent un taux élevé de mortalité périnatale et néonatale utilisent leurs fonctions de tutelle et de direction pour mobiliser d'autres institutions et secteurs et ainsi réduire davantage la mortalité néonatale et périnatale évitable en améliorant la continuité des soins prodigués aux mères et aux enfants ;

2) à affermir encore l'engagement politique en faveur d'une mise en œuvre effective des plans nationaux, régionaux et/ou mondiaux existants, par l'application de stratégies et d'interventions fondées sur des données factuelles, y compris l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », pour améliorer la santé périnatale et néonatale et élargir l'accès équitable à des services de santé de qualité pour la mère, le nouveau-né et l'enfant ;

3) à faire des soins périnataux et néonataux une priorité et à élaborer, s'il y a lieu, des plans pour un accès universel à des interventions d'un bon rapport coût/efficacité parmi lesquelles des mesures de lutte contre les accidents septiques et les infections nosocomiales, des initiatives d'information et de communication favorisant les changements de comportement, le recours à des accoucheuses qualifiées, des soins postnatals précoces ainsi qu'un allaitement maternel précoce et exclusif ;

4) à renforcer le système de surveillance de la mortalité périnatale et néonatale, notamment la collecte de données et de statistiques d'état civil ainsi que des mécanismes de suivi et de notification ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à sensibiliser la communauté internationale au fardeau que représente la mortalité périnatale et néonatale à l'échelle mondiale et de promouvoir, en se fondant sur les meilleures pratiques en vigueur, des plans ciblés pour élargir l'accès à des services de santé sûrs et de grande qualité qui soient en mesure de prévenir et de traiter les affections périnatales et néonatales et qui s'inscrivent dans un ensemble intégré de prestations en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, santé génésique comprise ;

2) de promouvoir les capacités institutionnelles et les ressources humaines au niveau régional et au niveau des pays, notamment la dotation en accoucheuses qualifiées et les soins essentiels au nouveau-né, comme l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », la recherche de solutions novatrices, et la recherche sur les principales causes de mortalité périnatale et néonatale telles que la prématurité, l'accident septique, les affections respiratoires et les infections, en particulier celles d'origine nosocomiale ;

3) de contribuer à coordonner les actions avec les entités concernées de l'OMS, les organismes du système des Nations Unies et les autres parties intéressées et de renforcer les partenariats, ou d'en constituer de nouveaux, en vue de promouvoir la collaboration dans les Régions et entre Régions pour agir plus efficacement dans ce domaine en particulier ;

4) de fournir aux États Membres l'assistance et les conseils techniques nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques, stratégies et plans nationaux de prévention et de

réduction de la mortalité périnatale et néonatale, ainsi que de la morbidité et de la mortalité maternelles qui lui sont liées ;

5) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis en rapport avec le point de l'ordre du jour concernant les objectifs du Millénaire pour le développement.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, sixième rapport)

WHA64.14 Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA63.19, dans laquelle le Directeur général était prié, entre autres, d'élaborer une stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015 qui s'inspirerait des précédents plans et stratégies de l'OMS concernant le VIH/sida approuvés par plusieurs Assemblées de la Santé, notamment dans les résolutions WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 et WHA59.19 ;

Ayant examiné le projet de stratégie OMS contre le VIH, 2011-2015 ;²

1. APPROUVE la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 ;³
2. AFFIRME la vision et les orientations stratégiques de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015, et proclame que la Stratégie mondiale vise à orienter la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, y compris en recommandant des mesures au niveau des pays et au niveau mondial et en indiquant les contributions attendues de l'OMS ;
3. CONSTATE AVEC SATISFACTION que la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 est harmonisée avec d'autres stratégies portant sur des questions de santé publique connexes, y compris la Stratégie de l'ONUSIDA, 2011-2015 ;⁴
4. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à adopter la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 ;
 - 2) à mettre en œuvre la Stratégie en tenant compte des quatre orientations stratégiques pour guider la riposte au niveau national, comme décrit dans la Stratégie ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'apporter un soutien suffisant à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015, y compris un soutien aux États Membres pour sa mise

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/15.

³ Voir l'annexe 4.

⁴ *Objectif : zéro. Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015*. Genève, ONUSIDA, 2010.

en œuvre au niveau national et pour l'établissement de rapports sur les progrès de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida ;

2) de suivre et d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015, et de rendre compte de ces progrès de la même manière que les autres institutions des Nations Unies, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, aux Soixante-Cinquième, Soixante-Septième et Soixante-Neuvième Assemblées mondiales de la Santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, sixième rapport)

WHA64.15 Choléra : dispositif de lutte et de prévention¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le choléra ;²

Rappelant la résolution WHA44.6 sur le choléra, qui a conduit à la création du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra dans le but de fournir un appui aux États Membres pour réduire la morbidité et la mortalité associées à cette maladie et en diminuer les conséquences sociales et économiques ;

Reconnaissant que le choléra ne fait pas l'objet d'une attention suffisante bien que sa forme épidémique soit répandue à la fois dans les zones d'endémie et de non-endémie, engendrant des souffrances chez des millions de personnes, particulièrement au sein des populations vulnérables, avec une charge de morbidité estimée entre 3 et 5 millions de cas et 100 000 à 130 000 décès par an ;³

Réaffirmant que la propagation du choléra est une conséquence de catastrophes naturelles, d'un approvisionnement insuffisant en eau potable, d'un assainissement déficient, d'une mauvaise hygiène, de la contamination des aliments, d'établissements humains sauvages, notamment dans les zones urbaines, de l'absence de systèmes de santé efficaces et de soins de santé adaptés, ainsi que de la pauvreté ;

Consciente que les interventions de santé publique efficaces, telles qu'une prise en charge des cas correcte et rapide, une meilleure gestion de l'environnement, un meilleur comportement en matière d'hygiène et d'assainissement, un accès aux vaccins anticholériques et une utilisation appropriée de ces vaccins, dépendent toutes d'un solide système de surveillance et de prestation de soins ainsi que d'une approche programmatique et plurisectorielle coordonnée comportant l'accès à des soins de santé adaptés, une eau non contaminée et des moyens d'assainissement adéquats, la participation des communautés, l'échange d'informations épidémiologiques dans l'ouverture et la transparence et un dialogue politique continu ;

Consciente également de l'importance que revêtent la planification de la préparation aux situations d'urgence, le renforcement de la surveillance, une riposte rapide et le respect des normes pertinentes définies dans le cadre des activités du projet Sphère dans les situations d'urgence ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/18.

³ Relevé épidémiologique hebdomadaire, **85**(13) : 117-128.

Notant que, dans les crises sanitaires et les situations d'urgence menaçant les conditions sanitaires, l'action de l'OMS à la tête du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le domaine humanitaire requiert une coopération étroite avec l'UNICEF compte tenu des responsabilités que celui-ci exerce à la tête du groupe WASH (eau, assainissement et hygiène) ;

Affirmant que les progrès faits pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et en particulier l'accès à une eau potable et à des moyens d'assainissement conformes à l'objectif 7 (Assurer un environnement durable) réduiront la survenue et la propagation du choléra, et que l'amélioration de la prévention du choléra et de la lutte aura un effet positif sur les autres maladies diarrhéiques ;

Reconnaissant en outre que la lutte contre le choléra entre dans une nouvelle phase, avec la mise au point de vaccins anticholériques oraux sûrs, efficaces et d'un coût potentiellement abordable, et que cette approche est complémentaire des mesures efficaces de prévention et de lutte actuellement en place, fondées sur un meilleur accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène, et qu'elle ne doit pas s'y substituer ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :¹

- 1) à envisager les questions liées à la santé, à l'hygiène, à l'eau, à l'assainissement et à l'environnement comme des parties intégrantes et interdépendantes des politiques et plans de développement, à allouer des ressources en conséquence et à prendre des mesures, notamment en matière d'éducation pour la santé et l'hygiène et d'information du public, afin de prévenir ou de diminuer les risques de voir survenir des épidémies de choléra, en accordant l'attention voulue à la situation et aux besoins des groupes de population les plus exposés ;
- 2) à renforcer les activités de surveillance et de notification du choléra, conformément au Règlement sanitaire international (2005), et à intégrer la surveillance de cette maladie effectivement dans les systèmes de surveillance généraux en développant les capacités locales de collecte et d'analyse des données et en y incluant des informations sur les déterminants essentiels, comme les sources d'eau, la couverture par les services d'assainissement, les conditions environnementales et les pratiques culturelles ;
- 3) à s'efforcer de mobiliser des ressources techniques et financières suffisantes pour que des mesures coordonnées et plurisectorielles de préparation, de prévention et de lutte soient prises concernant le choléra et d'autres maladies diarrhéiques à la fois dans les situations d'endémie et d'épidémie, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé et d'approches sectorielles et dans un esprit de solidarité internationale ;
- 4) à associer la communauté et à renforcer les mesures de sensibilisation en raison du caractère intersectoriel de la maladie ;
- 5) à s'abstenir d'imposer aux pays touchés ou exposés des restrictions au commerce ou à la libre circulation qui ne peuvent être justifiées par des préoccupations de santé publique, conformément à l'article 43 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 6) à envisager, après avoir entrepris des activités de planification, d'administrer des vaccins, le cas échéant, en même temps que d'autres méthodes recommandées de prévention et de lutte complémentaires qui ne s'y substitueraient pas ;

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

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer et d'intensifier les mesures destinées à assurer que l'Organisation continue de répondre rapidement et efficacement aux besoins des pays touchés par des flambées de choléra ou exposés ;
- 2) de redynamiser le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra et de renforcer l'action de l'OMS dans ce domaine, notamment par l'amélioration de la collaboration et de la coordination entre les départements de l'OMS et les autres acteurs concernés ;
- 3) de renforcer la coordination de l'aide internationale pendant les épidémies de choléra en ce qui concerne le matériel et les ressources humaines et financières afin d'assurer une riposte rapide et efficace, et de considérer comme prioritaire la collaboration étroite avec d'autres groupes de responsabilité sectorielle, notamment mais pas exclusivement, le groupe WASH et sa logistique afin que l'action humanitaire multilatérale dans son ensemble soit la plus efficace possible ;
- 4) de fournir un appui technique aux pays pour qu'ils puissent renforcer leurs capacités à prendre des mesures efficaces de lutte et de prévention, y compris concernant la surveillance, l'alerte et la riposte rapides, les capacités de laboratoire, l'évaluation des risques, la prise en charge des cas, la collecte et le suivi des données et le déploiement efficace des vaccins ;
- 5) de promouvoir plus avant la recherche sur l'émergence de variants modifiés et de souches de *Vibrio cholerae* pharmacorésistantes et d'encourager la surveillance dans ce domaine ainsi que d'envisager des innovations sûres et efficaces en thérapie de réhydratation orale susceptibles d'améliorer les résultats des traitements ;
- 6) de promouvoir les interventions en cours visant à modifier les comportements et les mesures de sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, y compris les programmes de formation et de sensibilisation, afin d'améliorer les habitudes sanitaires et l'hygiène, éléments essentiels de la lutte contre le choléra et de la prévention ;
- 7) de continuer à favoriser la recherche sur des vaccins anticholériques sûrs, efficaces et d'un coût abordable, et de promouvoir le transfert des technologies de fabrication des vaccins appropriés vers les pays touchés par le choléra ou exposés, afin de renforcer les capacités de production locale de vaccins anticholériques ;
- 8) de mettre au point des lignes directrices actualisées et pratiques reposant sur des données factuelles, qui évaluent l'utilisation appropriée et économique des vaccins anticholériques oraux dans les pays à faible revenu, en indiquant la faisabilité et en définissant les groupes cibles ;
- 9) de nouer des contacts avec les organismes internationaux de financement appropriés en vue d'un appui éventuel à l'introduction de vaccins anticholériques efficaces dans les pays à faible revenu ;
- 10) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la situation mondiale du choléra et d'évaluer les efforts déployés concernant les méthodes de prévention et la lutte.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, sixième rapport)

WHA64.16 Éradication de la dracunculose¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la dracunculose ;²

Rappelant les résolutions WHA39.21 et WHA42.29 sur l'élimination de la dracunculose et WHA44.5, WHA50.35 et WHA57.9 sur l'éradication de la dracunculose ;

Rappelant également que les ministres de la santé des pays où la dracunculose était endémique en 2004 ont signé, à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, la Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose d'ici 2009 ;

Prenant note des résolutions sur l'éradication de la dracunculose adoptées par le Comité régional de l'Afrique ;³

Notant aussi avec satisfaction les excellents résultats obtenus par les pays d'endémie, où le nombre de cas de dracunculose a été ramené de 3,5 millions selon les estimations de 1986 à 3190 cas notifiés en 2009 et à moins de 1800 cas notifiés en 2010 ;

Encouragée de constater qu'à la fin de 2009, la dracunculose n'était plus endémique que dans quatre pays, tous situés en Afrique subsaharienne, et que 187 pays et territoires ont été certifiés exempts de transmission de la dracunculose ;

Félicitant toutes les parties concernées, en particulier l'UNICEF et le Centre Carter, d'avoir étendu l'approvisionnement en eau potable, amélioré la surveillance, la détection et le confinement des cas, renforcé d'autres interventions et mieux fait connaître la maladie au grand public ;

1. APPROUVE la stratégie de surveillance intensifiée, de confinement des cas, d'utilisation de filtres de toile et de « pailles » filtrantes, de lutte antivectorielle, d'accès à une eau potable, d'éducation sanitaire et de mobilisation de la communauté ;
2. ENGAGE les derniers États Membres où la dracunculose est endémique à intensifier leurs efforts d'éradication, y compris par une surveillance active dans les villages où la dracunculose est présente et par la surveillance des zones d'où elle est absente, par des mesures de prévention et un soutien politique aux plus hauts niveaux ;
3. ENGAGE les États Membres qui ont déjà été certifiés exempts de dracunculose et ceux qui sont parvenus au stade de la précertification à intensifier la surveillance de la maladie, à en communiquer les résultats régulièrement et à notifier à l'OMS dans un délai de 24 heures tout cas détecté et son pays d'origine présumé ;
4. INVITE INSTAMMENT les États Membres, l'UNICEF, le Centre Carter et les autres partenaires concernés à soutenir les derniers pays où la dracunculose est endémique dans les efforts qu'ils font pour mettre fin à sa transmission le plus tôt possible, notamment en mettant à leur

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/20.

³ Résolutions AFR/RC38/R13, AFR/RC41/R2, AFR/RC43/R9, AFR/RC44/R8 et AFR/RC45/R8.

disposition les ressources suffisantes pour interrompre la transmission et obtenir la certification de l'éradication de la maladie ;

5. PRIE le Directeur général :

1) de mobiliser un appui pour soutenir les derniers pays où la dracunculose est endémique dans les efforts qu'ils font pour mettre fin à sa transmission le plus tôt possible, notamment en mettant à leur disposition les ressources suffisantes pour interrompre la transmission et obtenir la certification de l'éradication de la maladie ;

2) d'appuyer la surveillance dans les zones et les pays exempts de dracunculose jusqu'à ce que l'éradication de la maladie soit certifiée dans le monde entier ;

3) de suivre de près l'application de la présente résolution et de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis jusqu'à ce que l'éradication de la dracunculose soit certifiée.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, sixième rapport)

WHA64.17 Paludisme¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;²

Rappelant les résolutions WHA58.2 sur la lutte antipaludique et WHA60.18 portant création de la Journée mondiale du paludisme ;

Reconnaissant que les investissements mondiaux et nationaux accrus en faveur de la lutte antipaludique ont permis une réduction sensible de la charge de morbidité palustre dans de nombreux pays et que certains pays s'acheminent vers une élimination de la maladie ;

Consciente de la fragilité des récents succès obtenus en matière de prévention et de lutte qui ne pourront être maintenus que si les investissements sont suffisants pour financer pleinement les efforts mondiaux de lutte antipaludique ;

Comprenant que les approches actuelles en matière de prévention et de lutte, lorsqu'elles sont pleinement appliquées de manière intégrée, sont très efficaces, ont un impact rapide et contribuent à renforcer les systèmes de santé et à favoriser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Reconnaissant que l'application à très grande échelle des activités de lutte et de prévention supposera l'existence de programmes nationaux de lutte antipaludique dotés de ressources suffisantes et s'inscrivant dans un système de santé efficace offrant un approvisionnement ininterrompu de biens et de services de qualité garantie ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/19.

Consciente que de nombreux pays continuent de présenter une charge inacceptable de morbidité palustre et doivent rapidement accroître leurs efforts de prévention et de lutte pour atteindre les cibles fixées par l'Assemblée de la Santé et les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Tenant compte de la nécessité de réorienter les stratégies dans les pays qui ont réduit la charge de morbidité palustre afin de préserver durablement l'acquis ;

Reconnaissant que les combinaisons fixes sont nettement préférables aux médicaments individuels présentés dans une plaquette thermoformée unique ou délivrés simultanément ;

Sachant que la prévention et la lutte reposent en grande partie sur des médicaments et des insecticides dont l'efficacité est continuellement menacée par l'apparition d'une résistance des plasmodies aux antipaludéens et des moustiques aux insecticides ;

Soulignant que l'OMS et les partenaires techniques concernés devraient recenser et chercher à éliminer les obstacles qui empêchent les fabricants de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les pays d'endémie du paludisme de voir leurs produits présélectionnés ;

Tenant compte par ailleurs de la résolution adoptée à la dix-huitième réunion du Conseil d'administration du Partenariat Faire reculer le paludisme sur la fabrication des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les pays où le paludisme est endémique ;¹

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à continuer d'accorder au paludisme une place prioritaire dans les programmes politiques et de développement, à préciser avec vigueur un financement à long terme adapté et prévisible pour la lutte antipaludique et à maintenir durablement les engagements financiers nationaux en sa faveur afin d'accélérer la mise en œuvre des politiques et des stratégies recommandées par l'OMS pour atteindre la cible 6.C de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, et contribuer à la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement ainsi que des autres cibles fixées par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.2 ;

2) à entreprendre des examens complets des programmes de lutte antipaludique, étape indispensable de la mise au point de plans stratégiques et opérationnels visant à assurer et maintenir le caractère universel, au niveau de l'accès et de la couverture, des interventions en se concentrant plus particulièrement :

a) sur les opérations de lutte antivectorielle recommandées pour toutes les personnes exposées et sur le maintien d'une couverture effective en particulier i) par le remplacement et la fourniture ininterrompue de moustiquaires à imprégnation durable et par une communication ciblée concernant leur utilisation et/ou ii) par la pulvérisation intradomiciliaire régulière d'insecticide à effet rémanent conformément aux recommandations de l'OMS ;

b) sur la réalisation rapide de tests diagnostiques pour tous les cas suspects de paludisme et le traitement efficace au moyen de combinaisons thérapeutiques à base

¹ Résolution RBM/BOM/2010/RES.129.

d'artémisinine des cas confirmés de paludisme à falciparum aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public à tous les niveaux du système de santé, y compris le niveau communautaire, et sur l'élargissement des services diagnostiques comme moyen de renforcer la surveillance du paludisme ;

3) afin de préserver les acquis de la lutte antipaludique, à prendre des mesures immédiates pour parer aux principales menaces, à savoir :

a) la résistance aux médicaments à base d'artémisinine, en renforçant les services de réglementation dans le secteur public et le secteur privé, en cherchant à mettre fin aux monothérapies orales à base d'artémisinine et à l'utilisation de médicaments de qualité inférieure ne répondant pas aux normes de présélection de l'OMS ou aux normes strictes des autorités nationales de réglementation, en introduisant des mécanismes d'assurance de la qualité et en améliorant la gestion de la chaîne d'approvisionnement de tous les biens et services concernant le paludisme ;

b) la résistance aux insecticides, en adoptant les meilleures pratiques, comme le roulement des insecticides utilisés pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, et l'utilisation d'insecticides approuvés pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent appartenant à d'autres classes que les pyréthrinoïdes (et les composés présentant une résistance croisée avec ces derniers) lorsqu'il existe des solutions de remplacement techniquement appropriées, dans les zones où l'emploi des moustiquaires imprégnées d'insecticide est très répandu ;

4) à utiliser l'application à très grande échelle des interventions de prévention et de lutte comme un point d'entrée pour le renforcement des systèmes de santé, y compris des services de laboratoire, des services de santé de la mère et de l'enfant dans les établissements de santé périphériques, de la prise en charge intégrée de la maladie au niveau communautaire et d'une surveillance régulière et fiable ;

5) à préserver les compétences nationales de base pour la lutte antipaludique en maintenant durablement un solide cadre d'experts du paludisme, y compris d'entomologistes, à tous les niveaux du système de soins de santé, le cas échéant ;

6) à respecter les engagements et les règlements internationaux existants concernant l'utilisation des pesticides, en particulier la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (Stockholm, 2004) ;

7) à accroître le financement de la recherche-développement sur la prévention, l'endigement et le traitement du paludisme ;

8) à promouvoir l'utilisation élargie des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, selon qu'il conviendra, soit sous la forme de combinaisons fixes soit par la coadministration de deux produits distincts, avec un système propre à garantir un niveau élevé d'observance du traitement, compte tenu des données locales sur l'efficacité, la rentabilité, la disponibilité, le caractère abordable, la capacité de réglementation, la charge budgétaire, la faisabilité et la durabilité à long terme ;

2. EXHORTE les partenaires internationaux, y compris les organisations internationales, les organismes de financement, les établissements de recherche, la société civile et le secteur privé :

- 1) à assurer un financement mondial approprié et prévisible pour pouvoir atteindre les cibles mondiales de la lutte antipaludique pour 2015 et maintenir durablement les efforts de lutte afin de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;
 - 2) à harmoniser la fourniture d'un soutien aux pays pour l'application des politiques et stratégies recommandées par l'OMS compte tenu de l'endémicité locale du paludisme, grâce à des produits répondant aux normes de présélection de l'OMS ou aux normes strictes des autorités nationales de réglementation afin d'assurer l'accès universel à la lutte antivectorielle et aux autres mesures de prévention, aux tests diagnostiques pour les cas suspects de paludisme et au traitement rationnel des cas confirmés, et grâce à des systèmes de surveillance régulière du paludisme ;
 - 3) à soutenir des initiatives pour la découverte et la mise au point de nouveaux médicaments et insecticides destinés à remplacer ceux dont l'utilité est sapée par la résistance, et à promouvoir à la fois la recherche fondamentale sur des instruments novateurs de lutte et d'élimination du paludisme (y compris des vaccins) et la recherche opérationnelle visant à surmonter les contraintes limitant l'application à très grande échelle et l'efficacité pratique des interventions actuelles ;
 - 4) à collaborer avec l'OMS afin d'aider les pays à atteindre leurs buts en matière de lutte antipaludique et à progresser sur la voie de l'élimination ;
 - 5) à se concentrer sur les populations particulièrement vulnérables dans les pays très touchés, les populations en situation de fragilité et les populations tribales menacées par le paludisme selvatique ;
 - 6) à collaborer pour soutenir le développement des infrastructures et la formation des fabricants de produits pharmaceutiques des pays d'endémie afin d'élargir l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine satisfaisant aux normes internationales de qualité, à condition que cette assistance soit fournie conformément à des protocoles clairs et transparents pour la sélection des fabricants devant en bénéficier, selon une stratégie et un ordre de priorité déterminés et de manière transparente ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'appuyer l'élaboration et la mise à jour de normes, de critères, de politiques, de lignes directrices et de stratégies de prévention, de lutte et d'élimination fondés sur des données factuelles, afin de définir un plan pour atteindre les cibles de la lutte antipaludique fixées pour 2015 par l'Assemblée de la Santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, et pour tenir compte de la réduction rapide de la charge de morbidité palustre ;
 - 2) de surveiller les progrès réalisés à l'échelle mondiale en matière de lutte et d'élimination et de soutenir les États Membres dans leurs efforts pour réunir, valider et analyser les données provenant des systèmes de surveillance du paludisme ;
 - 3) de fournir un appui aux pays pour qu'ils définissent leurs besoins en ressources humaines et renforcent les compétences en matière de lutte antipaludique et antivectorielle aux niveaux national, districale et communautaire en réactivant les cours de formation internationaux et les réseaux de formation infrarégionaux et en cherchant à promouvoir des systèmes appropriés d'encadrement, de conseil et de formation continue ;
 - 4) de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils définissent de nouvelles possibilités de combattre le paludisme et les menaces les plus sérieuses, notamment la résistance des plasmodies aux antipaludéens et la résistance des moustiques aux insecticides, par l'élaboration

et la mise en œuvre d'un plan mondial d'endigement de la résistance à l'artémisinine et d'un plan mondial de prévention et de gestion de la résistance aux insecticides ;

5) de promouvoir le transfert de technologie aux fabricants de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les pays où le paludisme est endémique et de renforcer leur capacité à satisfaire aux normes de présélection de l'OMS, à condition que cette assistance soit fournie conformément à des protocoles clairs et transparents pour la sélection des fabricants devant en bénéficier, selon une stratégie et un ordre de priorité déterminés et de manière transparente ;

6) de fournir un appui aux autorités nationales de réglementation qui le demandent afin de renforcer leur capacité à veiller au respect des normes de bonnes pratiques de fabrication et des normes de présélection de l'OMS ;

7) d'apporter un soutien aux États Membres pour qu'ils puissent suivre constamment les progrès réalisés concernant l'accessibilité, le caractère économiquement abordable et l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

8) de faire rapport à la Soixante-Sixième et à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission A, septième rapport)

WHA64.18 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2010

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2010 ;¹

Ayant pris note du deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;²

ACCEPTTE le rapport financier intérimaire non vérifié du Directeur général pour l'année 2010.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir les documents A64/29 et A64/29 Add.1.

² Voir les documents A64/49 et A64/49 Corr.1.

WHA64.19 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;¹

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote des Comores, de la Dominique, de la Guinée-Bissau, de la République centrafricaine, de la Somalie et du Tadjikistan était suspendu, et que cette suspension devait se prolonger jusqu'à ce que les arriérés des États Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, la Grenade, la Guinée et le Kirghizistan étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays ; pour le Kirghizistan à l'ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et pour les deux autres États Membres à l'ouverture de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé ;

DÉCIDE :

1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, la Grenade et la Guinée sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ; et que, conformément à la résolution WHA61.8, si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le Kirghizistan est encore redevable d'arriérés de ses contributions rééchelonnés, son droit de vote sera automatiquement suspendu ;

2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) ci-dessus se prolongera jusqu'à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés de la Grenade, de la Guinée et du Kirghizistan aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir le document A64/31.

WHA64.20 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Secrétariat sur l'état du recouvrement des contributions ;¹

Constatant que l'Ukraine est redevable d'arriérés de contributions ;

Considérant la demande de l'Ukraine de rééchelonner le solde des arriérés dus en application des dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés ;²

1. DÉCIDE d'autoriser l'Ukraine à conserver les privilèges attachés au droit de vote à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, aux conditions suivantes :

L'Ukraine acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise US \$26 395 036, sur une période de 10 ans, comprise entre 2013 et 2022, selon l'échéancier indiqué ci-après, indépendamment du règlement de sa contribution annuelle pour l'exercice en cours :

Année	US \$
2013	2 639 504
2014	2 639 504
2015	2 639 504
2016	2 639 504
2017	2 639 504
2018	2 639 504
2019	2 639 504
2020	2 639 504
2021	2 639 504
2022	2 639 500
Total	26 395 036

2. DÉCIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si l'Ukraine ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

4. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de l'Ukraine.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir les documents A64/31 et A64/51.

² Voir le document A64/32.

WHA64.21 Barème des contributions pour l'exercice 2012-2013

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le barème des contributions pour l'exercice 2012-2013 ;¹

ADOpte le barème des contributions des Membres et des Membres associés pour l'exercice 2012-2013, tel qu'il figure ci-après :

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2012-2013 %
Afghanistan	0,0040
Afrique du Sud	0,3850
Albanie	0,0100
Algérie	0,1280
Allemagne	8,0186
Andorre	0,0070
Angola	0,0100
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	0,8301
Argentine	0,2870
Arménie	0,0050
Australie	1,9331
Autriche	0,8511
Azerbaïdjan	0,0150
Bahamas	0,0180
Bahreïn	0,0390
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0080
Bélarus	0,0420
Belgique	1,0751
Belize	0,0010
Bénin	0,0030
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0070
Bosnie-Herzégovine	0,0140
Botswana	0,0180
Brésil	1,6111
Brunéi Darussalam	0,0280
Bulgarie	0,0380
Burkina Faso	0,0030
Burundi	0,0010
Cambodge	0,0030
Cameroun	0,0110
Canada	3,2072
Cap-Vert	0,0010
Chili	0,2360
Chine	3,1892

¹ Document A64/33.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2012-2013
	%
Chypre	0,0460
Colombie	0,1440
Comores	0,0010
Congo	0,0030
Costa Rica	0,0340
Côte d'Ivoire	0,0100
Croatie	0,0970
Cuba	0,0710
Danemark	0,7361
Djibouti	0,0010
Dominique	0,0010
Égypte	0,0940
El Salvador	0,0190
Émirats arabes unis	0,3910
Équateur	0,0400
Érythrée	0,0010
Espagne	3,1772
Estonie	0,0400
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0080
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,0070
Fédération de Russie	1,6021
Fidji	0,0040
Finlande	0,5660
France	6,1234
Gabon	0,0140
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0060
Ghana	0,0060
Grèce	0,6910
Grenade	0,0010
Guatemala	0,0280
Guinée	0,0020
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0080
Guyana	0,0010
Haïti	0,0030
Honduras	0,0080
Hongrie	0,2910
Îles Cook	0,0010
Îles Marshall	0,0010
Îles Salomon	0,0010
Inde	0,5340
Indonésie	0,2380
Iran (République islamique d')	0,2330
Iraq	0,0200
Irlande	0,4980
Islande	0,0420
Israël	0,3840
Italie	4,9994

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2012-2013
	%
Jamahiriya arabe libyenne	0,1290
Jamaïque	0,0140
Japon	12,5309
Jordanie	0,0140
Kazakhstan	0,0760
Kenya	0,0120
Kirghizistan	0,0010
Kiribati	0,0010
Koweït	0,2630
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0380
Liban	0,0330
Libéria	0,0010
Lituanie	0,0650
Luxembourg	0,0900
Madagascar	0,0030
Malaisie	0,2530
Malawi	0,0010
Maldives	0,0010
Mali	0,0030
Malte	0,0170
Maroc	0,0580
Maurice	0,0110
Mauritanie	0,0010
Mexique	2,3562
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0030
Mongolie	0,0020
Monténégro	0,0040
Mozambique	0,0030
Myanmar	0,0060
Namibie	0,0080
Nauru	0,0010
Népal	0,0060
Nicaragua	0,0030
Niger	0,0020
Nigéria	0,0780
Nioué	0,0010
Norvège	0,8711
Nouvelle-Zélande	0,2730
Oman	0,0860
Ouganda	0,0060
Ouzbékistan	0,0100
Pakistan	0,0820
Palaos	0,0010
Panama	0,0220
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0020
Paraguay	0,0070
Pays-Bas	1,8551
Pérou	0,0900

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2012-2013 %
Philippines	0,0900
Pologne	0,8281
Porto Rico	0,0010
Portugal	0,5110
Qatar	0,1350
République arabe syrienne	0,0250
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	2,2602
République démocratique du Congo	0,0030
République démocratique populaire lao	0,0010
République de Moldova	0,0020
République dominicaine	0,0420
République populaire démocratique de Corée	0,0070
République tchèque	0,3490
République-Unie de Tanzanie	0,0080
Roumanie	0,1770
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,6045
Rwanda	0,0010
Sainte-Lucie	0,0010
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0010
Saint-Marin	0,0030
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,0010
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0060
Serbie	0,0370
Seychelles	0,0020
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,3350
Slovaquie	0,1420
Slovénie	0,1030
Somalie	0,0010
Soudan	0,0100
Sri Lanka	0,0190
Suède	1,0641
Suisse	1,1301
Suriname	0,0030
Swaziland	0,0030
Tadjikistan	0,0020
Tchad	0,0020
Thaïlande	0,2090
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0010
Tokélaou	0,0010
Tonga	0,0010
Trinité-et-Tobago	0,0440
Tunisie	0,0300
Turkménistan	0,0260
Turquie	0,6170

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2012-2013
	%
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0870
Uruguay	0,0270
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,3140
Viet Nam	0,0330
Yémen	0,0100
Zambie	0,0040
Zimbabwe	0,0030
Total	100,0000

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA64.22 Amendements au Règlement financier¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement financier ;²

Rappelant la résolution WHA60.9 intitulée « Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : introduction des normes comptables internationales du secteur public » ;

ADOPTE les amendements aux paragraphes 14.1, 14.8 et 14.9 du Règlement financier avec effet au 1^{er} janvier 2012.³

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA64.23 Nomination du Commissaire aux Comptes

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nomination du Commissaire aux Comptes ;⁴

1. DÉCIDE que le président de la Commission de Vérification des Comptes des Philippines est nommé Commissaire aux Comptes de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que des entités non consolidées et partenariats liés à l'Organisation, pour la période 2012-2015 et qu'il devra effectuer ses

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/34.

³ Voir à l'annexe 5 le texte de l'article amendé du Règlement financier.

⁴ Documents A64/35 et A64/35 Corr.1.

vérifications de comptes conformément aux principes énoncés à l'article XIV et à l'appendice du Règlement financier, étant entendu que, s'il y a lieu, il pourra désigner un représentant chargé de le suppléer en son absence ;

2. **EXPRIME** ses remerciements au Contrôleur et Vérificateur général des Comptes de l'Inde pour les services qu'il a rendus à l'Organisation lors de la vérification des comptes des exercices 2008-2009 et 2010-2011.

3. **PRIE EN OUTRE** le Directeur général d'établir le contrat qui liera l'Organisation et le Commissaire aux Comptes nommé afin de définir selon quelles modalités il s'acquittera de son mandat, compte tenu, en particulier, des obligations supplémentaires qu'entraîne l'application des normes comptables internationales du secteur public à compter de 2012.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA64.24 Eau potable, assainissement et santé¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies pour la gestion sans risque de l'eau de boisson destinée à la consommation humaine ;²

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et les diverses résolutions qui soulignent le rôle de l'amélioration de l'eau potable, des installations d'assainissement et des pratiques d'hygiène dans les soins de santé primaires, la salubrité de l'environnement, la prévention des maladies d'origine hydrique, la protection des communautés à haut risque, la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, y compris les résolutions WHA39.20, WHA42.25, WHA44.28, WHA45.31, WHA35.17, WHA51.28 et WHA63.23, ainsi que la résolution WHA64.15 sur le choléra : dispositif de lutte et de prévention, et la résolution WHA64.16 sur l'éradication de la dracunculose ;

Rappelant en outre la cible C de l'objectif 7 (Assurer un environnement durable) des objectifs du Millénaire pour le développement, qui appelle à réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base, et l'importance de cette cible pour la réalisation d'autres objectifs, en particulier l'objectif 4 (Réduire la mortalité infantile), l'objectif 5 (Améliorer la santé maternelle) et l'objectif 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) ;³

Reconnaissant qu'entre 1990 et 2008, selon les estimations, 1,77 milliard de personnes ont pu avoir accès à des sources améliorées d'eau potable et 1,26 milliard à un assainissement amélioré, mais notant avec une vive préoccupation qu'à la fin de 2008, 884 millions de personnes n'avaient toujours pas accès à des sources d'eau améliorées et plus de 2,6 milliards n'avaient pas accès à des installations d'assainissement améliorées ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/24.

³ Voir la résolution 65/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Prenant note des multiples bienfaits pour la santé et des avantages économiques d'une vaste approche de santé publique comprenant le développement de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, des interventions au niveau des foyers, un usage plus efficace des ressources et l'intégration précoce de considérations d'ordre sanitaire dans la planification et la conception de l'aménagement des ressources en eau, et reconnaissant combien il importe d'avancer sur ces questions pour la réalisation de l'objectif stratégique 8 du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;

Rappelant la Décennie internationale d'action « L'eau, source de vie » (2005-2015) proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la résolution 58/217, l'Année internationale de l'assainissement (2008) proclamée dans la résolution 61/192 et la résolution de suivi 65/153 qui appelle tous les États Membres à soutenir l'initiative mondiale « Assainissement durable : campagne quinquennale jusqu'en 2015 » ; et rappelant aussi que la qualité de l'eau constituait le thème de la Journée mondiale de l'eau 2010 des Nations Unies ;

Rappelant en outre la résolution 64/292 de l'Assemblée générale des Nations Unies qui reconnaît que le droit à l'eau potable et à l'assainissement est un droit de l'homme, essentiel à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits de l'homme, et la résolution du Conseil des droits de l'homme A/HRC/RES/15/9 qui affirme que le droit fondamental à l'eau potable et à l'assainissement découle du droit à un niveau de vie suffisant et qu'il est indissociable du droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, ainsi que du droit à la vie et à la dignité ;

Notant avec intérêt les efforts déployés pour améliorer l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement de base et pour promouvoir de bonnes pratiques d'hygiène personnelle et domestique qui favorisent l'adoption d'une approche durable pour lutter contre les maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement, telles que le choléra et la diarrhée, qui ont été responsables de la mort de 2,5 millions de personnes en 2008, parmi lesquelles 1,3 million d'enfants de moins de cinq ans ;

Prenant également note des éléments relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans la stratégie en sept points convenue par l'OMS et l'UNICEF pour lutter de façon globale contre la diarrhée, qui prévoit notamment la promotion du lavage des mains au savon, le traitement de l'eau au niveau des ménages et sa conservation dans des conditions sûres, ainsi que la promotion de l'assainissement à l'échelle des communautés ;

Constatant que des millions de personnes sont exposées à des concentrations dangereuses de contaminants biologiques et de polluants chimiques dans leur eau potable, en partie à cause d'une gestion inappropriée des eaux usées urbaines, industrielles ou agricoles ;

Reconnaissant le rôle normatif majeur de l'OMS dans les questions liées à l'eau et à la santé, son action essentielle dans le suivi des progrès relatifs à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement, ainsi que son rôle dans la promotion et le renforcement des capacités en ce qui concerne tant les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau et les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement que l'eau et l'assainissement dans les établissements de santé, les écoles et les autres bâtiments et établissements publics, et la gestion sans risque des déchets médicaux ;

Constatant que certains éléments moteurs au niveau mondial, tels que la croissance démographique, l'urbanisation et le changement climatique, devraient influencer de manière notable aussi bien sur la disponibilité de l'eau et la qualité de l'accès à l'eau et aux services d'assainissement que sur la disponibilité et la qualité des ressources en eau douce, et qu'il est nécessaire d'aménager à d'autres fins les ressources en eau, ce qui comporte des risques sanitaires potentiels, et constatant en outre que, pour répondre à cette évolution, il faut une approche intersectorielle qui incorpore les

questions de santé et d'environnement aux politiques sectorielles nationales, moyennant une gestion intégrée des ressources en eau et le renforcement des dispositions institutionnelles visant à prévenir et à réduire l'incidence des maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement ;

Notant qu'au cours de la dernière décennie près de 2 milliards de personnes ont été victimes de catastrophes naturelles, notamment d'inondations et de périodes de sécheresse, qui contribuent de manière déterminante aux maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement ;

Reconnaissant aussi la nécessité, dans les situations d'urgence, de mettre au point des outils de prévention et d'appliquer des mesures spécifiques pour la fourniture d'eau potable et de services d'assainissement, ainsi que le rôle moteur joué à la fois par l'OMS dans le groupe de responsabilité sectorielle Santé et par l'UNICEF dans les groupes de responsabilité sectorielle Nutrition et WASH (eau, assainissement et hygiène) dans le cadre des interventions d'urgence ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à mettre au point, avec l'ensemble des parties prenantes, des stratégies nationales de santé publique – ou à renforcer celles qui existent déjà – pour mettre en lumière l'importance de l'eau potable de l'assainissement et de l'hygiène, fondements de la prévention primaire, en suivant une approche intégrée des processus de planification sectorielle, des politiques, des programmes et des projets concernant l'eau et l'assainissement, et en s'appuyant sur un mécanisme efficace de coordination interministériel au niveau approprié, qui répartisse clairement les responsabilités entre les institutions et les ministères concernés ;
- 2) à promouvoir de nouvelles approches en matière d'éducation, d'habilitation, de participation et de sensibilisation des communautés, auxquelles seront activement associés les responsables des communautés et la société civile, afin d'avoir un impact spécifique, en particulier sur les femmes, les enfants, les jeunes, les populations autochtones et les populations vulnérables et les plus pauvres, en tenant compte des bonnes pratiques et en les encourageant ;
- 3) à veiller à ce que les stratégies sanitaires nationales contribuent à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à l'eau et à l'assainissement, et soutiennent la réalisation progressive du droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement par lequel toute personne, sans discrimination, a droit à une eau et un assainissement suffisants, sûrs, acceptables, physiquement accessibles et d'un coût abordable pour son usage personnel et domestique ;
- 4) à renforcer les cadres politiques intersectoriels et les mécanismes institutionnels pour une gestion intégrée des dangers et des risques sanitaires liés à l'eau et à l'absence de services d'assainissement, y compris l'évaluation de l'impact sanitaire, l'extension stratégique des systèmes et des services d'eau potable et d'assainissement, et la gestion de l'environnement pour protéger la santé dans les projets d'aménagement des ressources en eau et de gestion des eaux usées ;
- 5) à mobiliser leurs efforts, en concertation avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux et en coordination étroite avec les autorités locales responsables, afin de donner un degré de priorité élevé et de procéder concrètement à la réduction des disparités entre les zones urbaines, péri-urbaines et rurales en ce qui concerne l'accès à l'eau potable à domicile ou à partir d'autres sources améliorées, les installations d'assainissement améliorées et l'hygiène ;
- 6) à offrir des installations appropriées pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ainsi que pour le lavage des mains au savon dans les établissements de soins de santé, les écoles et les

autres bâtiments et établissements publics, de même que des outils de sensibilisation et de formation concernant l'eau potable, l'assainissement et les pratiques d'hygiène pour ceux qui travaillent dans ces établissements et qui les utilisent ;

7) à améliorer la coopération entre les autorités concernées et les parties prenantes, y compris dans les zones transfrontières, afin d'établir, mettre en œuvre et maintenir des systèmes efficaces d'évaluation de la qualité de l'eau, de communiquer régulièrement des informations pertinentes et facilement accessibles et de faire face aux problèmes de qualité de l'eau ;

8) à veiller, en particulier, à la viabilité des systèmes harmonisés de surveillance de l'eau et de l'assainissement, aussi bien nationaux que locaux, et des instruments d'alerte rapide afin de lutter contre les maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement et d'élaborer des plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence, en particulier en cas de catastrophe naturelle ou de crise humanitaire ;

9) à œuvrer pour renforcer, le cas échéant, l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de la qualité des plans de sécurité sanitaire de l'eau, et à contribuer à la mise au point de plans de sécurité sanitaire de l'assainissement, avec le concours des centres collaborateurs de l'OMS, des réseaux hébergés par l'OMS (organismes de régulation de l'eau potable, fonctionnement et maintenance, traitement de l'eau au niveau des ménages et conservation dans des conditions sûres, gestion de l'approvisionnement en eau pour les petites communautés) et des associations en relations officielles avec l'OMS ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à sensibiliser la communauté internationale et les décideurs à l'importance de la prévention primaire, objectif essentiel, et aux retombées majeures de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène pour la santé publique mondiale, les économies nationales et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

2) de formuler une nouvelle stratégie intégrée de l'OMS pour l'eau, l'assainissement et la santé, qui mette particulièrement l'accent sur la qualité de l'eau et les questions de surveillance et sur la promotion d'un changement des comportements en matière d'assainissement et d'hygiène, et qui tienne compte des exigences propres à chaque situation, afin d'encourager la mise en place de mesures préventives et de techniques d'analyse rapide pour garantir la qualité de l'eau potable et éviter que l'aménagement des ressources en eau n'ait des effets préjudiciables sur la santé ;

3) de renforcer la collaboration de l'OMS avec l'ensemble des membres et partenaires concernés de l'ONU-Eau, ainsi qu'avec d'autres organisations compétentes promouvant l'accès aux services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène, afin de mener une action intersectorielle efficace qui serve d'exemple dans le cadre de la participation de l'OMS à l'initiative des Nations Unies « Unis dans l'action », et la coopération de l'OMS avec le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de l'homme à l'eau potable et à l'assainissement, afin de faciliter la réalisation de ce droit de l'homme ;

4) de renforcer les capacités du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pour qu'il s'acquitte du mandat qui lui a été confié de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs internationaux de développement en matière d'eau potable et d'assainissement, et serve de plate-forme pour la création de nouveaux indicateurs concernant l'assainissement et l'eau, y compris la qualité de l'eau et d'autres paramètres pertinents aux niveaux appropriés ;

- 5) de continuer à soutenir les initiatives régionales existantes telles que le Protocole sur l'eau et la santé de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, qui est un instrument de référence pour une gestion sûre de l'eau et la protection de la santé humaine, d'encourager la création d'instruments similaires destinés à une gestion durable de l'eau et à la réduction des maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement dans d'autres régions, et de continuer à soutenir aussi les initiatives régionales pertinentes telles que la Déclaration OMS/PNUE de Libreville sur la santé et l'environnement (2010) ou la Déclaration OMS de Parme sur l'environnement et la santé (2010) ;
- 6) de renforcer, en coordination avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les capacités des États Membres en fournissant les lignes directrices et l'appui technique nécessaires pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans d'action nationaux pour la gestion, le fonctionnement et l'entretien durables des systèmes et services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement ;
- 7) d'améliorer en outre les moyens dont disposent les États Membres de mettre en place et de maintenir des systèmes adaptés d'information et de surveillance afin de faciliter la notification appropriée et rationalisée aux mécanismes de suivi mondiaux correspondants, y compris les Statistiques sanitaires mondiales, le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, ainsi que l'analyse et l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable ;
- 8) de fournir une assistance technique supplémentaire aux pays au moyen de programmes de formation et d'apprentissage pour adultes à l'intention du personnel en charge des installations de captage, de traitement et de distribution, et des réseaux d'eau et d'assainissement, ainsi que du personnel et des laboratoires chargés du contrôle de la qualité de l'eau, tout en encourageant la diffusion des meilleures pratiques pour le traitement des eaux au niveau des ménages, en particulier lorsque le traitement ou l'approvisionnement centralisé des eaux est déficient ou inexistant ;
- 9) de promouvoir des partenariats pour la réduction des risques dans les installations d'eau potable et pour l'approvisionnement sûr en eau potable, ainsi que des méthodes permettant de rassembler et de diffuser les meilleures pratiques et les données d'expérience les plus concluantes pour améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène personnelle et domestique, en particulier chez les populations les plus pauvres, dans les situations d'urgence sanitaire ou au cours des catastrophes naturelles ;
- 10) de faire rapport à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, troisième rapport)

WHA64.25 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur les amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ;¹

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

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$185 809 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$133 776 (avec personnes à charge) ou de US \$121 140 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$204 391 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$145 854 (avec personnes à charge) ou de US \$131 261 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$251 188 par an (avant imposition), d'où un traitement net modifié de US \$176 272 (avec personnes à charge) ou de US \$156 760 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2011.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, troisième rapport)

WHA64.26 Amendements au Statut du Centre international de Recherche sur le Cancer

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du Centre international de Recherche sur le Cancer ;²

Considérant l'amendement à l'article VIII du Statut du Centre international de Recherche sur le Cancer adopté par le Conseil de Direction à sa cinquante-troisième session ;

Considérant les dispositions de l'article X du Statut du Centre ;

ACCEPTE l'amendement suivant au Statut du Centre, qui entrera en vigueur immédiatement :

Article VIII – Finances

[Les paragraphes 1 à 7 compris de l'article VIII restent inchangés.]

¹ Document A64/38.

² Document A64/43.

8) Les fonds et avoirs du Centre feront l'objet d'une comptabilité séparée de celle des fonds et avoirs de l'Organisation mondiale de la Santé, et seront gérés conformément aux dispositions financières adoptées par le Conseil de Direction.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, troisième rapport)

WHA64.27 Prévention des traumatismes chez l'enfant¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant ;²

Rappelant la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, qui reconnaissait que les accidents de la circulation constituent un problème de santé publique majeur nécessitant des efforts internationaux concertés ;

Rappelant aussi que l'Assemblée de la Santé, dans la résolution WHA57.10, a accepté l'invitation de l'Assemblée générale des Nations Unies tendant à ce que l'OMS, agissant en étroite collaboration avec les commissions régionales des Nations Unies, assure la coordination pour les questions de sécurité routière au sein du système des Nations Unies ;

Rappelant en outre la résolution WHA60.22 intitulée « Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence » qui reconnaissait que l'amélioration de l'organisation et de la planification des soins de traumatologie et d'urgence est un élément essentiel de la prestation intégrée des soins de santé, et la résolution WHA58.23 intitulée « Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris » dans laquelle les États Membres sont invités instamment à prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité pendant l'enfance ;

Reconnaissant les responsabilités à assumer concernant la sécurité dans la prise en charge et la protection des enfants affirmées dans la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), la Convention N° 182 de l'Organisation internationale du Travail (1999) et la Convention N° 138 de l'Organisation internationale du Travail (1973), et consciente par ailleurs des responsabilités concernant la protection des personnes handicapées énoncées dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006), en particulier dans les pays en développement, les pays à revenu faible ou intermédiaire où la charge des traumatismes de l'enfant est élevée ;

Reconnaissant que les traumatismes chez l'enfant constituent une menace majeure pour la survie et la santé des enfants, qu'ils sont un problème de santé publique négligé ayant des conséquences importantes en termes de mortalité, de morbidité, de qualité de vie et de coûts sociaux et économiques et que, si aucune mesure n'est prise d'urgence, ce problème entravera la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier dans les pays en développement et les pays à revenu faible ou intermédiaire où la charge des traumatismes de l'enfant est élevée ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A64/23.

Reconnaissant que, chez l'enfant, les principales causes de décès par traumatisme involontaire sont les accidents de la circulation, la noyade, les brûlures causées par le feu, les chutes et les intoxications. Dans certaines régions du monde, la noyade est à l'origine d'environ la moitié de tous les décès par traumatisme chez l'enfant ; les mesures de prévention adaptées au contexte, dont un environnement sûr, des produits de sécurité, la gestion de la sécurité et la sensibilisation, sont cruciales ;

Reconnaissant en outre que des approches plurisectorielles visant à prévenir les traumatismes chez l'enfant et à en limiter les conséquences par des interventions fondées sur des données factuelles ont permis de réduire durablement et de manière spectaculaire les traumatismes chez les enfants dans les pays qui ont déployé des efforts concertés ;

Se félicitant du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant*¹ établi conjointement par l'OMS et l'UNICEF et ses recommandations concernant les politiques et les programmes de santé publique ;

Considérant que les programmes existants en matière de survie de l'enfant et de santé et de développement de l'enfant devraient incorporer des stratégies de prévention des traumatismes et veiller à ce que celles-ci fassent partie intégrante des services de santé de l'enfant, et à ce que le succès des programmes de santé de l'enfant soit évalué non pas uniquement à partir de la mesure traditionnelle de la mortalité par maladies infectieuses, mais aussi à partir des indicateurs des traumatismes mortels ou non mortels ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à donner la priorité, parmi les problèmes qui touchent les enfants, à la prévention des traumatismes et à veiller à ce que les mécanismes de coordination intersectorielle nécessaires pour prévenir ces traumatismes soient mis en place ou renforcés ;
- 2) à maintenir et, si nécessaire, à renforcer l'exécution de leurs obligations au titre de la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) de respecter, protéger et garantir le droit des enfants au meilleur état de santé possible et à prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger les enfants contre les traumatismes ;
- 3) à veiller à ce que les mécanismes de financement des programmes concernés, parmi lesquels les programmes de santé, couvrent les traumatismes chez l'enfant et leur prévention, les soins d'urgence et préhospitaliers, et les services de traitement et de réadaptation ;
- 4) à mettre en œuvre, en tant que de besoin, les recommandations du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant*¹ établi conjointement par l'OMS et l'UNICEF, et notamment, si cela n'a pas déjà été fait, à confier à un organisme ou un service public un rôle de direction dans ce domaine et à nommer un coordonnateur pour la prévention des traumatismes, en veillant à ce que ce rôle de direction facilite la collaboration entre les secteurs gouvernementaux concernés, les collectivités et la société civile ; à appliquer, selon les besoins nationaux, les principales stratégies répertoriées dans le *Rapport mondial* comme étant des interventions efficaces pour prévenir les traumatismes chez l'enfant ; et à surveiller et évaluer l'impact de ces interventions ;

¹ *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, et New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2008.

5) à intégrer la prévention des traumatismes chez l'enfant dans les programmes nationaux de développement de l'enfant et les autres programmes concernés, et à mettre en place des mécanismes de coordination et de collaboration multisectorielles, en particulier en veillant à accorder à la prévention l'importance qu'elle mérite dans les programmes pour la survie et la santé de l'enfant ;

6) à veiller à ce que la collecte de données nationales dans les différents secteurs ou systèmes de surveillance permette de quantifier le profil démographique, socio-économique et épidémiologique de la charge des traumatismes chez l'enfant, les facteurs de risque et les coûts, et à ce que les ressources mises à disposition soient proportionnelles à l'ampleur du problème ;

7) à élaborer et mettre en œuvre, si nécessaire, une politique et un plan d'action plurisectoriels contenant des cibles réalistes en matière de prévention des traumatismes chez l'enfant et incluant la promotion de normes et de codes sur la prévention du travail des enfants, l'emploi légal des adolescents, la sécurité des produits, les écoles et espaces de jeu, les transports et l'adoption de règlements et de lois d'urbanisme, sous la forme soit de politiques ou de plans distincts, soit de mesures incorporées dans la politique ou le plan national de santé de l'enfant ;

8) à appliquer et, si nécessaire, à renforcer les lois et les règlements existants en matière de prévention des traumatismes chez l'enfant ;

9) à renforcer les services d'urgence et les services et capacités de réadaptation, y compris les équipes intervenant en première ligne, ainsi que les soins préhospitaliers aigus, la prise en charge dans les établissements de soins et l'offre de programmes de réadaptation appropriés pour les enfants blessés ou handicapés ;

10) à définir les priorités de la recherche, en tenant compte du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant* établi conjointement par l'OMS et l'UNICEF, et en collaborant étroitement avec les spécialistes de la recherche-développement, y compris les fabricants et les distributeurs concernés de produits de sécurité ;

11) à mieux sensibiliser et initier les parents, les enfants, les employeurs et les groupes professionnels concernés, ainsi que tous les membres de la société, à la sécurité de l'enfant, notamment les facteurs de risque de traumatismes tels que ceux qui sont liés au transport – utilisation de téléphones cellulaires et autres dispositifs mobiles au volant –, les dangers sur les lieux de travail et les dangers liés à l'eau et au feu, ainsi que le manque de surveillance et de protection des enfants, et à préconiser des programmes de prévention spécialement axés sur les traumatismes de l'enfant ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de collaborer avec les États Membres en vue d'améliorer les systèmes de collecte et d'analyse des données concernant les traumatismes chez l'enfant et d'établir des politiques et des programmes de santé publique fondés sur des bases scientifiques pour prévenir et atténuer les conséquences des traumatismes chez l'enfant ;

2) de collaborer avec les organisations du système des Nations Unies, les partenaires internationaux du développement et les organisations non gouvernementales compétentes pour que soient mis en place un réseau pour assurer une coordination et une mise en œuvre efficaces des activités de prévention des traumatismes chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

- 3) de promouvoir la recherche pour élargir les connaissances sur les interventions destinées à prévenir les traumatismes chez l'enfant et à en atténuer les conséquences, et pour évaluer l'efficacité de ces interventions par l'intermédiaire de centres collaborateurs et d'autres partenaires, y compris en vue de l'application de ces recherches pour mettre au point des produits de sécurité abordables, des interventions et des mesures efficaces ;
- 4) de faciliter l'adaptation et le transfert entre pays développés et pays en développement de connaissances sur les mesures et les instruments destinés à prévenir les traumatismes chez l'enfant ;
- 5) de soutenir les États Membres pour qu'ils puissent mettre au point et appliquer des mesures de prévention des traumatismes chez l'enfant ;
- 6) d'apporter un soutien supplémentaire aux coordonnateurs nationaux chargés de la prévention des traumatismes chez l'enfant en organisant régulièrement des réunions mondiales et régionales à leur intention, et en leur fournissant une assistance technique ;
- 7) de fournir un appui technique pour le renforcement des systèmes et des capacités des services d'urgence et de réadaptation ;
- 8) de collaborer avec les États Membres, les organisations du système des Nations Unies, les partenaires internationaux du développement et les organisations non gouvernementales pour mobiliser les ressources et augmenter les capacités nécessaires à la prévention des traumatismes chez l'enfant et à l'exécution de programmes de réadaptation appropriés, d'organiser des actions de sensibilisation à l'intention des gouvernements des États Membres, et de faire mieux comprendre que si aucune mesure n'est prise d'urgence, ce problème entravera la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier dans les pays en développement et les pays à revenu faible ou intermédiaire où la charge des traumatismes de l'enfant est élevée ;
- 9) d'investir davantage en faveur du renforcement des capacités institutionnelles et personnelles dans les États Membres pour leur permettre de prévoir des interventions rentables aux niveaux national et infranational ;
- 10) de faire rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA64.28 Risques pour la santé des jeunes¹

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les risques pour la santé des jeunes,² qui met en lumière les conséquences immédiates et à long terme des risques sanitaires pour les jeunes ;³

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² L'OMS définit les adolescents comme les personnes de 10 à 19 ans et les jeunes comme les personnes de 10 à 24 ans. L'Organisation des Nations Unies définit les jeunes comme les personnes de 15 à 24 ans.

³ Document A64/25.

Rappelant les résolutions qui traitent directement de questions concernant les jeunes : WHA38.22, « Maturité et grossesse : promotion de la procréation responsable » ; WHA42.41 sur la santé des jeunes ; WHA56.21 sur la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent ; WRP/RC39.R12 Rev.1 sur la santé des adolescents ; EM/RC43/R.11 sur l'éducation sanitaire des adolescents ; AFR/RC51/R3, « Santé de l'adolescent : stratégie de la Région africaine » ; EUR/RC55/R6 sur la stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ; et CD48.R5 sur la stratégie régionale panaméricaine pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes ;

Rappelant également le droit de toute personne, y compris les adolescents et les jeunes, de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre, rappelant en outre le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et d'autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, et soulignant la nécessité de promouvoir l'égalité des jeunes hommes et des jeunes femmes et le respect de la diversité ;

Reconnaissant que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de complet bien-être physique, mental et social, comme le stipule la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Reconnaissant aussi que les 1,8 milliard de jeunes recensés dans le monde – un quart de la population mondiale est âgée de 10 à 24 ans – constituent la plus grande cohorte de l'histoire, ce qui offre une occasion extraordinaire de forger l'avenir social, économique et sanitaire de la planète ;

Reconnaissant en outre que les 2,6 millions de décès dénombrés parmi les jeunes chaque année auraient généralement pu être évités et que les comportements des jeunes en matière de santé et les conditions sanitaires dans lesquelles ils vivent peuvent compromettre à la fois leur état de santé actuel et futur et la santé des générations à venir ;

Consciente par ailleurs que l'hétérogénéité de la population que forment les jeunes et les circonstances dans lesquelles ils vivent rendent certains d'entre eux, les adolescentes par exemple, plus vulnérables que d'autres aux problèmes de santé ;

Soulignant qu'il est important de promouvoir des modes de vie sains auprès des jeunes, comme l'exercice physique et le sport, une alimentation saine et l'éducation physique ;

Reconnaissant aussi l'attention portée aux jeunes dans les résolutions traitant de la population en général telles que la résolution WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; la résolution WHA63.13 sur la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ; la résolution WHA57.17 sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; la résolution WHA63.14 approuvant les recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ; la résolution WHA61.14 sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ; la résolution WHA57.12 sur la Stratégie pour la santé génésique ; la Stratégie de l'ONUSIDA, 2011-2015 ; la résolution WHA59.19 sur la Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; la résolution WHA64.14 sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 ; la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière, 2011-2020 ; la résolution WHA60.22 intitulée « Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence » ; et les recommandations formulées dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* dont il est pris note dans la résolution WHA56.24 ;

Reconnaissant en outre la contribution que des organisations et des programmes du système des Nations Unies comme l'OIT, l'UNESCO, l'UNICEF, le HCR, l'UNFPA, l'ONUSIDA ainsi que l'Organisation internationale pour les Migrations apportent à la lutte contre les risques pour la santé des jeunes par l'influence qu'ils exercent sur les déterminants de la santé des jeunes ;

Notant l'importance de tenir compte des déterminants sociaux de la santé des jeunes, des mécanismes de protection sociale qui garantissent l'insertion sociale, l'éducation et l'emploi des jeunes, et de la Déclaration de Guanajuato, qui découle de la Conférence mondiale de la jeunesse (León, Guanajuato, Mexique, 25-27 août 2010) et qui appelle à investir davantage dans les politiques et programmes de tous les secteurs et dans les plans nationaux de développement, en y faisant largement participer les jeunes, pour donner suite au Programme d'action mondial pour la jeunesse à l'horizon 2000 et au-delà ;¹

Consciente du fait que le Programme d'action mondial pour la jeunesse à l'horizon 2000 et au-delà¹ encourage les gouvernements à mettre en place des services complets de santé sexuelle et génésique et à permettre aux jeunes d'accéder en fonction de leur âge à ces services, y compris aux services d'éducation sexuelle et de planification familiale, comme stipulé dans les programmes d'action issus de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), du Sommet mondial pour le développement social (1995) et de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) ; à veiller à ce que les adolescents, en fonction de leur âge, soient informés des méthodes de planification familiale, y aient accès et puissent choisir parmi la plus vaste gamme possible de méthodes modernes, sûres et efficaces ; et à faire un travail pédagogique complet auprès des adolescents au sujet de la sexualité, de la santé sexuelle et génésique et de l'égalité des sexes afin qu'ils puissent aborder leur sexualité de manière positive et responsable ;

Sachant par ailleurs qu'il est essentiel d'atteindre les indicateurs et les cibles concernant les jeunes pour réaliser six des huit objectifs du Millénaire pour le développement (objectifs 1, 2, 3, 4, 5 et 6) et qu'en accordant une attention particulière aux jeunes on contribue à réaliser les buts de récentes initiatives mondiales pour la santé telles que la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et le projet ONUSIDA d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien concernant le VIH/sida ;

Reconnaissant aussi les possibilités qui s'offrent d'accorder une attention particulière aux besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé lors des prochaines réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, sur les jeunes et sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Reconnaissant en outre la capacité des jeunes à participer à la santé et au développement et à montrer la voie dans ce domaine, et l'initiative dont ils font preuve dans l'utilisation et la mise au point de technologies novatrices pour faire face aux problèmes mondiaux et locaux qui affectent leur santé et leur développement ;

1. RÉAFFIRME les stratégies de l'OMS qui portent sur les principaux risques pour la santé des jeunes et prévoient des interventions spécifiques pour cette tranche d'âge ;

¹ Résolution 50/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres, conformément à leurs lois et réglementations nationales, à accélérer les mesures, s'il y a lieu, et à élaborer des politiques et des plans pour agir sur les principaux déterminants de la santé des jeunes, y compris les comportements en matière de santé et leurs conséquences sur la santé aux stades ultérieurs de l'existence :

- 1) en adoptant des politiques et stratégies sanitaires nationales qui définissent des cibles et des indicateurs spécifiques pour les déterminants importants, y compris les atouts, et des résultats à atteindre concernant la santé et le bien-être des jeunes ;
- 2) en réexaminant et en révisant les politiques dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines en vue d'y faire figurer des mesures de protection de la santé des jeunes (par exemple contre les grossesses précoces, l'exploitation et la violence sexuelles, la consommation de substances illicites et de tabac, l'usage nocif de l'alcool, le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation et l'obésité, les accidents de la circulation et autres traumatismes et les problèmes de santé mentale) ;
- 3) en réexaminant et en révisant les politiques appliquées dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines pour éliminer toutes les formes de discrimination à l'encontre des jeunes ;
- 4) en mettant en place des systèmes de gestion de l'information sanitaire et d'état civil qui fournissent des données récentes ventilées par âge et par sexe, compte tenu des lacunes dans les données relatives à la santé des jeunes ;
- 5) en rendant le système de santé plus apte à répondre aux besoins des adolescents, notamment en formant le personnel de santé et en assurant un financement suffisant pour supprimer les obstacles qui empêchent les jeunes d'accéder à des services de soins de santé adaptés à leurs besoins ;
- 6) en donnant accès à la contraception ; aux services de santé génésique ; à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles et à des services de soutien connexes ; aux services de santé mentale ; et aux soins de traumatologie ;
- 7) en facilitant l'accès à des informations exactes et à des approches fondées sur des données factuelles qui contribuent à promouvoir des comportements sains, par exemple des informations sur la santé sexuelle et génésique ;
- 8) en s'attachant à promouvoir la collaboration intersectorielle à tous les niveaux dans le domaine de la santé des jeunes, y compris les aspects liés à la santé qui relèvent de secteurs comme ceux de l'éducation, de l'insertion sociale, de l'environnement social et physique, de l'emploi et des médias, ainsi que la collaboration avec les organisations de la société civile et le secteur privé, le cas échéant ;
- 9) en associant différents acteurs, comme la famille, la communauté et les jeunes eux-mêmes, à l'action portant sur les déterminants de la santé des jeunes et les risques pour leur santé, et en mobilisant les partenaires pour repérer et aider les jeunes à risque ou désavantagés ;
- 10) en renforçant le rôle joué par les jeunes, et notamment les organisations de jeunes, pour faciliter leur émancipation et pour qu'ils prennent une part active à tout ce qui peut influencer sur leur environnement et orienter les politiques publiques ;

3. ENCOURAGE les donateurs multilatéraux et bilatéraux, les institutions financières internationales et les partenaires internationaux d'aide au développement à soutenir les États Membres dans ces efforts, y compris en leur fournissant un appui financier et technique, s'il y a lieu ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce qu'au sein du Secrétariat, le rang de priorité accordé aux risques pour la santé des jeunes, l'engagement, la coordination et les ressources soient suffisants pour affiner les stratégies existantes s'appliquant aux jeunes, pour les mettre en œuvre plus largement et pour suivre régulièrement leurs effets sur la santé des adolescents ;

2) de veiller à ce que la question des risques pour la santé des adolescents et des jeunes figure dans le prochain plan stratégique à moyen terme dans tous les programmes et niveaux du Secrétariat, afin de fournir un appui technique suffisant aux États Membres ;

3) de repérer les lacunes des connaissances et de faciliter des recherches qui renforceront la base de données nécessaire pour concevoir et appliquer des programmes efficaces en faveur des adolescents et des jeunes, adaptés à leur âge et aux deux sexes, et pour en suivre les résultats ;

4) de continuer à collaborer, selon qu'il conviendra, avec les organisations du système des Nations Unies, de la société civile et du secteur privé dont l'action a une incidence sur la santé des jeunes ;

5) de renforcer la capacité du Secrétariat à fournir aux États Membres, en particulier aux autorités sanitaires, un appui technique suffisant concernant la santé des jeunes, notamment la capacité des centres de l'OMS comme le Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques pour la santé ;

6) de promouvoir l'émancipation des jeunes et leur participation au développement sanitaire en tant que partenaires essentiels, y compris aux activités de l'Organisation ;

7) de faire périodiquement rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la santé des jeunes et sur l'application de la présente résolution, à partir de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011 –
Commission B, quatrième rapport)

DÉCISIONS

WHA64(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Barbade, Costa Rica, Fidji, Gabon, Guinée-Bissau, Lettonie, Malawi, Maldives, Nouvelle-Zélande, Ouzbékistan, Pakistan, Serbie.

(Première séance plénière, 16 mai 2011)

WHA64(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

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

Président : Dr Christos Patsalides (Chypre)

Vice-Présidents : Professeur C. O. Onyebuchi Chukwu (Nigéria)
M. Ri Jang Gon (République populaire démocratique de Corée)
Dr Enrique T. Ona (Philippines)
Dr Mohammad Hussein Nicknam (République islamique d’Iran)
Mme Thérèse Baptiste-Cornelis (Trinité-et-Tobago).

(Première séance plénière, 16 mai 2011)

WHA64(3) Élection du bureau des commissions principales

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

Commission A : Dr Walid Ammar (Liban)

Commission B : Dr María Teresa Valenzuela (Chili).

(Première séance plénière, 16 mai 2011)

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

Commission A : Vice-Présidents, Dr Henry Madzorera (Zimbabwe) et M. Nandi Glassie (Îles Cook)

Rapporteur, Dr Mast Kulzhanov (Kazakhstan)

Commission B : Vice-Présidents, Dr Ante-Zvonimir Golem (Croatie) et M. Zangley Dukpa (Bhoutan)

Rapporteur, M. T. Tuitama Leao Tuitama (Samoa).

(Premières séances des Commissions A et B, 16 et 18 mai 2011)

WHA64(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Albanie, Botswana, Chine, Cuba, Égypte, Érythrée, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie, France, Gambie, Guinée, Hongrie, Inde, Micronésie (États fédérés de), Paraguay, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

(Première séance plénière, 16 mai 2011)

WHA64(5) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session, après avoir supprimé quatre points et transféré cinq points de la Commission A à la Commission B.

(Deuxième séance plénière, 16 mai 2011)

WHA64(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des États Membres suivants : Afghanistan, Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Bélarus, Belgique, Bénin, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Comores, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Djibouti, El Salvador, Émirats arabes unis, Équateur, Érythrée, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Ghana, Grèce, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Honduras, Hongrie, Îles Cook, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (États fédérés de), Monaco, Mongolie, Monténégro, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nauru, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan,

Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Swaziland, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

(Septième séance plénière, 18 mai 2011)

WHA64(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Cameroun, Mexique, Myanmar, Nigéria, Ouzbékistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Qatar, Sénégal, Sierra Leone, Suisse.

(Neuvième séance plénière, 20 mai 2011)

WHA64(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr E. Appiah-Denkyira, délégué du Ghana, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et Mme P. T. Toelupe, délégué du Samoa, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2014. L'Assemblée a également nommé le Dr Viroj Tangcharoensathien, délégué de la Thaïlande, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS pour la durée restant à courir du mandat du Dr A. A. Yoosuf, délégué des Maldives, c'est-à-dire jusqu'en mai 2013.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011)

WHA64(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011)

WHA64(10) Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits

L'Assemblée de la Santé a examiné le rapport du groupe de travail des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits contenu dans le document A64/16 et décidé d'accepter les « prochaines étapes » visées dans le rapport. L'Assemblée a spécifiquement décidé de prolonger la période prévue dans la décision WHA63(10) afin de permettre au groupe de travail d'achever ses travaux le plus rapidement possible.

Il a en outre été décidé que le groupe de travail devrait reprendre ses travaux le plus tôt possible après la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et faire rapport sur ses travaux à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trentième session.

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011)

WHA64(11) Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique¹

L'Assemblée de la Santé a décidé de réaffirmer énergiquement les décisions des Assemblées de la Santé antérieures selon lesquelles les stocks restants de virus variolique devraient être détruits.

L'Assemblée de la Santé a également réaffirmé la nécessité de parvenir à un consensus sur une nouvelle date proposée pour la destruction des stocks de virus variolique lorsque les résultats des recherches essentielles pour améliorer l'action de santé publique face à une flambée le permettront.

L'Assemblée a également décidé d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à la session suivant la Soixante-Sixième Assemblée de la Santé, un point technique intitulé « Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique ».

(Dixième séance plénière, 24 mai 2011)

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

ANNEXES

ANNEXE 1¹

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

[A64/10 – 5 mai 2011]

Recommandation 1

Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005). L'OMS et les États Parties devraient affiner et actualiser leurs stratégies pour appliquer les prescriptions du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) en matière de renforcement des capacités, en se concentrant d'abord sur les pays qui auront du mal à respecter l'échéance de 2012. Une des façons possibles d'appuyer et d'accélérer cette mise en place serait que l'OMS s'adjoigne le concours d'organismes et d'organisations appropriés qui seraient disposés à fournir une assistance technique pour aider les pays intéressés à évaluer leurs besoins et à argumenter pour obtenir des investissements. Un plaidoyer incitant à investir dans le renforcement des capacités prévues par le RSI et la mobilisation de ressources qui s'ensuivrait permettraient probablement à un plus grand nombre d'États Parties de se conformer au RSI. Les pays donateurs et organismes d'aide pourraient s'inspirer de la liste figurant à l'annexe 1A du RSI pour établir leurs priorités en matière d'aide au développement et saisir aussi toutes les possibilités de partage entre les pays de ressources spécialisées comme les laboratoires. L'OMS devrait également actualiser les lignes directrices de 2007 sur les fonctions des points focaux nationaux et y inclure des exemples de bonnes pratiques pour renforcer l'efficacité du RSI.

Recommandation 2

Améliorer le site d'information de l'OMS sur les événements. L'OMS devrait améliorer son site d'information sur les événements afin d'en faire une source internationale autorisée pour la diffusion d'informations fiables, actuelles et facilement accessibles sur les épidémies au niveau international. Les États Parties devraient pouvoir utiliser ce site comme source essentielle d'informations sur la situation épidémiologique, l'évaluation du risque, les mesures de riposte et leur justification. Le site d'information pourrait également être utilisé pour afficher des directives de l'OMS avant que celles-ci ne soient rendues publiques. Parmi les autres moyens d'améliorer ce site d'information, on pourrait :

- utiliser le site pour poster des conseils et des messages à l'intention des points focaux nationaux ;
- engager les États Parties à autoriser l'OMS à partager davantage d'informations ;

¹ Voir la résolution WHA64.1.

- inclure davantage d'événements et donner davantage d'informations sur chacun d'eux. Par exemple, pour chaque événement, le site pourrait afficher des cartes, fournir des évaluations plus poussées des risques et formuler des recommandations, en fournissant des liens avec les lignes directrices pertinentes de l'OMS et les centres collaborateurs ;
- poster toutes les recommandations temporaires et permanentes publiées dans le cadre du RSI, ainsi que des informations sur les États Membres qui instituent des mesures supplémentaires et sur la justification desdites mesures en précisant ce qu'il en est des demandes de justification présentées par l'OMS à cet égard.

Recommandation 3

Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant les voyages et les échanges commerciaux internationaux. Quand les États Parties appliquent des mesures sanitaires qui entravent de manière importante le trafic international et qui sont plus restrictives que celles recommandées par l'OMS, l'article 43 du RSI prévoit que les États Parties doivent en informer l'OMS. (Comme indiqué à l'article 43, « entrave importante s'entend généralement du refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés, ou du report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ »). En pareilles circonstances, l'OMS devrait chercher énergiquement à obtenir les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui le justifient, communiquer ces renseignements aux autres États Parties et, le cas échéant, demander que ces mesures soient réexaminées comme le stipule l'article 43. L'OMS devrait passer en revue et évaluer l'efficacité et l'impact des mesures aux frontières prises durant la pandémie afin d'aider à formuler des orientations fondées sur des données factuelles pour de futurs événements.

Recommandation 4

Conférer l'autorité et les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI. Les États Parties devraient veiller à ce que les points focaux nationaux RSI désignés disposent de l'autorité, des ressources, des procédures, des connaissances et de la formation nécessaires pour communiquer avec tous les échelons du gouvernement ainsi qu'au nom de leur gouvernement si besoin est.

Recommandation 5

Renforcer la capacité interne de l'OMS d'assurer une riposte soutenue. L'OMS devrait renforcer sa capacité interne de faire face à une urgence de santé publique de portée internationale prolongée, telle qu'une pandémie, en déterminant les compétences, les ressources et les dispositifs internes nécessaires pour mener une action dont la durée dépasse quelques mois. Parmi les dispositifs internes que l'OMS devrait renforcer, il faudrait notamment :

- déterminer les compétences, les ressources et les ajustements nécessaires pour que l'OMS s'acquitte de son rôle en matière de coordination et d'appui mondial ;
- constituer un groupe pluridisciplinaire interne de membres du personnel qualifiés qui seraient automatiquement libérés de leurs fonctions normales pour une durée indéterminée, avec un système de roulement à intervalle défini ;
- assurer 24 heures sur 24 les services d'hébergement, de restauration, de transport et de garde d'enfant dont ont besoin les membres du personnel qui participent à une action d'urgence prolongée ;

- mettre en place une structure de gestion des événements pouvant être maintenue pendant toute la durée d'une future pandémie ou d'une autre urgence de santé publique mondiale prolongée.

Recommandation 6

Améliorer les pratiques applicables pour la nomination d'un Comité d'urgence. Pour la nomination des membres et la gestion d'un Comité d'urgence, l'OMS devrait adopter des politiques, des critères et des procédures propres à assurer que celui-ci réunisse un éventail de compétences approprié et garantisse un processus de consultation pluraliste et une transparence quant à l'absence de tout conflit d'intérêts.

- Comme le prévoit l'article 48 du RSI, l'OMS devrait nommer un Comité d'urgence ayant l'éventail de compétences voulues et la représentation géographique appropriée pour chaque événement. Le Comité d'examen a aussi conclu qu'il aurait été utile que les membres du Comité d'urgence aient un éventail de compétences plus large, y compris en communication sur les risques. Le Comité a reconnu que l'OMS devrait, dans chaque cas, nommer un Comité d'urgence doté de l'éventail de compétences techniques approprié pour l'événement précis pour lequel il est constitué. Pour une pandémie de grippe, ces compétences devraient inclure une expertise en virologie, analyses de laboratoire et épidémiologie, ainsi qu'une expérience dans le domaine de la santé publique et du leadership, et des compétences en matière de médecine vétérinaire, d'évaluation des risques et de communication sur les risques et enfin des compétences méthodologiques sur l'étude systématique de la littérature scientifique.
- Afin que l'ensemble des points de vue puisse s'exprimer, l'OMS devrait inviter tous les membres du Comité d'urgence à participer à toutes ses délibérations essentielles.
- L'OMS devrait définir des critères plus clairs et adopter des procédures plus transparentes pour la nomination des membres de comités d'experts tels que le Comité d'urgence eu égard aux conflits d'intérêts potentiels. L'identité, le profil, l'expérience et les liens personnels des membres du Comité d'urgence devraient être rendus publics au moment où il est proposé de les nommer, en donnant au public la possibilité de faire des observations durant une période probatoire initiale qui s'appliquerait à tous les membres. L'OMS devrait appliquer des critères clairs pour déterminer s'il existe un conflit d'intérêts qui justifie d'écarter un candidat, et des procédures claires pour déterminer quand et en vertu de quoi il est possible de faire des exceptions pour obtenir l'expertise ou respecter l'équilibre nécessaires. Le Comité d'examen est conscient du fait que les consultations d'experts doivent être confidentielles afin que le Directeur général puisse profiter de discussions et de conseils basés sur la franchise. Cet impératif de confidentialité oblige à appliquer des critères d'autant plus transparents pour la nomination.
- Pour gérer les conflits d'intérêts de manière plus rigoureuse et en anticipant les problèmes, l'OMS devrait notamment nommer un responsable des questions d'éthique professionnelle.

Recommandation 7

Réviser les lignes directrices sur la préparation en cas de pandémie. L'OMS devrait réviser ses lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie afin de simplifier la structure des phases (l'une des solutions consisterait à ne prévoir que trois phases : situation initiale, phase d'alerte, pandémie) ; en privilégiant une approche fondée sur les risques pour pouvoir réagir avec plus de souplesse à différents scénarios ; en s'appuyant sur une participation multisectorielle ; en s'inspirant des enseignements tirés au niveau des pays et aux niveaux régional et mondial et en incluant d'autres éléments d'orientation sur l'évaluation des risques.

Recommandation 8

Concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité. L'OMS devrait concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité de chaque épidémie de grippe. En appliquant, en évaluant et en affinant des instruments permettant de mesurer chaque année la gravité de l'épidémie, l'OMS et les États Membres pourraient être mieux préparés à évaluer la gravité d'une prochaine pandémie. L'évaluation de la gravité ne suppose pas de modifier la définition d'une pandémie en y ajoutant d'autres critères que celui de l'extension. Mais, même si elle n'entre pas dans la définition du phénomène, la gravité mesurée et anticipée est un élément clé pour la prise des décisions en cas de pandémie.

Le Comité reconnaît qu'il est particulièrement difficile d'estimer la gravité d'une flambée épidémique lors de sa phase initiale, que la gravité varie généralement selon l'endroit et dans le temps et qu'elle revêt de multiples formes (mortalité, hospitalisations et morbidité, chacun de ces paramètres variant selon l'âge et d'autres facteurs tels que l'état de santé préexistant et l'accès aux soins, la charge pesant sur le système de santé et les facteurs socio-économiques). Les termes descriptifs employés pour caractériser la gravité d'une épidémie, tels que peu prononcée, modérée et grave, devraient être définis quantitativement dans les futures lignes directrices de l'OMS afin que différents observateurs puissent les utiliser de façon systématique en différents endroits. Le Comité préconise d'envisager des instruments de mesure adaptables permettant de passer aussi rapidement que possible d'un décompte initial des cas et du nombre d'hospitalisations et de décès à un calcul des taux pour l'ensemble de la population. La gravité devrait être évaluée aussi précocement que possible lors d'une pandémie et réévaluée ensuite en permanence à mesure que la pandémie évolue et que de nouvelles données deviennent disponibles. On peut évaluer la gravité à l'aide d'un panier d'indicateurs portant sur un ensemble de données minimum convenues à l'avance (par exemple taux d'hospitalisation, chiffres de mortalité, identification des populations vulnérables et évaluation de l'impact sur les systèmes de santé). Les estimations de la gravité devraient être accompagnées d'une mention du degré de confiance ou de la marge d'incertitude avec lesquelles elles ont été établies.

Recommandation 9

Rationaliser la gestion des documents d'orientation. L'OMS a besoin d'une stratégie et d'un système de gestion des documents pour que l'élaboration, le contrôle, la traduction et la diffusion de lignes directrices et autres documents techniques puissent se faire en temps utile et de manière cohérente lors d'une urgence de santé publique. Les lignes directrices provisoires devraient être révisées au fur et à mesure que parviennent de nouvelles données. Dans la mesure du possible, si les lignes directrices ont des incidences politiques potentielles, l'OMS devrait s'efforcer au maximum de consulter les États Membres et de les informer à l'avance de la publication prochaine de nouvelles prescriptions. L'OMS devrait s'employer à assurer une cohérence des lignes directrices au travers des différents niveaux de l'Organisation tout en reconnaissant que les conditions existant dans différentes régions et différents pays peuvent être variables.

Recommandation 10

Élaborer et mettre en œuvre une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation. L'OMS devrait élaborer une politique de communication s'appliquant à l'ensemble de l'Organisation et une approche stratégique pour améliorer aussi bien les communications courantes que les communications d'urgence. Une approche stratégique suppose d'adapter le contenu, la forme et le style de la communication à tel ou tel type de média, en intervenant au moment opportun et avec la fréquence voulue pour toucher le public visé et servir l'objectif recherché. Elle devrait être prête à assurer une communication active et de longue haleine quand les circonstances l'exigent, à reconnaître les erreurs et à répondre vigoureusement et de manière professionnelle aux critiques injustifiées. Les procédures de publication sur le Web devraient être clarifiées afin qu'il soit possible de retracer

l'historique des changements apportés sur les pages Web et de les archiver. L'OMS devrait investir pour asseoir sa présence dans les médias/réseaux sociaux et pouvoir ainsi communiquer rapidement avec un public plus large et plus diversifié.

Recommandation 11

Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins. De concert avec les efforts entrepris en ce sens par les États Membres, et en s'appuyant sur les systèmes de distribution de vaccins existants, l'OMS devrait conclure des accords préalables avec les organismes et autorités appropriés des États Membres, les fabricants de vaccins et les autres parties concernées pour faciliter l'approbation de vaccins antipandémiques et leur livraison aux pays qui ont peu de ressources, afin de rendre l'approvisionnement plus équitable et de faciliter la planification anticipée de l'administration des vaccins.

Recommandation 12

Constituer une réserve plus importante de personnels de santé publique à l'échelle mondiale. Les États Membres, de concert avec l'OMS, devraient constituer une réserve mondiale plus importante d'experts et de professionnels de la santé publique, qui seraient mobilisés quand une urgence de santé publique mondiale nécessite une action soutenue et déployés dans les pays qui solliciteraient une aide. La taille et la composition et les règles de mobilisation et de déploiement d'une telle entité – le corps d'Intervention sanitaire d'urgence au niveau mondial – devraient être définies d'un commun accord par des consultations entre les États Membres et l'OMS. Le nombre d'experts déployés et leurs compétences particulières dépendront des caractéristiques de l'urgence à laquelle ces personnels seront appelés à faire face. Ces personnels permettraient de renforcer notablement l'actuel Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie en étoffant ses effectifs et en augmentant ses ressources et sa capacité, afin de mieux appuyer une riposte prolongée aux urgences de santé publique.

Actuellement, la capacité de l'OMS à préparer et mener une action prolongée en cas d'urgence de santé publique, quelle qu'elle soit, est sérieusement limitée par des déficits chroniques de financement, qui sont aggravés par les restrictions à l'utilisation des fonds imposées par les États Membres, les partenaires et d'autres donateurs. Conscient du fait que certaines de ces restrictions sont motivées par des considérations d'efficacité et de responsabilité comptable, le Comité conclut qu'il serait prudent, pour pouvoir organiser immédiatement une riposte efficace au niveau mondial, de créer en dehors de l'OMS un fonds de réserve que l'Organisation pourrait utiliser en cas d'urgence de santé publique.

Recommandation 13

Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique. Les États Membres devraient constituer un fonds pour les urgences de santé publique doté d'un minimum de US \$100 millions, qui serait mis en dépôt dans un lieu et sous une forme facilement accessible par l'OMS. Destiné à financer la montée en puissance rapide des capacités, et non l'achat de matériel, ce fonds serait utilisé partiellement ou intégralement en cas d'urgence de santé publique après approbation d'un plan de dépenses et de responsabilité comptable soumis par l'OMS. Les conditions précises d'utilisation du fonds devraient être négociées entre les États Membres en concertation avec l'OMS.

Le Comité d'examen salue les efforts faits par les États Membres pour parvenir à un accord sur l'échange des virus et la distribution des vaccins. Selon lui, l'entente sera possible si toutes les parties prenantes peuvent en attendre des avantages et des contributions à la fois équilibrés et justement répartis. Un accord partial ou exigeant une contribution sans avantage en retour, ou vice versa, ne sera ni acceptable ni viable. Le Comité d'examen estime également que les obligations et les avantages qui ne se rattachent pas à un cadre juridique ont peu de chances de durer.

Recommandation 14

Parvenir à un accord sur l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages. Le Comité d'examen encourage vivement les États Membres et l'OMS à mener à bien les négociations engagées dans le cadre du groupe de travail à composition non limitée d'États Membres sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. L'aboutissement de ces négociations conduira à une meilleure accessibilité des vaccins et autres avantages et à une plus grande équité lors de la prochaine pandémie, et permettront que les virus grippaux continuent à être échangés en temps voulu.

Le Comité d'examen propose que les éléments suivants soient pris en considération pour parvenir à un accord acceptable.

Mesures visant à accroître la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux :

- L'OMS devrait continuer à collaborer avec les laboratoires de santé publique pour mettre les souches semences du vaccin à la disposition de tous les fabricants de vaccins.
- Dans la mesure où cela concorde avec les priorités nationales, l'évaluation des risques et les ressources, le Comité d'examen encourage vivement les pays à vacciner la population tous les ans contre la grippe saisonnière. Cette mesure peut permettre de réduire la charge de la maladie, apporter une expérience supplémentaire en matière de production et de distribution au niveau local, et contribuer à accroître la capacité mondiale de production de vaccins. Plus généralement, l'expérience acquise dans le cadre de programmes généraux d'action menés durant la période de la grippe saisonnière (dans des domaines comme la surveillance, la communication, la formation professionnelle et l'éducation du public, les mesures de protection de la santé et l'utilisation des médicaments) fournit une préparation utile en prévision d'une future pandémie majeure.
- Le Comité encourage vivement les pays à renforcer leur capacité de recevoir, entreposer, distribuer et administrer les vaccins. Les innovations technologiques qui limitent le recours à la chaîne du froid et qui simplifient l'administration des vaccins rendront ces processus plus efficaces.
- Le Comité encourage les États Membres, les organisations internationales et l'industrie à faciliter le transfert de technologies pour la production de vaccins et d'adjuvants dans des parties du monde comme l'Afrique qui n'en ont pas actuellement la capacité, à travers des programmes existants comme le Plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique (GAP).

Mesures visant à élargir l'accès au vaccin contre la grippe pandémique, à le rendre plus abordable financièrement et à étendre sa distribution :

- Tous les fabricants de vaccins devraient s'engager à prélever 10 % des vaccins antigrippe pandémique de chaque série de production pour constituer une réserve mondiale qui sera redistribuée. L'OMS serait chargée d'attribuer les réserves de vaccins en prenant l'avis d'un comité consultatif.
- Des accords préalables entre l'industrie, l'OMS et les pays permettraient d'élargir l'accès aux vaccins et aux antiviraux. Ces accords devraient être négociés quel que soit le sous-type de virus, pour une durée déterminée (par exemple de trois à cinq ans), et régulièrement réexaminés et renouvelés.

- Les autres mesures pouvant promouvoir un accès plus large et plus équitable au vaccin sont notamment l'application de prix différenciés, l'aide économique directe aux pays qui ont peu de ressources et les dons supplémentaires de vaccins faits par des pays acheteurs ou des fabricants.
- Les pays qui reçoivent des dons de vaccins devraient adopter les mêmes pratiques que les acheteurs de vaccins et exonérer les fabricants de certaines responsabilités légales et les couvrir en cas de poursuites.

Mesures visant à dépister et à identifier rapidement les virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie :

- Chaque État Membre devrait s'engager à communiquer rapidement aux laboratoires collaborateurs de l'OMS, conformément aux principes de l'échange des virus grippaux et de l'accès aux vaccins et autres avantages, tout échantillon biologique ou isolement viral pouvant être lié à l'apparition d'un nouveau virus grippal ou d'un virus grippal émergent dans les populations humaines. Les virus isolés chez des animaux devraient être rapidement acheminés par l'intermédiaire du système de santé vétérinaire approprié. Les échanges de spécimens et d'isollements viraux devraient s'accompagner de dispositions visant à assurer le partage des retombées positives, y compris l'accès aux vaccins.

À l'échelle mondiale, la capacité à prévenir et à juguler une pandémie grave est limitée par de nombreux facteurs : des techniques de fabrication du vaccin qui, pour la plupart, n'ont guère évolué depuis 60 ans ; la nécessité de faire correspondre le vaccin à des souches virales particulières ; l'impossibilité de prévoir quels virus grippaux présenteront un danger pour la santé humaine ; l'incertitude quant à l'efficacité de nombreuses interventions pharmaceutiques et mesures de santé publique ; l'absence de tests diagnostiques hautement sensibles et spécifiques, rapides, d'un coût abordable et pouvant être effectués sur le terrain ; et l'insuffisance des infrastructures, des ressources et des capacités dans de nombreux pays. Il serait aussi nécessaire d'améliorer les connaissances et les stratégies pratiques pour mettre en place des mesures de santé publique et de protection personnelle, telles que le lavage des mains, le respect des règles d'hygiène en cas de toux ou d'éternuement, l'isolement et la réduction des contacts sociaux.

Certaines de ces contraintes pourront être surmontées à la longue grâce à des recherches menées aux niveaux national et international. En outre, les résultats de la recherche sur les mesures de protection personnelle et de santé publique peuvent s'appliquer à toute menace émergente pour la santé publique, en particulier lorsqu'il n'existe pas ou très peu de médicaments ou de vaccins. Dans la mesure où l'évaluation des mesures de santé publique doit généralement se faire en temps réel au beau milieu d'une flambée épidémique, il est crucial d'avoir conçu et préparé des protocoles de recherche et des plans à l'avance. Indépendamment des progrès de la recherche, la résilience mondiale dépend de facteurs environnementaux et de facteurs propres à l'hôte, de sorte que l'amélioration de l'état de santé de la population, la promotion du développement économique et le renforcement des systèmes de santé peuvent atténuer l'impact d'un futur virus pandémique.

Recommandation 15

Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe. Les États Membres, individuellement ou en coopération les uns avec les autres, et l'OMS devraient mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe. Celui-ci devrait s'appuyer sur un examen approfondi des données factuelles recueillies dans tous les domaines lors de la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Les principaux objectifs de la recherche sont notamment d'améliorer les techniques de surveillance et de renforcer les méthodes épidémiologiques et les moyens de laboratoire pour pouvoir mieux repérer et caractériser les nouveaux virus et suivre leur évolution ; de dégager les facteurs propres au virus et à l'hôte qui déterminent la transmissibilité et la virulence ; de mettre au point des tests diagnostiques rapides, fiables et d'un coût abordable utilisables sur le lieu où sont prodigués les soins ; de faire des modélisations prévisionnelles plus exactes dans de meilleurs délais ;

de mettre au point des vaccins à plus large spectre hautement efficaces et à effet plus durable ; d'accélérer la production de vaccins et d'augmenter le débit ; de concevoir des antiviraux et des antimicrobiens plus efficaces pour traiter les complications bactériennes ; d'évaluer l'efficacité des médicaments, des vaccins, du matériel de protection individuelle et d'hygiène personnelle et des interventions sociales ; d'évaluer l'efficacité et les coûts des mesures aux frontières et d'améliorer la communication au sujet des risques. Beaucoup de ces recherches et évaluations peuvent et devraient être menées en l'absence d'une pandémie. Toutefois, certaines études ne peuvent être effectuées qu'à l'occasion d'un événement mondial comme une pandémie. Il est essentiel que des protocoles soient préétablis en vue de telles études et que des sources de financement soient trouvées à l'avance afin que les recherches puissent commencer sans retard.

Tableau Responsabilité principale et calendrier pour la mise en œuvre des recommandations

	À court terme (dans l'année qui suit)	À moyen terme (dans les 2 ans)	À long terme (2 ans et plus)
OMS	<p>Améliorer le site d'information de l'OMS sur les événements (Recommandation 2)</p> <p>Renforcer la capacité interne de l'OMS d'assurer une riposte soutenue (Recommandation 5)</p> <p>Améliorer les pratiques applicables pour la nomination d'un comité d'urgence (Recommandation 6)</p> <p>Rationaliser la gestion des documents d'orientation (Recommandation 9)</p> <p>Élaborer et mettre en œuvre une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation (Recommandation 10)</p>	<p>Réviser les lignes directrices sur la préparation en cas de pandémie (Recommandation 7)</p> <p>Concevoir et utiliser des instruments de mesures permettant d'évaluer la gravité (Recommandation 8)</p>	<p>Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant les voyages et les échanges commerciaux internationaux (Recommandation 3)</p>
Pays	<p>Parvenir à un accord sur l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages (Recommandation 14)</p>	<p>Conférer l'autorité et les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI (Recommandation 4)</p>	<p>Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI (Recommandation 1)</p>
Responsabilité conjointe		<p>Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins (Recommandation 11)</p> <p>Constituer une réserve plus importante de personnels de santé publique à l'échelle mondiale (Recommandation 12)</p> <p>Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique (Recommandation 13)</p>	<p>Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe (Recommandation 15)</p>

ANNEXE 2

Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages

[A64/8, Pièce jointe 2–5 mai 2011]

	Pages
1. PRINCIPES	81
2. OBJECTIF	82
3. PORTÉE	83
4. DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE EMPLOYÉE	83
4.1 Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique ou « Matériels biologiques PIP »	83
4.2 Autres termes techniques	83
4.3 Institutions, organisations et entités	88
4.4 Autres termes	85
5. SYSTÈME DE PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE POUR L'ÉCHANGE DU VIRUS H5N1 ET D'AUTRES VIRUS GRIPPAUX SUSCEPTIBLES DE DONNER LIEU À UNE PANDÉMIE HUMAINE	86
5.1 Considération générales	86
5.2 Données sur les séquences génétiques	87
5.3 Dispositifs de traçabilité et de notification	87
5.4 Accords types sur le transfert de Matériels	88
6. SYSTÈME DE PARTAGE DES AVANTAGES POUR LA PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE	88
6.0 Considérations générales	88
6.1 Coordination par l'OMS de la préparation et de la riposte en cas de pandémie	89
6.2 Évaluation du risque de pandémie et riposte	89
6.3 Fourniture de virus vaccinaux candidats PIP	89
6.4 Fourniture de réactifs et de tests de diagnostic	90

6.5	Fourniture de réactifs de référence pour déterminer l'activité des vaccins.....	90
6.6	Renforcement des moyens de laboratoire et de surveillance de la grippe	90
6.7	Renforcement des moyens de réglementation.....	90
6.8	Stocks d'antiviraux	91
6.9	Stock de vaccins pour la préparation en cas de grippe pandémique	91
6.10	Accès aux vaccins durant la période interpandémique pour les pays en développement.....	92
6.11	Accès aux vaccins contre la grippe pandémique.....	92
6.12	Prix dégressifs.....	92
6.13	Transfert de technologie	93
6.14	Mécanismes de financement durable et innovant	93
7.	GOUVERNANCE ET EXAMEN	94
7.1	Considérations générales	94
7.2	Groupe consultatif.....	95
7.3	Gouvernance et examen du mandat des laboratoires du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte	96
7.4	Suivi et examen du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique	96
Appendice 1	Accord type sur le transfert de Matériels 1	98
Appendice 2	Accord type sur le transfert de Matériels 2	102
Appendice 3	Groupe consultatif – Mandat.....	106
Appendice 4	Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine	109
Appendice 5	Mandat relatif aux travaux sur des Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique	111

1. PRINCIPES

Concernant la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages, les États Membres de l'OMS :

- 1) rappellent la résolution WHA60.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages ;
- 2) notent le risque persistant d'une pandémie de grippe pouvant avoir des conséquences sanitaires, économiques et sociales catastrophiques, en particulier pour les pays en développement qui enregistrent une plus lourde charge de morbidité et qui sont plus vulnérables ;
- 3) reconnaissent que les États Membres s'engagent à échanger sur un pied d'égalité le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine et à partager les avantages, les considérant comme des éléments d'égale importance de l'action collective menée en faveur de la santé publique dans le monde ;
- 4) le présent Cadre tendra vers une application universelle pour protéger la population mondiale contre la propagation internationale des maladies ;
- 5) rappellent que l'échange rapide, systématique et dans les meilleurs délais du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine avec les Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe et les Laboratoires OMS de référence H5 est nécessaire pour contribuer à l'évaluation du risque de pandémie, à la mise au point de vaccins antipandémie, à l'actualisation des réactifs et kits de diagnostic et à la surveillance de la résistance aux médicaments antiviraux ;
- 6) réaffirment les obligations des États Parties au titre du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 7) reconnaissent que le présent Cadre doit être appliqué de façon conforme aux lois, réglementations et obligations nationales et internationales en vigueur ;
- 8) reconnaissent que les avantages découlant de l'échange du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine doivent être partagés avec tous les États Membres en fonction des risques et des besoins au regard de la santé publique ;
- 9) reconnaissent la nécessité d'un cadre juste, transparent, équitable et efficace pour l'échange du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine et pour le partage des avantages, notamment l'accès à du matériel de diagnostic et à des traitements d'un coût abordable, y compris des vaccins, et leur distribution dans les meilleurs délais à ceux qui en ont besoin, surtout dans les pays en développement ;
- 10) reconnaissent également les fonctions de direction et de surveillance de l'OMS pour ces questions et la nécessité de collaborer avec le coordonnateur du système des Nations Unies pour les gripes aviaire et humaine et les organisations intergouvernementales intéressées ;
- 11) reconnaissent le droit souverain des États sur leurs ressources biologiques et l'importance d'une action collective en vue d'atténuer les risques pour la santé publique ;
- 12) rappellent la Stratégie mondiale pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle adoptée dans la résolution WHA61.21 ;

13) rappellent qu'il est reconnu dans les résolutions WHA60.28 et WHA61.21 que « les droits de propriété intellectuelle n'empêchent pas et ne devraient pas empêcher les États Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique » et que « les droits de propriété intellectuelle sont une incitation importante à mettre au point de nouveaux produits médico-sanitaires » mais que « cette incitation ne peut à elle seule stimuler la mise au point de nouveaux produits indispensables pour lutter contre les maladies lorsque le marché potentiel pour la vente de ces produits est restreint ou incertain » ;

14) reconnaissent que la volonté d'échanger, sur un pied d'égalité, le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine et de partager les avantages permet aux États Membres de l'OMS et au Directeur général d'évaluer le risque de pandémie de grippe à l'échelle mondiale et de prendre des mesures pour réduire le risque de pandémie et faciliter la mise au point et la production de vaccins, de matériel de diagnostic et autres produits pharmaceutiques pouvant aider à rapidement faire face à une pandémie et à l'endiguer ;

15) notent avec une profonde préoccupation que la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux est actuellement insuffisante pour répondre aux besoins anticipés en cas de pandémie ;

16) notent avec une profonde préoccupation que les unités de fabrication de vaccins antigrippaux sont mal réparties, en particulier dans les pays en développement, et que certains États Membres ne peuvent ni élaborer ni produire les vaccins et autres avantages, n'ont pas les moyens de se les procurer et ne peuvent y accéder ;

17) prennent note du Plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique visant à accroître l'approvisionnement en vaccins¹ et de l'objectif qu'il fixe de réduire l'écart entre la demande potentielle en cas de pandémie de grippe et l'approvisionnement en augmentant la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux, y compris dans les pays en développement ;

18) reconnaissent combien il est important que les États Membres, les fabricants de produits pharmaceutiques et autres entités ayant accès aux technologies pertinentes pour le matériel de diagnostic de la grippe, les vaccins et les produits pharmaceutiques antigrippaux consentent les efforts voulus pour transférer ces technologies, compétences, connaissances et savoir-faire aux pays qui n'y ont pas accès actuellement, en particulier les pays en développement ;

19) reconnaissent qu'il est nécessaire de créer des mécanismes de financement qui contribuent à rendre plus abordables les vaccins, les médicaments et les technologies de qualité contre la grippe, et leur accès plus équitable pour les pays en développement.

2. OBJECTIF

Le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique a pour objectif d'améliorer la préparation et la riposte en cas de grippe pandémique et de renforcer la protection contre la grippe pandémique en améliorant et renforçant le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (« GISRS de l'OMS »), avec pour but un système juste, transparent, équitable, efficient et efficace pour, sur un pied d'égalité :

¹ Document WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

- i) l'échange du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine ; et
- ii) l'accès aux vaccins et le partage des autres avantages.

3. PORTÉE

3.1 Le présent Cadre s'applique à l'échange du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine et au partage des avantages.

3.2 Le présent Cadre ne s'applique pas aux virus de la grippe saisonnière ni aux autres agents pathogènes ou substances biologiques non grippaux que peuvent contenir les échantillons cliniques échangés en application du présent Cadre.

4. DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE EMPLOYÉE

Aux fins du présent Cadre, les termes suivants ont le sens qui leur est assigné ci-après.

4.1 Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique ou « Matériels biologiques PIP »

Les « Matériels biologiques PIP »¹ comprennent, aux fins du présent Cadre (ainsi que des Accords types sur le transfert de Matériels (SMTA) et des mandats figurant en appendice) et du dispositif de traçabilité des virus grippaux, les échantillons cliniques humains,² les isollements du virus humain H5N1 et d'autres virus grippaux de type sauvage susceptibles de donner lieu à une pandémie ; et les virus modifiés à partir du virus H5N1 et/ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie mis au point par les laboratoires du GISRS de l'OMS, ceux-ci étant des virus vaccinaux candidats obtenus par génétique inverse et/ou des virus réassortis à forte capacité de croissance.

Les « Matériels biologiques PIP » comprennent également l'ARN dérivé du virus H5N1 et d'autres virus grippaux de type sauvage susceptibles de donner lieu à une pandémie et l'ADNc englobant toute la région codante d'un ou plusieurs gènes viraux.¹

4.2 Autres termes techniques

« Séquences génétiques » s'entend de l'ordre des nucléotides présents dans une molécule d'ADN ou d'ARN. Elles contiennent l'information génétique qui détermine les caractéristiques biologiques d'un organisme ou d'un virus.

Les « réactifs de référence » sont des substances biologiques ou chimiques, des organismes ou parties de ceux-ci utilisés pour le diagnostic ou les activités de surveillance. Ils sont rigoureusement caractérisés et il est établi qu'ils peuvent être utilisés comme normes pour comparer et valider les résultats d'analyses obtenus dans différents laboratoires.

¹ EXCEPTION OPÉRATIONNELLE : les matériels échangés au sein du GISRS de l'OMS ou avec d'autres laboratoires spécifiquement pour des utilisations non commerciales de santé publique, y compris des activités de surveillance, des applications diagnostiques et d'assurance de la qualité, ne sont pas traités comme des Matériels biologiques PIP. Leur transfert ultérieur pour des fins autres que celles précisées dans le mandat des Centres nationaux de la grippe, des Centres collaborateurs de l'OMS, des Laboratoires essentiels de réglementation et des Laboratoires OMS de référence H5 n'est pas autorisé au titre de la présente exception opérationnelle.

² Ce terme est défini plus loin.

« Réactifs (de référence) pour déterminer l'activité des vaccins » s'entend des réactifs utilisés par les fabricants de vaccins et les laboratoires de réglementation pour mesurer et normaliser l'activité des vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie.

« Virus grippal susceptible de donner lieu à une pandémie humaine » s'entend de tout virus grippal de type sauvage dont on a constaté qu'il provoque des infections humaines et qui possède un antigène hémagglutinine distinct de celui des virus de la grippe saisonnière, caractéristique indiquant que le virus peut être associé à une pandémie dans les populations humaines si l'on se réfère au Règlement sanitaire international (2005).

« Virus vaccinal de préparation en cas de grippe pandémique » ou « virus vaccinal PIP » s'entend de tout virus réassorti à forte capacité de croissance, virus grippal de référence, virus grippal recommandé par l'OMS pour la fabrication de vaccins ou autre matériel de virus grippal obtenu, y compris par des technologies nouvelles ou récentes, à partir du virus H5N1 ou d'un autre virus grippal susceptible de donner lieu à une pandémie humaine qui est fourni à des fabricants de vaccins antigrippaux dans le but de mettre au point un prototype de vaccin antipandémique, un vaccin prépandémique, un vaccin antipandémique ou un autre vaccin antigrippal.

« Échantillons cliniques » s'entend des matériels prélevés chez l'homme ou l'animal, dans la mesure où les laboratoires/pays d'origine échangent avec le GISRS de l'OMS les échantillons prélevés chez l'animal. Il s'agit des échantillons prélevés au niveau des voies respiratoires (par exemple écouvillonnage et aspiration de sécrétions) et des prélèvements de sang, de sérum, de plasma, de selles et de tissus effectués à des fins de diagnostic, de détection et de caractérisation plus poussée des agents pathogènes, d'étude ou d'analyse.

« Virus réassortis à forte capacité de croissance » s'entend des virus grippaux hybrides, y compris des virus recombinants, obtenus à partir de deux virus grippaux différents ou plus et choisis afin d'augmenter leur capacité de croissance dans des œufs embryonnés ou en culture tissulaire pour une production optimale de vaccins.

« Virus grippaux de référence » s'entend des virus grippaux de type sauvage d'origine humaine ou animale que l'OMS a sélectionnés comme étant représentatifs de groupes importants de virus grippaux sur la base d'études antigéniques et génétiques approfondies et de comparaisons avec les virus grippaux trouvés dans de nombreux pays. Au fur et à mesure de l'évolution naturelle des virus grippaux, on choisit de nouveaux virus grippaux de référence.

« Virus grippaux recommandés par l'OMS pour la fabrication de vaccins » s'entend des virus grippaux de type sauvage à partir desquels l'OMS recommande de préparer un vaccin antigrippal.

« Virus grippaux de type sauvage » ou « isoléments de virus grippal » s'entend des virus grippaux qui ont été décelés par n'importe quel moyen, y compris par méthode moléculaire, et/ou cultivés dans des œufs embryonnés ou en cellules (donc isolés) directement à partir d'échantillons cliniques ou ayant subi des passages en culture ultérieurs et qui n'ont pas été modifiés à dessein.

4.3 Institutions, organisations et entités

« Laboratoires essentiels de réglementation » s'entend des laboratoires de la grippe désignés par l'OMS qui relèvent des organismes nationaux de réglementation ou leur sont associés et qui jouent un rôle crucial au niveau mondial dans l'élaboration, la réglementation et la normalisation des vaccins antigrippaux. Ils participent au GISRS de l'OMS selon leur mandat correspondant.

« Fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux » s'entend des entités publiques ou privées, y compris des instituts universitaires, des entités d'État ou subventionnées par l'État, des organisations à but non lucratif ou des entités commerciales, qui mettent au point et/ou produisent des vaccins antigrippaux destinés à l'homme et autres produits tirés du virus H5N1 ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine ou utilisant ces virus.

« Centres nationaux de la grippe » ou « CNG » s'entend des laboratoires de la grippe désignés et autorisés par un État Membre et ultérieurement reconnu par l'OMS pour exercer certaines fonctions, y compris pour fournir des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS conformément au mandat.

« Autres laboratoires autorisés » s'entend des laboratoires de la grippe autorisés par l'État Membre à fournir des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS. Ce terme est destiné à couvrir les laboratoires des États Membres qui n'ont pas de Centre national de la grippe ou des États Membres qui ont un CNG mais aussi d'autres laboratoires qui accomplissent certaines tâches habituellement effectuées par les CNG.

« Chercheurs en santé publique » s'entend des chercheurs en santé publique et/ou sciences fondamentales travaillant dans des institutions publiques ou privées extérieures au GISRS de l'OMS, des universités et d'autres instituts de recherche universitaires dont les travaux sont principalement axés sur la santé publique.

« Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe » ou « CC OMS » s'entend des laboratoires de la grippe désignés par l'OMS et appuyés par les autorités nationales pour accomplir des tâches déterminées au sein du GISRS de l'OMS qui ont accepté un mandat en bonne et due forme de l'OMS. En général, ils diffèrent des Centres nationaux de la grippe et des Laboratoires OMS de référence H5 par le fait qu'ils ont des responsabilités mondiales et des moyens techniques plus importants.

« Laboratoires OMS de référence H5 » s'entend des laboratoires de la grippe désignés par l'OMS pour renforcer les capacités nationales et régionales permettant de diagnostiquer de manière fiable l'infection à virus H5 jusqu'à ce que ces capacités soient plus répandues.

« GISRS de l'OMS » s'entend du réseau international de laboratoires de la grippe coordonné par l'OMS qui assure la surveillance de la grippe tout au long de l'année, évalue le risque de grippe pandémique et aide à prendre des mesures de préparation. Le GISRS de l'OMS comprend les Centres nationaux de la grippe, les Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation.

4.4 Autres termes

« Groupe consultatif » s'entend du Groupe visé à la section 7.2 du présent Cadre.

« Pays touchés » s'entend des pays où ont été constatés des cas confirmés en laboratoire de grippe à H5N1 ou de grippe due à d'autres virus susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine.

« Directeur général » s'entend du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

« Pays les moins avancés » s'entend des pays régulièrement classés comme tels par le Comité des Politiques de Développement de l'ONU.

« Laboratoire d'origine » s'entend d'un Laboratoire national de la grippe ou Autre laboratoire autorisé qui envoie initialement des Matériels biologiques PIP/échantillons cliniques à d'autres laboratoires du GISRS de l'OMS et à d'autres destinataires.

« État Membre d'origine » s'entend de l'État Membre où les Matériels biologiques PIP/échantillons cliniques ont été initialement recueillis.

« Cadre de préparation en cas de grippe pandémique » s'entend du présent Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et aux autres avantages.

« Dispositif de traçabilité des virus grippaux » (« IVTM ») s'entend d'un système informatique permettant de suivre le transfert et les mouvements des Matériels biologiques PIP à destination, à l'intérieur et en dehors du GISRS de l'OMS comme stipulé dans le Cadre.

« Stock d'antiviraux de l'OMS » s'entend d'une réserve de médicaments antiviraux et de matériel associé pour faire face aux flambées de grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, comme stipulé à la section 6.8 du présent Cadre.

« États Membres de l'OMS » s'entend des États Parties à la Constitution de l'OMS.

« Stock OMS de vaccins pour la préparation en cas de grippe pandémique » ou « stock de vaccins PIP » s'entend du stock de vaccins contre le virus H5N1 ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine visé à la section 6.9 du présent Cadre.

« Secrétariat de l'OMS » a le sens qui lui est assigné dans la Constitution de l'OMS.

5. SYSTÈME DE PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE POUR L'ÉCHANGE DU VIRUS H5N1 ET D'AUTRES VIRUS GRIPPAUX SUSCEPTIBLES DE DONNER LIEU À UNE PANDÉMIE HUMAINE

5.1 Considérations générales

5.1.1 Les États Membres devraient fournir de façon rapide et systématique et dans les meilleurs délais, par l'intermédiaire de leurs Centres nationaux de la grippe et Autres laboratoires autorisés, des Matériels biologiques PIP provenant de tous les cas de grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, dans la mesure du possible, au Centre collaborateur de l'OMS pour la grippe ou au Laboratoire OMS de référence H5 du choix de l'État Membre d'origine.

5.1.2 En fournissant des Matériels biologiques PIP provenant de Centres nationaux de la grippe et Autres laboratoires autorisés aux Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe et aux Laboratoires OMS de référence H5 comme le stipule l'alinéa 5.1.1 ci-dessus, les États Membres donnent leur consentement au transfert et à l'utilisation ultérieurs des Matériels biologiques PIP aux institutions, organisations et entités sous réserve des dispositions des Accords types sur le transfert de Matériels.

5.1.3 Les Centres nationaux de la grippe et Autres laboratoires autorisés s'efforceront, dans la mesure du possible, de faire en sorte que les Matériels biologiques PIP provenant de cas de grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine qu'ils fournissent aux Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe et aux Laboratoires OMS de référence H5 :

- i) contiennent du matériel viable ; et
- ii) soient accompagnés des informations prévues par le dispositif de traçabilité des virus grippaux et des autres données cliniques et épidémiologiques nécessaires pour évaluer les risques.

5.1.4 Les États Membres peuvent également fournir des Matériels biologiques PIP directement à toute autre Partie ou tout organisme sur une base bilatérale, pour autant que les mêmes matériels soient fournis à titre prioritaire aux Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe et/ou aux Laboratoires OMS de référence H5 en application du présent Cadre.

5.2 Données sur les séquences génétiques

5.2.1 Les données sur les séquences génétiques et les analyses issues de ces données concernant le virus H5N1 et d’autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine devraient être échangées de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais avec le laboratoire d’origine et entre les Laboratoires du GISRS de l’OMS.

5.2.2 Compte tenu de l’importance pour la santé publique d’une transparence accrue et d’un meilleur accès aux données sur les séquences génétiques virales et de la tendance à utiliser des bases de données du domaine public ou d’accès public telles que Genbank et GISAID, respectivement ; et

5.2.3 Reconnaissant que, dans certains cas, la publication des données sur les séquences génétiques a été jugée délicate par le pays ayant fourni le virus ;

5.2.4 Les États Membres prient le Directeur général de consulter le Groupe consultatif sur la meilleure procédure à suivre pour examiner plus avant et résoudre les questions liées à l’utilisation des données sur les séquences génétiques du virus H5N1 et d’autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie dans le contexte du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique.

5.3 Dispositifs de traçabilité et de notification

5.3.1 Le Directeur général, en concertation avec le Groupe consultatif,¹ mettra en place dans les meilleurs délais un dispositif de traçabilité transparent au moyen d’un système électronique permettant de suivre en temps réel les mouvements des Matériels biologiques PIP à destination, au sein et en dehors du GISRS de l’OMS.

5.3.2 Pour faire en sorte qu’une information en retour soit fournie de façon rapide et systématique et dans les meilleurs délais aux laboratoires et États Membres d’origine, le Directeur général veillera également à ce qu’il soit demandé, dans le dispositif de traçabilité et les systèmes de notification électroniques qui lui sont associés, que les Centres collaborateurs de l’OMS et les Laboratoires de référence H5 fournissent un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information disponible requise par le laboratoire d’origine concernant les Matériels biologiques PIP.

¹ En novembre 2007, à la réunion intergouvernementale sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages, le terme « dispositif consultatif » a été substitué au terme « dispositif de surveillance » employé dans la résolution WHA60.28.

5.3.3 Pour faire en sorte que le dispositif de traçabilité des virus grippaux n'entrave pas le fonctionnement du GISRS de l'OMS pendant les situations d'urgence liées à la grippe pandémique, telles que déterminées par le Directeur général, le Directeur général peut modifier temporairement l'exigence d'enregistrement de tous les Matériels biologiques PIP. Une telle modification doit être limitée à la souche ou aux souches de virus pandémique en rapport avec la situation d'urgence.

5.3.4 Le Directeur général rendra compte d'une quelconque modification de ce type aux États Membres.

5.4 Accords types sur le transfert de Matériels

5.4.1 L'Accord type sur le transfert de Matériels 1 (SMTA 1) figurant à l'appendice 1 sera utilisé pour régir tous les transferts de Matériels biologiques PIP à l'intérieur du GISRS de l'OMS pendant la durée d'applicabilité de celui-ci.

5.4.2 Le Directeur général passera des accords avec des entités extérieures au GISRS de l'OMS en utilisant l'Accord type sur le transfert de Matériels 2 (SMTA 2) figurant à l'appendice 2. Ces accords porteront sur tous les transferts de Matériels biologiques PIP à des bénéficiaires pendant leur durée.

6. SYSTÈME DE PARTAGE DES AVANTAGES POUR LA PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE

6.0 Considérations générales

6.0.1 Les États Membres devraient, en collaboration avec le Secrétariat de l'OMS, contribuer à un système de partage des avantages pour la préparation en cas de grippe pandémique et exhorter les institutions, organisations et entités concernées, les fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux ainsi que les chercheurs en santé publique à apporter eux aussi le concours voulu à ce système.

6.0.2 Le système PIP de partage des avantages aura pour objet :

- i) de permettre une surveillance de la pandémie et une évaluation des risques et de fournir des informations et des services d'alerte rapide à tous les pays ;
- ii) d'apporter aux États Membres des avantages, y compris, le cas échéant, le renforcement des capacités en matière de surveillance de la pandémie, d'évaluation des risques ainsi que d'information et de services d'alerte rapide ;
- iii) d'accorder un degré de priorité élevé aux pays en développement, en particulier aux pays touchés, selon le risque pour la santé publique et les besoins, et en particulier aux pays qui n'ont pas de capacité propre de production de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux, pour qu'ils profitent des avantages importants, y compris des médicaments antiviraux et des vaccins contre la grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine. Les priorités seront fixées d'après l'évaluation des risques pour la santé publique et des besoins, par des experts et selon des lignes directrices transparentes ;
- iv) de renforcer les capacités des pays bénéficiaires au fil du temps pour et par l'assistance technique et le transfert de technologie, de compétences et de savoir-faire et l'augmentation de la capacité de production de vaccins antigrippaux, en fonction des risques pour la santé publique et des besoins de ces pays.

6.0.3 Le système de partage des avantages pour la préparation en cas de grippe pandémique comprendra les éléments exposés ci-après dans cette partie.

6.1 Coordination par l’OMS de la préparation et la riposte en cas de pandémie

L’OMS coordonnera la préparation et la riposte en cas de pandémie de grippe conformément aux dispositions applicables du Règlement sanitaire international (2005) et au présent Cadre. S’agissant des avantages décrits dans ce Cadre, l’OMS devrait porter une attention particulière aux politiques et aux pratiques visant à promouvoir l’allocation juste, équitable et transparente de ressources médicales limitées (y compris mais pas exclusivement les vaccins, les antiviraux et les matériels diagnostiques) au cours d’une pandémie, sur la base des risques pour la santé publique et des besoins, notamment de l’épidémiologie de la pandémie. Pendant les périodes interpandémiques, l’OMS travaillera avec les États Membres et les parties prenantes concernées à se préparer au rôle susmentionné.

6.2 Évaluation du risque de pandémie et riposte

6.2.1 Les Laboratoires du GISRS de l’OMS mettront à la disposition du Secrétariat de l’OMS et de l’État Membre d’origine, de façon rapide et systématique et dans les meilleurs délais, un résumé de leurs analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information disponible requise concernant les Matériels biologiques PIP pour permettre aux pays touchés, et en particulier aux pays en développement, une riposte efficace et significative face aux risques.

6.2.2 L’OMS fournira des informations sur la riposte, y compris mais pas exclusivement, des informations sur la mise au point de vaccins, de virus candidats et d’antiviraux efficaces, à tous les pays touchés, et en particulier aux pays en développement, pour permettre une riposte efficace et significative face aux risques.

6.2.3 Le Secrétariat de l’OMS mettra à la disposition de l’ensemble des États Membres, de façon rapide et systématique et dans les meilleurs délais, des évaluations du risque de pandémie et apportera son aide pour les moyens de riposte avec toutes les informations nécessaires.

6.2.4 Les Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe et les Laboratoires OMS de référence H5 ainsi que le Directeur général continueront activement de fournir une assistance technique aux États Membres pour renforcer les moyens de recherche et de surveillance, y compris la formation du personnel, dans le but d’améliorer l’évaluation nationale du risque de pandémie et la riposte face à celui-ci.

6.3 Fourniture de virus vaccinaux candidats PIP

6.3.1 Le Directeur général veillera à ce que les Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe/les Laboratoires de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation, comme convenu dans le mandat, fournissent des virus vaccinaux candidats PIP à la demande :

- i) aux fabricants de vaccins antigrippaux sur une base non préférentielle ;
- ii) à la fois aux laboratoires des pays d’origine et aux autres États Membres ;
- iii) à tout autre laboratoire.

6.3.2 Toute entité recevant des virus vaccinaux candidats PIP se conformera aux lignes directrices appropriées concernant la sécurité biologique (*Manuel OMS de sécurité biologique en laboratoire*, 3^e édition) et appliquera les meilleures pratiques de protection en laboratoire.

6.4 Fourniture de réactifs et de tests de diagnostic

6.4.1 Les Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation, en collaboration avec le Secrétariat de l’OMS, continueront de mettre gratuitement à la disposition des Centres nationaux de la grippe et Autres laboratoires autorisés des réactifs et des tests de diagnostic non commerciaux permettant l’identification et la caractérisation des échantillons cliniques grippaux.

6.4.2 Les fabricants de matériel de diagnostic de la grippe qui reçoivent des Matériels biologiques PIP sont vivement encouragés à mettre à la disposition des laboratoires du GISRS de l’OMS, gratuitement ou à des tarifs de faveur et/ou préférentiels des réactifs et des tests de diagnostic permettant l’identification et la caractérisation des échantillons cliniques grippaux, si les circonstances le justifient.

6.5 Fourniture de réactifs de référence pour déterminer l’activité des vaccins

6.5.1 Les Laboratoires essentiels de réglementation continueront de fournir à la demande des réactifs de référence pour déterminer l’activité des vaccins dirigés contre le virus H5N1 et d’autres virus susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine aux laboratoires nationaux de réglementation et aux fabricants de vaccins antigrippaux de tous les États Membres.

6.5.2 Les Laboratoires essentiels de réglementation continueront de dispenser à la demande une formation en matière de contrôle de la qualité des vaccins dirigés contre le virus H5N1 et d’autres virus susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine aux laboratoires nationaux de réglementation de tous les États Membres.

6.6 Renforcement des moyens de laboratoire et de surveillance de la grippe

6.6.1 Sur demande, les États Membres qui disposent de moyens de laboratoire et de systèmes de surveillance de la grippe perfectionnés sont vivement encouragés à continuer de collaborer avec l’OMS et les autres États Membres, en particulier les pays en développement, afin de mettre en place au plan national des moyens de laboratoire et de surveillance de la grippe permettant notamment :

- i) de procéder à la détection, à l’isolement et à la caractérisation précoces des virus ;
- ii) de participer à l’évaluation du risque de pandémie et à la riposte ;
- iii) de développer le potentiel de recherche concernant la grippe ;
- iv) de parvenir aux qualifications techniques permettant de faire de certains laboratoires des Centres nationaux de la grippe, des Laboratoires OMS de référence H5 et des Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe.

6.7 Renforcement des moyens de réglementation

6.7.1 Sur demande, les États Membres qui disposent de moyens de réglementation perfectionnés devraient améliorer et renforcer le travail entrepris par les États Membres avec l’OMS, en particulier les pays en développement, afin de renforcer les moyens qu’ont les autorités de réglementation de prendre les mesures nécessaires pour approuver rapidement le matériel de diagnostic de la grippe, les vaccins et les produits pharmaceutiques antigrippaux sûrs et efficaces, y compris les produits mis au point à partir de Matériels biologiques PIP, surtout ceux dérivés de nouveaux sous-types de virus grippaux.

6.7.2 Les États Membres devraient mettre dans le domaine public les informations concernant la notification de l'approbation réglementaire du matériel de diagnostic, des vaccins et des produits pharmaceutiques pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, y compris ceux mis au point à partir de Matériels biologiques PIP.

6.8 Stocks d'antiviraux

6.8.1 Le Directeur général continuera de collaborer avec les autres organismes multilatéraux, les donateurs, les organisations/entités philanthropiques internationales, les fondations privées et autres partenaires potentiels, y compris des institutions, des organisations et des entités et en particulier des fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux, pour qu'ils s'engagent à alimenter, conserver et étoffer encore un stock de médicaments antiviraux et de matériels associés, afin d'endiguer les flambées épidémiques de grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine.

6.8.2 Le Directeur général continuera de coordonner la riposte avec les États Membres, les institutions, les organisations et autres entités et de les encourager à conserver et à étoffer encore les stocks de médicaments antiviraux et de matériels associés afin d'endiguer les flambées de grippe due au virus H5N1 et à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine.

6.8.3 Le Directeur général continuera de solliciter l'avis d'experts pour déterminer la taille, la composition, la reconstitution, l'utilisation opérationnelle et les modalités d'affectation du stock OMS d'antiviraux.

6.9 Stock de vaccins pour la préparation en cas de grippe pandémique

6.9.1 Le Directeur général constituera et conservera un stock de vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, ainsi que de matériel associé, y compris des seringues, des aiguilles et des applicateurs, selon les conseils d'experts.

6.9.2 Le stock OMS comprendra initialement 150 millions de doses de vaccin anti-H5N1 à utiliser selon les conseils d'experts, y compris le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination. À titre indicatif :

i) 50 millions de doses à utiliser dans les pays touchés en fonction des risques pour la santé publique et des besoins pour aider à endiguer la ou les premières flambées marquant le début d'une pandémie ; et

ii) 100 millions de doses à distribuer, dès le début d'une pandémie, aux pays en développement qui n'ont pas de vaccin anti-H5N1 ou qui n'y ont pas accès, en fonction du nombre d'habitants, lesdits pays ayant à en déterminer l'utilisation.

6.9.3 Les États Membres devraient encourager vivement les fabricants de vaccins antigrippaux à accorder un degré de priorité élevé aux besoins du stock de vaccins PIP de l'OMS et à y répondre immédiatement, et à faire don d'un nombre suffisant de doses de vaccin anti-H5N1 pour parvenir à la cible initiale (voir section 6.9.1 plus haut).

6.9.4 Le Directeur général continuera à solliciter l'avis d'experts pour déterminer la taille, la composition, la reconstitution et l'utilisation opérationnelle des vaccins du stock de vaccins PIP de l'OMS dirigés contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine.

6.9.5 Si les doses données sont insuffisantes, le Directeur général étudiera avec les États Membres la possibilité de recourir à des mécanismes de financement durable (voir section 6.14 ci-après) pour répondre aux besoins du stock de vaccins PIP de l'OMS.

6.9.6 Le Directeur général examinera périodiquement, sur les conseils d'experts, les possibilités d'utilisation, préalablement à une pandémie, du stock de vaccins PIP de l'OMS dans les pays touchés, notamment en contribuant à des essais, le cas échéant.

6.9.7 Le Directeur général collaborera avec les experts compétents et les États Membres pour dresser et tester des plans opérationnels d'affectation des vaccins du stock de vaccins PIP.

6.10 Accès aux vaccins durant la période interpandémique pour les pays en développement

6.10.1 En dehors des mesures d'appui au stock de vaccins PIP de l'OMS énoncées à la section 6.9 ci-dessus :

i) Les États Membres devraient encourager vivement les fabricants de vaccins à mettre de côté une part de chaque cycle de production de vaccins contre le virus H5N1 et d'autre virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine pour la constitution de stocks et/ou l'utilisation, en tant que de besoin, par les pays en développement ; et

ii) Les États Membres devraient continuer de collaborer les uns avec les autres, avec le Directeur général et avec les fabricants de vaccins antigrippaux dans le but de mettre à la disposition des pays en développement en même temps que des pays développés, des quantités suffisantes de vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, en fonction du risque pour la santé publique et des besoins, et à des prix dégressifs (voir section 6.12 ci-après).

6.11 Accès aux vaccins contre la grippe pandémique

6.11.1 Les États Membres devraient encourager vivement les fabricants de vaccins à mettre de côté une part de chaque cycle de production de vaccins contre la grippe pandémique pour l'approvisionnement des pays en développement ; et

6.11.2 Le Directeur général, en concertation avec les États Membres et avec le Groupe consultatif, convoquera un groupe d'experts chargé de continuer à développer des mécanismes internationaux, y compris ceux qui existent, concernant la production et la distribution de vaccins antigrippaux en fonction du risque pour la santé publique et des besoins pendant une pandémie, mécanismes qui seront examinés par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010.

6.12 Prix dégressifs

Dans le but d'améliorer pour les pays en développement l'accessibilité financière des vaccins contre la grippe pandémique et des vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, ainsi que des antiviraux, les États Membres devraient vivement encourager les fabricants de vaccins antigrippaux et d'antiviraux, à titre individuel, à appliquer un système de prix dégressifs pour ces produits. Ce faisant, les fabricants de vaccins antigrippaux et d'antiviraux, à titre individuel, devraient être vivement encouragés à prendre en considération le niveau de revenu du pays destinataire et à négocier avec les autorités nationales pour arriver au prix à appliquer sur les marchés privé et public du pays. Dans ce contexte, il faudrait prendre en compte la vulnérabilité des pays les moins avancés.

6.13 Transfert de technologie

6.13.1 Le Directeur général continuera à collaborer étroitement avec les États Membres et les fabricants de vaccins antigrippaux pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique visant à accroître l'approvisionnement en vaccins, y compris ses stratégies visant à construire de nouvelles unités de production dans les pays en développement et/ou industrialisés et par le transfert de technologie, de compétences et de savoir-faire.

6.13.2 Les États Membres devraient encourager vivement les fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux à faire un effort particulier pour transférer ces technologies aux autres pays, en particulier aux pays en développement, selon les besoins.

6.13.3 Le transfert de technologie devrait être assuré conformément aux lois nationales et au droit et obligations internationaux applicables, de façon progressive dans le temps, selon les modalités acceptées d'un commun accord, et être adapté à la capacité des États Membres bénéficiaires, afin de permettre aux pays en développement d'étudier et de fabriquer du matériel de diagnostic de la grippe, des vaccins et des produits pharmaceutiques antigrippaux.

6.13.4 Les fabricants de vaccins antigrippaux qui reçoivent des Matériels biologiques PIP peuvent accorder sous réserve de toute restriction existante en matière de licences, selon des modalités acceptées d'un commun accord, une licence non exclusive, libre de redevance à tout fabricant de vaccin antigrippal d'un pays en développement, l'autorisant ainsi à utiliser sa propriété intellectuelle et autres substances, produits, technologies, savoir-faire, informations et connaissances protégés utilisés dans le processus de mise au point et de production d'un vaccin antigrippal, en particulier de vaccins contre la grippe pré-pandémique et pandémique destinés à être utilisés dans les pays en développement convenus.

6.13.5 Les États Membres qui sollicitent une technologie pour produire des vaccins antigrippaux devraient être encouragés à d'abord effectuer des études sur la charge de morbidité de la grippe saisonnière assorties d'une analyse économique sur leur territoire. Si l'étude le justifie, les États Membres devraient être encouragés à envisager d'intégrer la vaccination contre la grippe saisonnière dans leur programme national de vaccination, de telle sorte que les unités de fabrication puissent fonctionner durablement.

6.14 Mécanismes de financement durable et innovant

6.14.1 En vue d'assurer un financement durable du système PIP de partage des avantages, en particulier pour les pays en développement ; et

6.14.2 Étant donné qu'il est souhaitable que tous les États Membres et les destinataires de Matériels biologiques PIP apportent une contribution financière ou en nature au système PIP de partage des avantages en fonction de leurs moyens et de façon régulière ;

6.14.3 Les fabricants de matériel de diagnostic de la grippe, de vaccins et de produits pharmaceutiques antigrippaux, utilisant le GISRS de l'OMS verseront à l'OMS une contribution annuelle de partenariat destinée à améliorer la préparation et la riposte mondiale en cas de grippe pandémique. Le montant total de ces contributions annuelles devra s'élever à 50 % des frais de

fonctionnement du GISRS de l'OMS.¹ Le versement de ces contributions commencera en 2012. La distribution entre les entreprises se fera sur la base des principes de transparence et d'équité, en fonction de leur nature et de leurs capacités. Le Directeur général, en consultation avec le « Groupe consultatif », définira de manière plus détaillée les sommes spécifiques à verser par chaque entreprise, ainsi que le mécanisme de mise en œuvre (voir section 6.14.5 ci-après). Pour ce faire, le Directeur général et le « Groupe consultatif » collaboreront avec l'industrie. Le Directeur général rendra compte annuellement des résultats au Conseil exécutif.

6.14.3.1 Les États Membres et autres parties prenantes sont encouragés à envisager de faire des dons et des contributions en nature à l'OMS pour améliorer la préparation et la riposte mondiales en cas de grippe pandémique.

6.14.4 La contribution versée en vertu de la section 6.14.3 servira à améliorer la préparation et la riposte en cas de pandémie, entre autres pour la réalisation d'études sur la charge de morbidité, le renforcement des moyens de laboratoire et de surveillance, l'accès aux vaccins antipandémiques et aux médicaments antiviraux et au déploiement efficace de ceux-ci.

6.14.5 Le Directeur général proposera au Conseil exécutif la proportion des contributions devant être utilisée pour des mesures de préparation interpandémiques et la proportion devant être réservée pour les activités de riposte en cas de pandémie sur la base des recommandations du « Groupe consultatif ».

6.14.6 Le Directeur général, conseillé par le « Groupe consultatif », décidera de l'utilisation des ressources. Le Directeur général et le « Groupe consultatif » interagiront avec les fabricants et les autres parties prenantes.

6.14.7 Les États Membres sont instamment invités à continuer à soutenir la mise en œuvre rapide et efficace du Plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique visant à accroître l'approvisionnement en vaccins d'ici 2015, en fournissant un soutien financier adéquat conformément aux sections 6.13.1 et 6.13.2 du Cadre.

6.14.8 Les États Membres sont instamment invités à soutenir la mise à disposition et le développement rapide de l'utilisation sûre de la technologie relative aux adjuvants par le biais de l'OMS, selon les besoins, tout en renforçant la surveillance de l'innocuité des vaccins.

6.14.9 Les États Membres sont instamment invités à poursuivre et à augmenter leur soutien afin de renforcer les capacités de laboratoire et de surveillance, en particulier dans les pays en développement, en fournissant un appui technique et financier adéquat conformément à la section 6.6 du Cadre.

7. GOUVERNANCE ET EXAMEN

7.1 Considérations générales

7.1.1 La mise en œuvre du présent Cadre sera supervisée par l'Assemblée mondiale de la Santé, qui prendra conseil auprès du Directeur général.

¹ Les frais de fonctionnement du GISRS pour 2010 se sont élevés à environ US \$56,5 millions. Ces frais sont considérés comme un indicateur de référence pour la contribution de partenariat de 50 %. Ils peuvent évoluer dans le temps et la contribution évoluera en conséquence. Ces frais de fonctionnement ne comprennent pas les contributions de partenariat elles-mêmes.

7.1.2 Il est établi en vertu du présent Cadre un dispositif de surveillance, constitué de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Directeur général et du « Groupe consultatif » indépendant institué au titre de la déclaration intérimaire de novembre 2007 et composé d'experts internationaux au service exclusif de l'Organisation. Les fonctions de ses membres seront respectivement les suivantes :

- i) L'Assemblée de la Santé, conformément à la fonction constitutionnelle de l'Organisation qui est d'agir en tant qu'autorité « directrice et coordonnatrice », dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, comme le stipule l'article 2.a) de la Constitution de l'OMS, supervisera l'application du Cadre.
- ii) Le Directeur général, conformément à son rôle et à ses responsabilités, en particulier concernant les institutions collaboratrices et autres mécanismes de collaboration, encouragera notamment la mise en œuvre du Cadre à l'intérieur de l'Organisation et parmi les entités compétentes liées à l'OMS.
- iii) Afin que l'Assemblée de la Santé et le Directeur général disposent de processus de supervision et d'évaluation spécialisés appropriés pour remplir ces fonctions, le Groupe consultatif, comme indiqué dans la présente section, établira des rapports, des évaluations et des recommandations fondés sur des données factuelles concernant le fonctionnement du Cadre. Le Groupe consultatif, conformément à la pratique de l'OMS relative à ce type d'organes composés d'experts indépendants, conseillera le Directeur général mais ne s'engagera pas lui-même dans des fonctions administratives telles que l'accréditation, ou le retrait de l'accréditation, d'institutions techniques, et n'aura pas non plus de rôle public, sauf s'il y est autorisé.

7.2 Groupe consultatif

7.2.1 Le Directeur général mettra en place le Groupe consultatif visé à la section 7.1.2 ci-dessus pour suivre le fonctionnement du GISRS de l'OMS et formuler des recommandations concernant son renforcement et entreprendre l'évaluation voulue du système fondé sur la confiance nécessaire pour protéger la santé publique et contribuer à la mise en œuvre du présent Cadre.

7.2.2 Le Directeur général, en concertation avec les États Membres, continuera à faire en sorte que le Groupe consultatif soit constitué sur la base d'une représentation équitable des Régions de l'OMS et des pays touchés, en veillant à ce que pays développés et pays en développement soient représentés de façon équilibrée.

7.2.3 Le Groupe consultatif sera composé de 18 membres originaires de trois États Membres de chacune des Régions de l'OMS et représentant un éventail de compétences – responsables de l'élaboration des politiques, experts de la santé publique et experts techniques de la grippe reconnus au niveau international.

7.2.4 Le Groupe consultatif, conformément à son mandat reproduit à l'appendice 3 du présent Cadre, secondera le Directeur général dans le suivi de la mise en œuvre du présent Cadre.

7.2.5 Le Groupe consultatif présentera au Directeur général un rapport annuel évaluant la mise en œuvre du présent Cadre. Ce rapport traitera des questions suivantes :

- i) les moyens techniques nécessaires du GISRS de l'OMS
- ii) le fonctionnement opérationnel du GISRS de l'OMS

- iii) les priorités, les lignes directrices et les meilleures pratiques du GISRS de l'OMS en matière de préparation à une pandémie de grippe (par exemple stocks de vaccins, renforcement des moyens)
- iv) l'accroissement et le renforcement de la surveillance du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine
- v) le dispositif de traçabilité des virus grippaux
- vi) l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages
- vii) l'utilisation des contributions financières et non financières.

7.2.6 Le Directeur général présentera en 2012, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport sur les travaux du Groupe consultatif à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, qui statuera, notamment, sur le mandat ultérieur du Groupe.

7.3 Gouvernance et examen du mandat des laboratoires du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte

7.3.1 Les mandats respectifs des Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe, des Laboratoires OMS de référence H5, des Centres nationaux de la grippe et des Laboratoires essentiels de réglementation seront établis conformément aux principes directeurs exposés à l'appendice 4 du présent Cadre.

7.3.2 En concertation avec le Groupe consultatif et les autorités compétentes des États Membres, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires OMS de référence H5, les Centres nationaux de la grippe et les Laboratoires essentiels de réglementation, le Directeur général examinera régulièrement les mandats des institutions et laboratoires du GISRS de l'OMS et les modifiera au besoin pour promouvoir les principes définis dans le présent Cadre, et fera rapport à ce sujet à l'Assemblée mondiale de la Santé.

7.3.3 Les États Membres pourront porter à l'attention du Directeur général toute allégation de non-respect, par des institutions et laboratoires du GISRS de l'OMS, de leurs mandats respectifs ou des Accords types sur le transfert de Matériels.

7.3.4 S'il est allégué qu'un Centre collaborateur de l'OMS pour la grippe, un Laboratoire OMS de référence H5 ou un Centre national de la grippe et un Laboratoire essentiel de réglementation, a enfreint son mandat ou les Accords types sur le transfert de Matériels, le Directeur général examinera les circonstances et pourra consulter le Groupe consultatif au sujet de toute mesure appropriée en réaction à cette violation. En cas de violation grave, le Directeur général peut envisager de suspendre ou de révoquer la désignation par l'OMS du laboratoire concerné.

7.4 Suivi et examen du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique

7.4.1 Tous les deux ans, le Directeur général informera l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, de la situation et des progrès accomplis concernant :

- i) les moyens de laboratoire et de surveillance (voir section 6.6 du Cadre)
- ii) les capacités mondiales de production de vaccins antigrippaux (voir sections 6.13.1 et 6.13.2 du Cadre)

-
- iii) la situation des accords conclus avec l'industrie, y compris les informations sur l'accès aux vaccins, aux antiviraux et aux autres matériels antipandémiques (6.14.3 et 6.14.4)
 - iv) le rapport financier sur l'utilisation de la contribution de partenariat (6.14.5)
 - v) l'expérience dérivée de l'utilisation de la définition des Matériels biologiques PIP à la section 4.1

7.4.2 Le Cadre et ses appendices seront réexaminés d'ici 2016 en vue de proposer en 2017 à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des révisions qui reflètent les évolutions pertinentes, le cas échéant.

Appendice 1

Accord type sur le transfert de Matériels 1 (SMTA 1)

Accord type sur le transfert de Matériels à l'intérieur du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS)

En application du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (le « Cadre »), le présent Accord type sur le transfert de Matériels (l'« Accord » ou « SMTA 1 ») a été établi.

Article 1. Parties à l'Accord

1.1 Les Parties au SMTA 1 se limitent aux laboratoires de la grippe qui ont été désignés ou reconnus par l'OMS et ont accepté de travailler conformément à un mandat OMS agréé. Dans le présent Accord :

Le fournisseur est le laboratoire qui envoie des Matériels, tels que définis dans le présent Accord,

(nom et adresse du fournisseur ou de l'établissement fournisseur, désignation du laboratoire (Centre national de la grippe/Centre collaborateur de l'OMS/Laboratoire OMS de référence H5/Laboratoire essentiel de réglementation/Autre laboratoire autorisé), nom du responsable autorisé, coordonnées du responsable autorisé) (ci-après dénommé « le fournisseur »)¹

et

Le bénéficiaire est le laboratoire qui reçoit des Matériels, tels que définis dans le présent Accord.

(nom et adresse du bénéficiaire ou de l'établissement bénéficiaire, désignation du laboratoire (Centre national de la grippe/Centre collaborateur de l'OMS/Laboratoire OMS de référence H5/Laboratoire essentiel de réglementation/Autre laboratoire autorisé), nom du responsable autorisé, coordonnées du responsable autorisé) (ci-après dénommé « le bénéficiaire »).¹

1.2 Les « Parties » désignent ci-après collectivement le fournisseur et le bénéficiaire.

Article 2. Objet de l'Accord

Les Matériels biologiques PIP, tels que définis à la section 4.1 du Cadre (ci-après dénommés les « Matériels ») transférés du fournisseur au bénéficiaire, sont soumis aux dispositions du présent Accord.

Article 3. Dispositions générales

Le fournisseur ou le bénéficiaire envisagera de soutenir le renforcement des moyens de laboratoire et des capacités de surveillance des réseaux des pays en développement.

¹ À remplir si la signature est exigée en vertu de l'article 11 ci-après.

Article 4. Droits et obligations du fournisseur

4.1 Le fournisseur prend les engagements suivants concernant les Matériels :

4.1.1 Se conformer à son mandat dans le cadre du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS).

4.1.2 Faire en sorte que les Matériels soient traités conformément aux lignes directrices applicables de l'OMS et aux normes nationales de sécurité biologique.¹

4.2 Le fournisseur consent au transfert ultérieur des Matériels à tous les membres du GISRS de l'OMS et à leur utilisation par ceux-ci aux mêmes conditions que celles prévues dans l'Accord type sur le transfert de Matériels à l'intérieur du GISRS de l'OMS (SMTA 1).

4.3 Le fournisseur consent au transfert ultérieur des Matériels à des entités extérieures au GISRS de l'OMS à condition que le bénéficiaire potentiel ait conclu un Accord type sur le transfert de Matériels en dehors du GISRS de l'OMS (SMTA 2).

4.4 Le fournisseur informe l'OMS des expéditions de Matériels à des entités faisant partie du GISRS de l'OMS/extérieures à celui-ci en les enregistrant dans le dispositif de traçabilité des virus grippaux.

Article 5. Droits et obligations du bénéficiaire

5.1 Le bénéficiaire prend les engagements suivants concernant les Matériels :

5.1.1 Se conformer à son mandat dans le cadre du GISRS de l'OMS.

5.1.2 Faire en sorte que les Matériels soient traités conformément aux lignes directrices applicables de l'OMS et aux normes nationales de sécurité biologique.

5.1.3 Informer l'OMS des expéditions de Matériels à des entités faisant partie du GISRS de l'OMS/extérieures à celui-ci en les enregistrant dans le dispositif de traçabilité des virus grippaux.

5.1.4 En cas de transferts ultérieurs à l'intérieur du GISRS de l'OMS, agir conformément au SMTA 1.

5.2 Le bénéficiaire recherchera activement la participation de scientifiques, dans toute la mesure possible, des laboratoires d'origine et d'autres laboratoires autorisés, en particulier de pays en développement, à des projets scientifiques associés à la recherche sur des échantillons cliniques et/ou virus grippaux provenant de leur pays et les associera activement à la préparation de manuscrits en vue de la présentation et de la publication de ces travaux.

5.3 Le bénéficiaire reconnaît comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions de collaborateurs, y compris les laboratoires/pays fournissant des échantillons cliniques ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ou des réactifs, en utilisant les lignes directrices scientifiques existantes.

¹ Organisation mondiale de la Santé, 2007. « Guide pratique OMS sur l'application du règlement relatif au transport des matières infectieuses ». Document WHO/CDS/EPR/2007.2. Genève, et « WHO Guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnosis of avian influenza infection ».

Article 6. Droits de propriété intellectuelle

6.1 Ni le fournisseur ni le bénéficiaire ne chercheront à obtenir de droits de propriété intellectuelle sur les Matériels.

6.2 Le fournisseur et le bénéficiaire reconnaissent qu'aucun droit de propriété intellectuelle sur les Matériels obtenus avant la date de l'adoption du Cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé ne sera modifié par le SMTA 1.

6.3 Le fournisseur au titre du SMTA 1 peut avoir utilisé une technologie protégée par des droits de propriété intellectuelle pour la production et/ou la modification des Matériels. Tout bénéficiaire de ces Matériels reconnaît que ces droits seront respectés.

Article 7. Règlement des différends

7.1 En cas de différend relatif au SMTA 1, les Parties concernées s'efforcent d'abord de le régler par la négociation ou par tout autre moyen amiable de leur choix. En cas d'échec, les parties au différend restent tenues de poursuivre leurs efforts en vue de parvenir à un règlement.

7.2 Si le différend n'est pas réglé par les moyens exposés au paragraphe 1 du présent article, l'une des Parties concernées peut soumettre le différend au Directeur général qui peut solliciter l'avis du Groupe consultatif. Le Directeur général peut faire des recommandations aux Parties pour résoudre le différend et rend compte de toute question de ce type à l'Assemblée mondiale de la Santé.

7.3 Les Parties reconnaissent également le rôle du Directeur général en vertu du Cadre, en particulier de la section 7.3.4.

Article 8. Garantie

Le fournisseur n'apporte aucune garantie ni quant à la sécurité des Matériels, ni quant à la précision ou à l'exactitude des données fournies avec ces Matériels. Il n'apporte pas davantage de garantie en ce qui concerne la qualité, la viabilité ou la pureté (génétique ou mécanique) des Matériels fournis. Le fournisseur et le bénéficiaire assument l'entière responsabilité du respect des réglementations et règles nationales de sécurité et de sûreté biologiques de leurs pays respectifs en ce qui concerne l'importation, l'exportation ou la distribution de matériels biologiques.

Article 9. Durée de l'Accord

Le présent Accord contractuel restera en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et sera automatiquement reconduit jusqu'au 31 décembre 2031 à moins que l'Assemblée mondiale de la Santé n'en décide autrement.

Article 10. Acceptation et applicabilité

10.1 Bénéficiaires ou fournisseurs appartenant au GISRS de l'OMS au moment de l'adoption du Cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé : l'acceptation par ces laboratoires du mandat OMS tel qu'il figure dans le Cadre vaut acceptation du SMTA 1.

10.2 Bénéficiaires ou fournisseurs qui intègrent le GISRS de l'OMS après l'adoption du Cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé : l'acceptation de la désignation ou de la reconnaissance par l'OMS comme laboratoire du GISRS de l'OMS vaut acceptation du SMTA 1.

10.3 Applicabilité : le SMTA 1 cessera d'être applicable uniquement à la suspension ou à la révocation de la désignation ou de la reconnaissance par l'OMS, ou après retrait officiel par le laboratoire de sa participation au GISRS de l'OMS ou par accord mutuel entre l'OMS et le laboratoire. Une telle suspension ou révocation ou un tel retrait ne libérera pas un laboratoire des obligations préexistantes au titre du SMTA 1.

Article 11. Signature

Conformément à l'article 10 ci-dessus intitulé « Acceptation et acceptabilité », à moins que l'une des Parties exige que le présent Accord soit exécuté par signature d'un document imprimé, aucune autre preuve d'acceptation n'est requise.

Appendice 2

Accord type sur le transfert de Matériels 2 (SMTA 2)

Accord type sur le transfert de Matériels en dehors du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS)

Article 1. Parties à l'Accord

L'OMS et le bénéficiaire.¹

Article 2. Objet de l'Accord

Les Matériels biologiques PIP, tels que définis à la section 4.1 du Cadre (ci-après dénommés les « Matériels ») transférés au bénéficiaire, sont soumis aux dispositions du présent Accord.

Article 2. bis Définitions

- a) Termes figurant à la section 4 du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages.
- b) Autres termes à convenir par les Parties.

Article 3. Obligations du fournisseur

À convenir par les Parties.

Article 4. Obligations du bénéficiaire

4.1 Le bénéficiaire accepte de respecter les engagements sélectionnés ci-après, conformément aux modalités énoncées dans l'annexe au présent Accord.

4.1.1 Le bénéficiaire respectera les engagements sélectionnés selon un calendrier déterminé par l'OMS en consultation avec le Groupe consultatif établi en vertu du Cadre PIP et en coordination avec le bénéficiaire, sur la base de considérations relatives à une préparation et à une riposte optimales en cas de pandémie.

A. S'agissant des fabricants de vaccins et/ou d'antiviraux, les bénéficiaires s'engageront à respecter au moins deux des options suivantes :

A1. Donner au moins 10 %² de la production en temps réel de vaccin antipandémique à l'OMS.

¹ Les bénéficiaires sont toutes les entités qui reçoivent des « Matériels biologiques PIP » du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS), tels que les fabricants de vaccins antigrippaux, de matériel de diagnostic ou de produits pharmaceutiques, ainsi que les entreprises de biotechnologie, les établissements de recherche et les établissements d'enseignement. Chaque bénéficiaire choisira les options en fonction de sa nature et de ses capacités.

² Compte tenu de l'importance de la flexibilité dans les négociations avec tous les fabricants dans une fourchette de 5 à 20 %.

A2. Réserver au moins 10 %¹ de la production en temps réel de vaccin antipandémique à un prix abordable à l'OMS.

A3. Donner à l'OMS au moins X traitements antiviraux nécessaires pour combattre la pandémie.

A4. Réserver au moins X traitements antiviraux nécessaires pour combattre la pandémie à un prix abordable.

A5. Accorder aux fabricants de pays en développement, à des conditions justes et raisonnables convenues d'un commun accord, y compris en ce qui concerne les redevances abordables, en tenant compte du niveau de développement du pays d'utilisation finale des produits, des licences sur les technologies, le savoir-faire, les produits et les processus pour lesquels ils détiennent des droits de propriété intellectuelle pour la production i) de vaccins antigrippaux, ii) d'adjuvants, iii) d'antiviraux et/ou iv) de matériel de diagnostic.

A6. Accorder des licences libres de redevances aux fabricants de pays en développement ou accorder à l'OMS des licences non exclusives libres de redevances sur les droits de propriété intellectuelle, pouvant faire l'objet de sous-licences, pour la production des vaccins contre la grippe pandémique, des adjuvants, des antiviraux et du matériel de diagnostic nécessaires pendant une pandémie. L'OMS pourra accorder de telles sous-licences aux fabricants de pays en développement dans des termes et conditions appropriés et conformément à des principes rationnels de santé publique.

Si les options 5 ou 6 sont choisies, le bénéficiaire fournira régulièrement à l'OMS des informations sur les licences accordées et la mise en œuvre de l'accord de licence. L'OMS communiquera ces informations au Groupe consultatif.

B. Les fabricants de produits intéressant la préparation et la riposte en cas de grippe pandémique qui ne fabriquent pas de vaccins ou d'antiviraux s'engageront en faveur d'une des options suivantes : A5, A6, B1, B2, B3, B4.

B1. Donner à l'OMS au moins X² kits de diagnostic nécessaires pour une pandémie.

B2. Réserver à l'OMS au moins X² kits de diagnostic nécessaires pour une pandémie à un prix abordable.

B3. Soutenir, en coordination avec l'OMS, le renforcement des moyens de laboratoire et des capacités de surveillance spécifiques pour la grippe dans les pays en développement.

B4. Soutenir, en coordination avec l'OMS, le transfert de technologie, de savoir-faire et/ou de processus pour la préparation et la riposte en cas de grippe pandémique dans les pays en développement.

¹ Compte tenu de l'importance de la flexibilité dans les négociations avec tous les fabricants dans une fourchette de 5 à 20 %.

² Compte tenu de l'importance de la flexibilité dans les négociations avec tous les fabricants.

C. Outre les engagements sélectionnés dans A et B ci-dessus, le bénéficiaire envisagera de contribuer aux mesures énumérées ci-dessous, le cas échéant :

- Dons de vaccins
- Dons de vaccins prépandémiques
- Dons d'antiviraux
- Dons de dispositifs médicaux
- Dons de kits de diagnostic
- Politique de prix abordables
- Transfert de technologie et de processus
- Octroi de sous-licences à l'OMS
- Renforcement des moyens de laboratoire et des capacités de surveillance.

4.2 Le bénéficiaire fait en sorte que les Matériels biologiques PIP soient traités conformément aux lignes directrices applicables de l'OMS et aux normes nationales de sécurité biologique.

4.3 Le cas échéant, le bénéficiaire reconnaîtra comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions des laboratoires de l'OMS fournissant les Matériels visés à l'article 2, en utilisant les lignes directrices scientifiques existantes.

4.4 Le bénéficiaire ne transférera de Matériels biologiques PIP que si le bénéficiaire potentiel a conclu un SMTA avec l'Organisation mondiale de la Santé. Il devra être rendu compte de tout transfert ultérieur de ce type à l'Organisation mondiale de la Santé. Le Directeur général peut, dans des circonstances exceptionnelles, autoriser le transfert de Matériels biologiques PIP à un bénéficiaire potentiel tout en demandant à celui-ci de conclure un SMTA, et rendre compte en conséquence au « Groupe consultatif ».

4.5 Le bénéficiaire peut échanger des Matériels biologiques PIP avec toute autre entité ayant conclu un SMTA avec l'Organisation mondiale de la Santé.

Article 5. Règlement des différends

Si un différend ne peut être résolu par la négociation ou d'autres moyens non contraignants choisis par les Parties, il sera soumis à l'arbitrage contraignant dans des conditions convenues d'un commun accord par les Parties.

Article 6. Responsabilité et indemnisation

À convenir par les Parties.

Article 7. Privilèges et immunité

Aucun élément dans les présentes clauses ou en relation avec elles n'implique l'obligation pour l'OMS de se soumettre à une quelconque législation ou juridiction nationale, ou ne saurait être interprété

comme une renonciation à aucun des privilèges et immunités de l’OMS en vertu de la Convention sur les privilèges et immunités des institutions spécialisées adoptée par l’Assemblée générale des Nations Unies le 21 novembre 1947, ou aux termes de toute autre loi, convention ou accord national ou international.

Article 8. Nom et emblème

À convenir par les Parties.

Article 9. Garanties

À convenir par les Parties.

Article 10. Durée de l’Accord

À convenir par les Parties.

Article 11. Résiliation

À convenir par les Parties.

Article 12. Force Majeure

À convenir par les Parties.

Article 13. Droit applicable

À convenir par les Parties.

Article 14. Signature et acceptation

EN FOI DE QUOI, le présent Accord a été dûment exécuté par les Parties.

SIGNÉ pour et au nom de l’OMS

SIGNÉ pour et au nom du bénéficiaire

Signature

Signature

Nom

Nom

Qualité

Qualité

Annexe*

À convenir par les Parties.

* N.B. : l’annexe sera établie, en tant que de besoin, par les Parties.

Appendice 3

Groupe consultatif Mandat

(Adopté par la réunion intergouvernementale à la reprise de sa session en décembre 2008, tel que modifié en avril 2011 par le groupe de travail à composition non limitée d'États Membres sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages)

1. Généralités et mandat du Groupe consultatif

1.1 Dans la déclaration intérimaire qu'ils ont adoptée, les États Membres de l'OMS assistant à la réunion intergouvernementale sur la préparation en cas de grippe pandémique tenue du 20 au 23 novembre 2007 ont appelé instamment à prendre des mesures pour mettre sur pied des dispositifs internationaux justes, transparents et équitables pour l'échange des virus et le partage des avantages. Les États Membres ont demandé au Directeur général d'établir un dispositif de consultation chargé de suivre et d'améliorer le fonctionnement du système fondé sur la confiance nécessaire pour protéger la santé publique, de donner des avis à ce sujet et d'entreprendre l'évaluation voulue du système. Les États Membres ont précisé qu'à cet effet, un Groupe consultatif serait nommé par le Directeur général en consultation avec les États Membres, sur la base d'une représentation équitable des Régions de l'OMS et des pays touchés.

1.2 Le système fondé sur la confiance s'appelle désormais le « Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages » (ci-après dénommé « le Cadre »). Le Groupe consultatif est chargé de suivre et d'évaluer le système d'échange du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine et l'accès aux vaccins et autres avantages du Cadre, et de faire rapport à ce sujet. Les composantes institutionnelles du Cadre que le Groupe consultatif doit surveiller sont les Centres nationaux de la grippe, les Autres laboratoires autorisés, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation, tels qu'ils sont définis dans la section 4 du Cadre. L'industrie pharmaceutique n'y figure pas, mais le Groupe consultatif peut la consulter.

2. Fonctions du Groupe consultatif

2.1 Suivre et évaluer la façon dont les composantes du Cadre exercent les différentes fonctions qu'il prévoit et faire rapport à ce sujet. Les renseignements dont le Groupe consultatif a besoin pour s'acquitter de ces tâches doivent lui être fournis par le Secrétariat de l'OMS et, le cas échéant, par d'autres sources indépendantes. Le suivi assuré par le Groupe consultatif permettra d'apprécier en permanence le fonctionnement du Cadre et devrait porter au minimum sur :

- a) l'échange rapide, systématique et dans les meilleurs délais du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine avec le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) ;
- b) le dispositif de traçabilité des virus grippaux ;
- c) le renforcement des moyens de laboratoire au niveau mondial, en particulier dans les pays en développement, pour mieux se préparer à une pandémie de grippe ;
- d) le partage juste et équitable des avantages ;
- e) l'utilisation des contributions financières et non financières.

2.2 Effectuer l'évaluation voulue du Cadre d'après des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis sur la base des renseignements fournis par le Secrétariat de l'OMS et par d'autres sources indépendantes, si nécessaire.

2.3 Donner des avis au Directeur général en vue d'améliorer le fonctionnement du Cadre.

2.4 Faire des recommandations au Directeur général quant à l'utilisation des contributions financières et non financières.

2.5 Fonder ses recommandations et ses rapports sur des bases factuelles.

2.6 Présenter un rapport annuel au Directeur général sur son évaluation de la mise en œuvre du Cadre. Le rapport devra couvrir les points suivants :

- a) les capacités techniques nécessaires du GISRS de l'OMS ;
- b) le fonctionnement opérationnel du GISRS de l'OMS ;
- c) les priorités, les lignes directrices et les meilleures pratiques du GISRS de l'OMS pour la préparation en cas de grippe pandémique (par exemple stocks de vaccins, renforcement des capacités) ;
- d) l'accroissement et le renforcement de la surveillance du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine ;
- e) le dispositif de traçabilité des virus grippaux ;
- f) l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages ;
- g) l'utilisation des contributions financières et non financières.

3. Désignation des membres

3.1 Le Groupe consultatif sera composé de 18 membres originaires de trois États Membres de chacune des Régions de l'OMS et représentant un éventail de compétences – responsables de l'élaboration des politiques, experts de la santé publique et experts techniques de la grippe reconnus au niveau international. Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres agiront en qualité d'experts exclusivement au service de l'OMS.

3.2 Chaque représentant siègera pour un mandat de trois ans et un tiers des membres sera renouvelé tous les ans ; les remplacements devront maintenir une représentation équitable des six Régions de l'OMS et des pays touchés ; tous les membres pourront être nommés deux fois. En cas de démission ou d'incapacité d'un membre pour quelque raison que ce soit, le Directeur général nommera un remplaçant en veillant à maintenir une représentation équitable des six Régions de l'OMS et des pays touchés. Le remplaçant terminera le mandat de son prédécesseur. Le Groupe choisira parmi ses membres un président et un vice-président, qui siégeront pour un mandat de deux ans, après quoi les membres du Groupe choisiront un autre président et un autre vice-président.

3.3 Le Directeur général recevra régulièrement les candidatures de représentants et choisira dans cette liste les membres sortants en veillant à maintenir une représentation équitable des six Régions de l'OMS et des pays touchés.

4. Méthodes de travail

4.1 Le Directeur général appliquera à ce Groupe consultatif les méthodes de travail correspondant aux pratiques et procédures de l'OMS.

4.2 Le règlement applicable aux tableaux et comités d'experts s'applique au Groupe consultatif, notamment en ce qui concerne la nature privée des réunions. De plus, les membres du Groupe consultatif s'abstiendront de toute déclaration publique, à titre individuel ou au nom du Groupe, sur les travaux de celui-ci, sauf dans la mesure autorisée par les obligations de notification ou par le Directeur général.

5. Ressources pour la mise en œuvre

Le Directeur général mettra à disposition les ressources humaines et financières nécessaires à la conduite des travaux du Groupe consultatif.

Appendice 4

**Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs
du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS)
pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu
à une pandémie humaine**

Le rôle, les responsabilités et les activités des laboratoires du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) diffèrent selon qu'il s'agit d'un Centre national de la grippe, d'un Centre collaborateur de l'OMS, d'un Laboratoire de référence H5 ou d'un Laboratoire essentiel de réglementation. Toutefois, pour ce qui concerne la préparation en cas de grippe pandémique et leur travail sur le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine, on se conformera aux principes directeurs suivants pour élaborer le mandat de chacun des groupes de laboratoires du GISRS de l'OMS.

1. Toutes les activités menées par les laboratoires du GISRS de l'OMS dans le cadre du mandat que leur confie l'OMS devront être compatibles avec le Cadre et l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
2. Les laboratoires du GISRS de l'OMS seront coordonnés par l'OMS et lui fourniront un appui.
3. Les laboratoires du GISRS de l'OMS fourniront dans les meilleurs délais un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information dont ils disposent sur les tests effectués, les résultats des tests, l'évaluation des risques et la riposte face aux risques, comme indiqué dans leur mandat.
4. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront leurs données d'expérience et fourniront, si nécessaire, un appui aux États Membres de l'OMS pour le renforcement des capacités dans la limite des ressources disponibles.
5. Les laboratoires du GISRS de l'OMS, comme indiqué dans leur mandat, fourniront un appui pour la mise au point d'un vaccin antipandémique potentiel, d'un vaccin antipandémique, de matériel de diagnostic et de produits pharmaceutiques.
6. Si les laboratoires du GISRS de l'OMS font des recherches sur des virus grippaux qu'ils ont reçus aux fins de la surveillance de la santé publique, ils devront veiller à associer à ces travaux, y compris au processus de publication et dans toute la mesure possible, des scientifiques du Centre national de la grippe ou Autre laboratoire autorisé qui a fourni les virus, notamment des scientifiques de pays en développement.
7. Les laboratoires du GISRS de l'OMS contribueront à la préparation et à la riposte sanitaires mondiales, en particulier pour les situations d'urgence, y compris les flambées et les épidémies d'ampleur internationale.
8. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais les Matériels biologiques PIP, au moyen, s'il y a lieu, du dispositif de traçabilité des virus grippaux et sans omettre la distribution à d'autres laboratoires qualifiés, pour faciliter l'évaluation des risques pour la santé publique, les activités de riposte face aux risques et la recherche scientifique conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

9. Les laboratoires du GISRS de l'OMS soumettront les données relatives au séquençage génétique à la Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID) et à la Genbank ou à des bases de données du même type en temps voulu conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*

10. La contribution des laboratoires d'origine qui fournissent des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS sera dûment reconnue.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

Appendice 5

Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe

Mandat relatif aux travaux sur des Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) sert de dispositif mondial d'alerte pour l'émergence de virus grippaux présentant des caractéristiques importantes, notamment ceux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Pour les activités relatives à la grippe pandémique, le GISRS de l'OMS comprend quatre types complémentaires d'institutions et de laboratoires : les Centres nationaux de la grippe, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation. Le GISRS de l'OMS est coordonné par le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe. Dans chacune des catégories, toutes les institutions et tous les laboratoires exercent les fonctions décrites dans le mandat de base. Le mandat de base des Centres collaborateurs de l'OMS définit les normes minimales que doit respecter chaque Centre collaborateur de l'OMS, et la capacité de les respecter est une condition préalable pour être désigné comme Centre collaborateur de l'OMS. Chaque laboratoire ou institution officiellement reconnu ou désigné par l'OMS comme faisant partie du GISRS de l'OMS a accepté d'être lié par le mandat de base applicable à la catégorie à laquelle il ou elle appartient. On trouvera ci-dessous le mandat de base applicable aux Centres collaborateurs de l'OMS.

De plus, certains Centres collaborateurs de l'OMS à l'intérieur du GISRS de l'OMS peuvent avoir un mandat spécifique supplémentaire, selon qu'il convient. Le mandat spécifique reconnaît l'existence entre les Centres collaborateurs de l'OMS de différences quant aux compétences techniques, aux capacités et aux intérêts et prévoit que certains d'entre eux sont appelés à exercer des fonctions supplémentaires liées à l'évaluation des risques pandémiques et à la riposte. Le mandat spécifique sera examiné et décidé entre le Centre collaborateur de l'OMS et le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe avant la désignation et la redésignation du Centre collaborateur.

En général, les Centres collaborateurs de l'OMS procèdent à une évaluation des risques de grippe pandémique de manière constante et fournissent des conseils, des compétences techniques et un appui aux États Membres et au Secrétariat pour faciliter les activités de riposte aux risques de grippe. Les Centres collaborateurs de l'OMS appuient les enquêtes sur les flambées, procèdent à des analyses complètes sur les virus et choisissent et mettent au point des virus vaccinaux candidats grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie. L'évaluation efficace des risques et la riposte face à ces risques reposent sur l'action concertée de l'ensemble des membres du GISRS de l'OMS, par l'échange rapide des matériels biologiques, des réactifs de référence, des données épidémiologiques et d'autres informations.

Il est entendu que les Principes directeurs, tels qu'adoptés par la réunion intergouvernementale et reproduits ci-dessous, guident toutes les activités, les mandats spécifiques ou les fonctions associées des laboratoires du GISRS de l'OMS lorsqu'ils interviennent en qualité de laboratoire du GISRS de l'OMS. Les mandats de tous les laboratoires du GISRS de l'OMS ont été élaborés selon les Principes directeurs généraux suivants :

Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs du GISRS de l'OMS pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine

1. Toutes les activités menées par les laboratoires du GISRS de l'OMS dans le cadre du mandat que leur confie l'OMS devront être compatibles avec le Cadre et l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
2. Les laboratoires du GISRS de l'OMS seront coordonnés par l'OMS et lui fourniront un appui.
3. Les laboratoires du GISRS de l'OMS fourniront dans les meilleurs délais un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information dont ils disposent sur les tests effectués, les résultats des tests, l'évaluation des risques et la riposte face aux risques, comme indiqué dans leur mandat.
4. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront leurs données d'expérience et fourniront, si nécessaire, un appui aux États Membres de l'OMS pour le renforcement des capacités dans la limite des ressources disponibles.
5. Les laboratoires du GISRS de l'OMS, comme indiqué dans leur mandat, fourniront un appui pour la mise au point d'un vaccin antipandémique potentiel, d'un vaccin antipandémique, de matériel de diagnostic et de produits pharmaceutiques.
6. Si les laboratoires du GISRS de l'OMS font des recherches sur des virus grippaux qu'ils ont reçus aux fins de la surveillance de la santé publique, ils devront veiller à associer à ces travaux, y compris au processus de publication et dans toute la mesure possible, des scientifiques du Centre national de la grippe ou Autre Laboratoire autorisé qui a fourni les virus, notamment des scientifiques de pays en développement.
7. Les laboratoires du GISRS de l'OMS contribueront à la préparation et à la riposte sanitaires mondiales, en particulier pour les situations d'urgence, y compris les flambées et les épidémies d'ampleur internationale.
8. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais les Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique, au moyen, s'il y a lieu, du dispositif de traçabilité des virus grippaux et sans omettre la distribution à d'autres laboratoires qualifiés, pour faciliter l'évaluation des risques pour la santé publique, les activités de riposte face aux risques et la recherche scientifique conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
9. Les laboratoires du GISRS de l'OMS soumettront les données relatives au séquençage génétique à la Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID) et à la Genbank ou à des bases de données du même type en temps voulu conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
10. La contribution des laboratoires d'origine qui fournissent des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS sera dûment reconnue.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

Mandat de base

Les Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe sont des centres d’excellence dans le domaine de la grippe désignés par l’OMS qui acceptent les clauses suivantes :

A. Conditions générales et activités

Centres collaborateurs de l’OMS pour la grippe

1. Travailler en coordination avec le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe et fournir leur appui à l’Organisation (Principes directeurs 2, 7) ;
2. Respecter le mandat de base et le mandat spécifique en utilisant les moyens financiers fournis uniquement par des sources publiques et/ou par d’autres sources non commerciales ;
3. Utiliser le dispositif OMS de traçabilité des virus grippaux pour enregistrer la réception et le transfert des Matériels biologiques PIP (Principe directeur 8) ;
4. Respecter l’Accord type sur le transfert de Matériels* et le Cadre PIP pour l’échange des virus grippaux et l’accès aux vaccins et autres avantages (Principe directeur 1) ;
5. Maintenir la capacité d’échanger, régulièrement et dans les meilleurs délais, des matériels et des informations avec les autres Centres collaborateurs de l’OMS (Principes directeurs 3, 8) ;
6. Avoir pleinement accès et sans restriction aux installations de laboratoire de niveau de sécurité biologique 3 respectant les normes internationales et nationales reconnues. Le fournisseur assume la pleine responsabilité du respect de la réglementation de sécurité et de sûreté biologiques nationale, étant entendu que celle-ci est au minimum conforme aux normes pertinentes actuelles de l’OMS ;
7. Servir de ressources techniques à l’OMS pour toute autre question urgente liée à la grippe pandémique ou à des flambées de grippe susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 5) ;
8. Reconnaître comme il convient les laboratoires d’origine fournissant des échantillons cliniques et/ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 8, 10) ;
9. Maintenir et renforcer la communication et la collaboration actives avec les Centres nationaux de la grippe¹ et l’OMS pour assurer que des informations et des conclusions à jour importantes pour la santé publique soient échangées rapidement (Principes directeurs 3, 4, 7, 8) ;
10. Rendre l’OMS et le pays ayant fourni les échantillons cliniques et/ou des virus susceptibles de donner lieu à une pandémie attentifs à toute découverte inhabituelle en liaison avec l’évaluation des risques de grippe pandémique (Principes directeurs 3, 7) ;
11. Fournir un appui technique et de laboratoire, à la demande de l’OMS, pour aider les États Membres, et en particulier les pays en développement, à riposter aux flambées provoquées par des

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

¹ Centres nationaux de la grippe désignés par l’OMS.

virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie et à évaluer les risques (Principes directeurs 2, 3, 4, 7) ;

12. Fournir un appui à la formation et un appui de laboratoire aux Centres nationaux de la grippe, surtout ceux des pays en développement, en ce qui concerne les techniques et compétences de laboratoire, notamment pour le diagnostic, les analyses de données, l'évaluation des risques et les autres capacités critiques (Principe directeur 4) ;

13. Aider l'OMS à améliorer la surveillance mondiale des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 7), y compris l'élaboration de normes, de recommandations et de politiques, ainsi que la riposte aux flambées qui leur sont associées et la préparation à la pandémie (Principes directeurs 2, 3, 4, 7) ;

14. Fournir régulièrement et dans les meilleurs délais des données relatives à la surveillance et les résultats de la caractérisation des virus aux laboratoires d'origine et à l'OMS (Principes directeurs 3, 7) ;

15. Conseiller le GISRS de l'OMS sur les méthodes de laboratoire pour le diagnostic des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, notamment en ce qui concerne l'adoption de nouvelles approches diagnostiques, l'amélioration des pratiques de laboratoire et les autres besoins opérationnels (Principes directeurs 2, 3, 5).

B. Analyses de laboratoire et activités apparentées

Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe

1. Poser un diagnostic de laboratoire précis pour les échantillons reçus en typant et sous-typant les virus grippaux, notamment pour confirmer les infections par le virus A(H5) et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 3, 7) ;

2. Isoler sur œufs embryonnés et cultures cellulaires des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ;

3. Procéder à une analyse antigénique et génétique détaillée des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie en fournissant les résultats à l'OMS et aux laboratoires d'origine dans les meilleurs délais (Principes directeurs 2, 3, 4, 7) ;

4. Échanger immédiatement les séquences des gènes de l'hémagglutinine, de la neuraminidase et autres séquences géniques des virus A(H5) et des autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie avec le laboratoire d'origine, les Centres collaborateurs de l'OMS et les Laboratoires de référence H5 (Principe directeur 3) ;

5. Introduire les séquences disponibles des gènes de l'hémagglutinine, de la neuraminidase et autres séquences géniques des virus A(H5) et des autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie dans une base de données accessible au public, dans les meilleurs délais et pas plus de trois mois après avoir terminé le séquençage, à moins que le laboratoire ou le pays ayant fourni les échantillons cliniques et/ou les virus n'ait donné d'autres instructions (Principe directeur 9) ;

6. Produire et distribuer des immunosérums de furet dirigés contre des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie aux laboratoires de l'OMS concernés par la sélection et la mise au point des virus vaccinaux grippaux (Principe directeur 5) ;

7. Procéder à des analyses, fournir des données et des conseils à l’OMS et participer à des réunions et à des téléconférences concernant la sélection, la mise au point et la disponibilité dans les meilleurs délais de virus vaccinaux candidats utilisés contre H5N1 et d’autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 5, 7) ;
8. Participer à la mise au point de virus vaccinaux candidats grippaux pour la préparation et la riposte face à la grippe pandémique (Principes directeurs 5, 7) ;
9. Pratiquer des tests de sensibilité aux antiviraux du virus H5N1 et d’autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie et communiquer dans les meilleurs délais des rapports aux laboratoires d’origine et à l’OMS (Principe directeur 3) ;
10. Sélectionner, conserver et mettre à jour un groupe de virus grippaux de référence susceptibles de donner lieu à une pandémie, y compris le virus H5N1, ainsi que les immunsérums correspondants s’ils sont disponibles et faire des mises à jour sur la disponibilité des virus vaccinaux candidats grippaux et des immunsérums correspondants, le cas échéant, à l’intention de l’OMS (Principes directeurs 2, 3, 5, 7) ;
11. Mettre au point, mettre à jour et produire des réactifs diagnostiques de laboratoire pour le virus H5N1 et d’autres virus susceptibles de donner lieu à une pandémie directement ou par l’intermédiaire de sous-traitants et les distribuer aux Centres nationaux de la grippe, sous réserve de la disponibilité de ressources (Principe directeur 5) ;
12. Échanger dans les meilleurs délais des échantillons cliniques et des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie conformément à l’Accord type sur le transfert de Matériels* avec les laboratoires travaillant en coordination et en collaboration avec le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe, et notamment :
 - i) les autres Centres collaborateurs de l’OMS (Principes directeurs 1, 8) ;
 - ii) les Laboratoires essentiels de réglementation participant au processus OMS de sélection et de mise au point de virus vaccinaux candidats grippaux, ainsi que de réactifs destinés à mesurer l’activité des vaccins (Principes directeurs 1, 8) ;
 - iii) les autres laboratoires associés à des activités spécialisées coordonnées par l’OMS (par exemple le projet OMS d’évaluation externe de la qualité pour le dépistage des virus grippaux de sous-type A au moyen de l’amplification génique ; l’actualisation des amorces OMS pour l’amplification génique pour la grippe), et à d’autres activités visant à renforcer la surveillance mondiale de la grippe, l’évaluation des risques et la riposte face au risque, ainsi que les capacités (Principes directeurs 1, 4, 8) ;
13. Sélectionner des virus vaccinaux candidats grippaux sous la coordination de l’OMS pour la mise au point et la production de vaccins contre des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Selon la procédure suivie pour la production des vaccins, les virus vaccinaux candidats grippaux peuvent comprendre des virus de type sauvage et des virus réassortis à forte capacité de croissance, y compris ceux préparés par des techniques de génétique inverse. Distribuer les virus vaccinaux candidats grippaux, sur demande, aux destinataires appropriés au niveau de sécurité biologique voulu, notamment les fabricants de vaccins antigrippaux, les fabricants de produits diagnostiques, les instituts de recherche et autres intervenants souhaitant recevoir des virus vaccinaux grippaux (Principes directeurs 5, 8) ;

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

14. Sélectionner, conserver et mettre à jour des virus de référence A(H5N1) et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie comme étant représentatifs du point de vue antigénique et génétique de groupes importants de virus. Sous réserve de la disponibilité de ressources, distribuer aussi bien les virus de référence que les immunsérums correspondants, sur demande, aux Centres nationaux de la grippe et aux autres instituts aux fins d'activités non commerciales, notamment la surveillance, la référence et la recherche (Principe directeur 10) ;

C. Recherche, présentations et publications scientifiques

Centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe

1. Rechercher activement la participation de chercheurs des laboratoires/pays d'origine à des projets scientifiques associés à la recherche sur des échantillons cliniques et/ou des virus grippaux provenant de leur pays et les faire participer activement à la préparation de manuscrits en vue de leur présentation et publication (Principe directeur 6) ;

2. Reconnaître comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions de collaborateurs, y compris les laboratoires/pays fournissant des échantillons cliniques ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ou des réactifs, en utilisant des lignes directrices telles que celles édictées par le Comité international des Rédacteurs en Chef de Revues médicales¹ (Principe directeur 6).

Mandat spécifique

Il s'agit des fonctions supplémentaires confiées à un Centre collaborateur de l'OMS, compte tenu de ses compétences spécifiques dans le domaine de la grippe.

¹ Voir <http://www.icmje.org/>.

Centres nationaux de la grippe

Mandat relatif aux travaux sur des Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) sert de dispositif mondial d'alerte pour l'émergence de virus grippaux présentant des caractéristiques importantes, notamment ceux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Pour les activités relatives à la grippe pandémique, le GISRS de l'OMS comprend quatre types complémentaires d'institutions et de laboratoires : les Centres nationaux de la grippe, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation. Le GISRS de l'OMS est coordonné par le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe. Dans chacune des catégories, toutes les institutions et tous les laboratoires exercent les fonctions décrites dans le mandat de base. Chaque laboratoire ou institution officiellement reconnu ou désigné par l'OMS comme faisant partie du GISRS de l'OMS a accepté d'être lié par le mandat de base applicable à la catégorie à laquelle il ou elle appartient. On trouvera ci-dessous le mandat de base applicable aux Centres nationaux de la grippe.

Les Centres nationaux de la grippe jouent un rôle essentiel dans l'évaluation des risques de grippe pandémique en rendant immédiatement l'OMS attentive aux flambées dues au virus H5N1 ou à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Les Centres nationaux de la grippe recueillent des échantillons auprès de cas suspects de grippe à H5N1 ou d'autres infections virales grippales inhabituelles, procèdent au diagnostic et à l'analyse au laboratoire, et expédient dans les meilleurs délais ces échantillons ou les virus qui y sont isolés à un Centre collaborateur de l'OMS ou à un Laboratoire de référence H5 en vue d'une analyse virologique poussée. L'évaluation efficace des risques de grippe pandémique et la riposte face à ces risques reposent sur l'action concertée de l'ensemble des membres du GISRS de l'OMS, par l'échange rapide des matériels biologiques, des réactifs de référence, des données épidémiologiques et d'autres informations.

Il est entendu que les Principes directeurs, tels qu'adoptés par la réunion intergouvernementale et reproduits ci-dessous, guident toutes les activités, les mandats spécifiques ou les fonctions associées des laboratoires du GISRS de l'OMS lorsqu'ils interviennent en qualité de laboratoire du GISRS de l'OMS. Les mandats de tous les laboratoires du GISRS de l'OMS ont été élaborés selon les Principes directeurs généraux suivants :

Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs du GISRS de l'OMS pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine

1. Toutes les activités menées par les laboratoires du GISRS de l'OMS dans le cadre du mandat que leur confie l'OMS devront être compatibles avec le Cadre et l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
2. Les laboratoires du GISRS de l'OMS seront coordonnés par l'OMS et lui fourniront un appui.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de matériels » on entend « Accord type sur le transfert de matériels 1 ».

3. Les laboratoires du GISRS de l’OMS fourniront dans les meilleurs délais un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information dont ils disposent sur les tests effectués, les résultats des tests, l’évaluation des risques et la riposte face aux risques, comme indiqué dans leur mandat.
4. Les laboratoires du GISRS de l’OMS échangeront leurs données d’expérience et fourniront, si nécessaire, un appui aux États Membres de l’OMS pour le renforcement des capacités dans la limite des ressources disponibles.
5. Les laboratoires du GISRS de l’OMS, comme indiqué dans leur mandat, fourniront un appui pour la mise au point d’un vaccin antipandémique potentiel, d’un vaccin antipandémique, de matériel de diagnostic et de produits pharmaceutiques.
6. Si les laboratoires du GISRS de l’OMS font des recherches sur des virus grippaux qu’ils ont reçus aux fins de la surveillance de la santé publique, ils devront veiller à associer à ces travaux, y compris au processus de publication et dans toute la mesure possible, des scientifiques du Centre national de la grippe ou Autre laboratoire autorisé qui a fourni les virus, notamment des scientifiques de pays en développement.
7. Les laboratoires du GISRS de l’OMS contribueront à la préparation et à la riposte sanitaires mondiales, en particulier pour les situations d’urgence, y compris les flambées et les épidémies d’ampleur internationale.
8. Les laboratoires du GISRS de l’OMS échangeront de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais les Matériels biologiques PIP, au moyen, s’il y a lieu, du dispositif de traçabilité des virus grippaux et sans omettre la distribution à d’autres laboratoires qualifiés, pour faciliter l’évaluation des risques pour la santé publique, les activités de riposte face aux risques et la recherche scientifique conformément à l’Accord type sur le transfert de Matériels.*
9. Les laboratoires du GISRS de l’OMS soumettront les données relatives au séquençage génétique à la Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID) et à la Genbank ou à des bases de données du même type en temps voulu conformément à l’Accord type sur le transfert de Matériels.*
10. La contribution des laboratoires d’origine qui fournissent des Matériels biologiques PIP au GISRS de l’OMS sera dûment reconnue.

Mandat de base

Les Centres nationaux de la grippe sont des laboratoires qui respectent les clauses du mandat figurant ci-dessous. Un Centre national de la grippe est désigné officiellement par le ministère de la santé du pays concerné et est reconnu par l’OMS. Il peut avoir d’autres obligations à respecter sous l’autorité du ministère de la santé.

A. Conditions générales et activités

Centres nationaux de la grippe

1. Travailler en coordination avec le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe et fournir leur appui à l’Organisation (Principes directeurs 2, 7) ;

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

2. Utiliser le dispositif OMS de traçabilité des virus grippaux pour enregistrer la réception et le transfert des Matériels biologiques PIP (Principe directeur 8) ;
3. Respecter l'Accord type sur le transfert de Matériels* et le Cadre PIP pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (Principe directeur 1) ;
4. Servir de point de contact essentiel entre l'OMS et le pays du Centre national de la grippe sur les questions liées à la surveillance, au diagnostic au laboratoire et à l'échange d'échantillons cliniques et/ou de virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, ainsi qu'à l'échange avec l'OMS des informations cliniques ou épidémiologiques connexes importantes éventuellement disponibles (Principes directeurs 2, 3, 4, 7, 8) ;
5. Participer activement aux activités de surveillance de la grippe pandémique de l'OMS et maintenir une communication et une collaboration actives avec les autres membres du GISRS de l'OMS (Principes directeurs 4, 7, 8).

B. Activités de laboratoire et activités apparentées

Centres nationaux de la grippe

1. Obtenir ou traiter comme il convient des échantillons cliniques de patients suspects d'être infectés par le virus H5N1 ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principe directeur 7) ;
2. Agir comme point de collecte d'isollements de virus de grippe pandémique suspectée provenant de laboratoires à l'intérieur du pays ;
3. Procéder à des tests sur des échantillons cliniques de virus grippaux et détecter les virus grippaux qui ne peuvent être directement identifiés au moyen des réactifs diagnostiques fournis par le GISRS de l'OMS ;
4. Expédier, dans un délai d'une semaine, les échantillons cliniques et/ou les virus qui ne peuvent être facilement identifiés au moyen des réactifs diagnostiques fournis par le GISRS de l'OMS à un Centre collaborateur de l'OMS ou à un Laboratoire de référence H5 de leur choix en précisant la date de la collecte de l'échantillon et les données géographiques, épidémiologiques et cliniques pertinentes (Principes directeurs 2, 3, 5, 7, 8) ;
5. Participer à des cours de formation au laboratoire donnés par les Centres collaborateurs de l'OMS en vue de mettre en place et de maintenir la capacité de reconnaître les virus grippaux qui ne peuvent être facilement identifiés (Principe directeur 4) ;
6. Examiner, maintenir et renforcer la surveillance de la grippe dans le pays (Principe directeur 2) ;
7. Fournir des conseils et un appui techniques aux autres laboratoires de la grippe dans le pays sur la collecte d'échantillons et la logistique de l'expédition, la sécurité biologique au laboratoire et les autres procédures opérationnelles relatives à la surveillance de la grippe (Principes directeurs 2, 7).

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

C. Information et communication

Centres nationaux de la grippe

1. Alerter immédiatement l'OMS lors de la détection de virus grippaux qui ne peuvent être facilement identifiés au moyen des réactifs diagnostiques fournis par le GISRS de l'OMS ou en cas d'émergence de flambées inhabituelles de grippe non saisonnière ou d'affections d'allure grippale ;
2. Fournir aux autorités nationales et au grand public des informations sur le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie circulant dans le pays dans les meilleurs délais.

D. Recherche, présentations et publications scientifiques

Centres nationaux de la grippe

1. Rechercher activement la participation de chercheurs des laboratoires/pays d'origine à des projets scientifiques associés à la recherche sur des échantillons cliniques et/ou des virus grippaux provenant de leur pays et les faire participer activement à la préparation de manuscrits en vue de leur présentation et publication (Principe directeur 6) ;
2. Reconnaître comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions de collaborateurs, y compris les laboratoires/pays fournissant des échantillons cliniques ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ou des réactifs, en utilisant des lignes directrices telles que celles édictées par le Comité international des Rédacteurs en Chef de Revues médicales¹ (Principe directeur 6).

¹ Voir <http://www.icmje.org/>.

Laboratoires OMS de référence H5

Mandat relatif aux travaux sur des Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) sert de dispositif mondial d'alerte pour l'émergence de virus grippaux présentant des caractéristiques importantes, notamment ceux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Pour les activités relatives à la grippe pandémique, le GISRS de l'OMS comprend quatre types complémentaires d'institutions et de laboratoires : les Centres nationaux de la grippe, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation. Le GISRS de l'OMS est coordonné par le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe. Dans chacune des catégories, toutes les institutions et tous les laboratoires exercent les fonctions décrites dans le mandat de base. Le mandat de base des Laboratoires OMS de référence H5 définit les normes minimales que doit respecter chaque Laboratoire OMS de référence H5, et la capacité de les respecter est une condition préalable pour être désigné comme Laboratoire OMS de référence H5. Chaque laboratoire ou institution officiellement reconnu ou désigné par l'OMS comme faisant partie du GISRS de l'OMS a accepté d'être lié par le mandat de base applicable à la catégorie à laquelle il ou elle appartient. On trouvera ci-dessous le mandat de base applicable aux Laboratoires de référence H5.

Les Laboratoires OMS de référence H5 sont des laboratoires désignés par l'OMS, sur une base ad hoc, à partir de 2005 pour aider le GISRS de l'OMS à riposter à l'apparition et à la propagation de grippe aviaire H5N1 hautement pathogène. Ces laboratoires procèdent à une évaluation du risque grippal et à la riposte en fournissant des diagnostics fiables de l'infection grippale chez l'homme, notamment lorsque l'on suspecte une association avec des virus A(H5) de la grippe aviaire ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie. L'évaluation efficace des risques et la riposte face à ces risques reposent sur l'action concertée de l'ensemble des membres du GISRS de l'OMS par l'échange rapide des matériels biologiques, des réactifs de référence, des données épidémiologiques et d'autres informations.

Il est entendu que les Principes directeurs, tels qu'adoptés par la réunion intergouvernementale et reproduits ci-dessous, guident toutes les activités, les mandats spécifiques ou les fonctions associées des laboratoires du GISRS de l'OMS lorsqu'ils interviennent en qualité de laboratoire du GISRS de l'OMS. Les mandats de tous les laboratoires du GISRS de l'OMS ont été élaborés selon les Principes directeurs généraux suivants :

Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs du GISRS de l'OMS pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine

1. Toutes les activités menées par les laboratoires du GISRS de l'OMS dans le cadre du mandat que leur confie l'OMS devront être compatibles avec le Cadre et l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
2. Les laboratoires du GISRS de l'OMS seront coordonnés par l'OMS et lui fourniront un appui.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

3. Les laboratoires du GISRS de l'OMS fourniront dans les meilleurs délais un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information dont ils disposent sur les tests effectués, les résultats des tests, l'évaluation des risques et la riposte face aux risques, comme indiqué dans leur mandat.
4. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront leurs données d'expérience et fourniront, si nécessaire, un appui aux États Membres de l'OMS pour le renforcement des capacités dans la limite des ressources disponibles.
5. Les laboratoires du GISRS de l'OMS, comme indiqué dans leur mandat, fourniront un appui pour la mise au point d'un vaccin antipandémique potentiel, d'un vaccin antipandémique, de matériel de diagnostic et de produits pharmaceutiques.
6. Si les laboratoires du GISRS de l'OMS font des recherches sur des virus grippaux qu'ils ont reçus aux fins de la surveillance de la santé publique, ils devront veiller à associer à ces travaux, y compris au processus de publication et dans toute la mesure possible, des scientifiques du Centre national de la grippe ou Autre laboratoire autorisé qui a fourni les virus, notamment des scientifiques de pays en développement.
7. Les laboratoires du GISRS de l'OMS contribueront à la préparation et à la riposte sanitaires mondiales, en particulier pour les situations d'urgence, y compris les flambées et les épidémies d'ampleur internationale.
8. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais les Matériels biologiques PIP, au moyen, s'il y a lieu, du dispositif de traçabilité des virus grippaux et sans omettre la distribution à d'autres laboratoires qualifiés, pour faciliter l'évaluation des risques pour la santé publique, les activités de riposte face aux risques et la recherche scientifique conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
9. Les laboratoires du GISRS de l'OMS soumettront les données relatives au séquençage génétique à la Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID) et à la Genbank ou à des bases de données du même type en temps voulu conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
10. La contribution des laboratoires d'origine qui fournissent des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS sera dûment reconnue.

Mandat de base

Les Laboratoires OMS de référence H5 sont des laboratoires désignés selon une procédure déterminée par l'OMS, sur une base ad hoc, et respectant les clauses du mandat énumérées ci-dessous.

A. Conditions générales et activités

Laboratoires OMS de référence H5

1. Travailler en coordination avec le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe et fournir leur appui à l'Organisation (Principe directeur 2) ;

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

2. Remplir les critères fixés par l'OMS pour accepter les résultats positifs faisant état d'une infection par le virus H5 chez l'homme ;¹
3. Utiliser le dispositif OMS de traçabilité des virus grippaux pour enregistrer la réception et le transfert des Matériels biologiques PIP (Principe directeur 8) ;
4. Respecter l'Accord type sur le transfert de Matériels* et le Cadre PIP pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (Principe directeur 1) ;
5. Fournir des services de laboratoire à son propre pays ou à d'autres en cas de besoin pour le diagnostic du virus A(H5) et d'autres virus susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 3, 7) ;
6. Rendre l'OMS et le pays ayant fourni les échantillons cliniques et/ou des virus susceptibles de donner lieu à une pandémie attentifs à toute découverte inhabituelle en liaison avec l'évaluation des risques de grippe pandémique (Principes directeurs 3, 7) ;
7. Communiquer en retour à l'OMS des informations sur l'utilisation des protocoles et amorces diagnostiques recommandés par l'OMS pour aider celle-ci à mettre à jour les recommandations concernant le diagnostic au laboratoire (Principes directeurs 2, 3, 4, 5).

B. Activités de laboratoire et activités apparentées

Laboratoires OMS de référence H5

1. Fournir des conseils aux dispensaires, hôpitaux et autres sites de collecte d'échantillons en ce qui concerne la collecte, la conservation, le conditionnement et l'expédition des échantillons cliniques dans de bonnes conditions de sécurité (Principe directeur 7) ;
2. Poser un diagnostic de laboratoire précis pour les échantillons reçus, en typant et sous-typant les virus grippaux, notamment pour confirmer les infections par le virus A(H5) et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie et mettre les résultats à la disposition des Centres collaborateurs de l'OMS et des laboratoires d'origine dans les meilleurs délais (Principes directeurs 2, 3, 4, 7) ;
3. Fournir des compétences techniques et des moyens de laboratoire pour faire face à des flambées d'infections à virus A(H5) ou à d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 3, 4, 5, 7) ;
4. Échanger en routine des échantillons cliniques et/ou des isolements de virus A(H5) ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie avec les Centres collaborateurs de l'OMS pour approfondir la caractérisation conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels* (Principes directeurs 1, 8, 10) ;

¹ Voir le site Web de l'OMS.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

5. Échanger immédiatement les séquences des gènes de l'hémagglutinine, de la neuraminidase et autres séquences géniques des virus A(H5) et des autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie avec le laboratoire d'origine, les Centres collaborateurs de l'OMS et les Laboratoires de référence H5 (Principe directeur 3) ;
6. Introduire les séquences disponibles des gènes de l'hémagglutinine, de la neuraminidase et autres séquences géniques des virus A(H5) et des autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie dans une base de données accessible au public, dans les meilleurs délais et pas plus de trois mois après avoir terminé le séquençage, à moins que le laboratoire ou le pays ayant fourni les échantillons cliniques et/ou les virus n'ait donné d'autres instructions (Principe directeur 9) ;
7. Indiquer comme il convient les laboratoires d'origine fournissant les échantillons cliniques et/ou les virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 8, 10).

C. Recherche, présentations et publications scientifiques

Laboratoires OMS de référence H5

1. Rechercher activement la participation de chercheurs des laboratoires/pays d'origine à des projets scientifiques associés à la recherche sur des échantillons cliniques et/ou des virus grippaux provenant de leur pays et les faire participer activement à la préparation de manuscrits en vue de leur présentation et publication (Principe directeur 6) ;
2. Reconnaître comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions de collaborateurs, y compris les laboratoires/pays fournissant des échantillons cliniques ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ou des réactifs, en utilisant des lignes directrices telles que celles édictées par le Comité international des Rédacteurs en Chef de Revues médicales¹ (Principe directeur 6).

¹ Voir <http://www.icmje.org/>.

Laboratoires essentiels de réglementation

Mandat relatif aux travaux sur des Matériels biologiques liés à la préparation en cas de grippe pandémique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS) sert de dispositif mondial d'alerte pour l'émergence de virus grippaux présentant des caractéristiques importantes, notamment ceux susceptibles de donner lieu à une pandémie. Pour les activités relatives à la grippe pandémique, le GISRS de l'OMS comprend quatre types complémentaires d'institutions et de laboratoires : les Centres nationaux de la grippe, les Centres collaborateurs de l'OMS, les Laboratoires OMS de référence H5 et les Laboratoires essentiels de réglementation. Le GISRS de l'OMS est coordonné par le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe. Dans chacune des catégories, toutes les institutions et tous les laboratoires exercent les fonctions décrites dans le mandat de base. Le mandat de base des Laboratoires essentiels de réglementation définit les normes minimales que doit respecter chaque Laboratoire essentiel de réglementation, et la capacité de les respecter est une condition préalable pour être désigné comme Laboratoire essentiel de réglementation. Chaque laboratoire ou institution officiellement reconnu ou désigné par l'OMS comme faisant partie du GISRS de l'OMS a accepté d'être lié par le mandat de base applicable à la catégorie à laquelle il ou elle appartient. On trouvera ci-dessous le mandat de base applicable aux Laboratoires essentiels de réglementation.

Officiellement, les Laboratoires essentiels de réglementation sont associés aux organismes nationaux de réglementation et ont un rôle crucial à jouer dans le développement, la réglementation et la standardisation des vaccins antigrippaux. Ils ont assumé cette fonction depuis près de quarante ans au sein du GISRS de l'OMS et ont ainsi contribué à la production de vaccins sûrs et efficaces en sélectionnant et développant les virus vaccinaux candidats. Même s'ils n'avaient auparavant aucun mandat officiel avec l'OMS, ils collaboraient étroitement en pratique avec l'OMS et les fabricants de vaccins. Il y a actuellement quatre Laboratoires essentiels de réglementation : le Center for Biologics Evaluation and Research (États-Unis d'Amérique), le National Institute for Biological Standards and Control (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande de Nord), le National Institute for Infectious Diseases (Japon) et la Therapeutic Goods Administration (Australie).

Le mandat de base réunit les prescriptions de base que doit suivre chaque Laboratoire essentiel de réglementation, au niveau individuel comme à celui du groupe. Le mandat spécifique peut être discuté et accepté par le Laboratoire essentiel de réglementation lui-même, le Programme mondial OMS de lutte contre la grippe et, dans certains cas, l'industrie avant d'être reconnu.

Il est entendu que les Principes directeurs, tels qu'adoptés par la réunion intergouvernementale et reproduits ci-dessous, guident toutes les activités, les mandats spécifiques ou les fonctions associées des laboratoires du GISRS de l'OMS lorsqu'ils interviennent en qualité de laboratoire du GISRS de l'OMS. Les mandats de tous les laboratoires du GISRS de l'OMS ont été élaborés selon les Principes directeurs généraux suivants :

Principes directeurs pour l'élaboration du mandat des laboratoires actuels et futurs du GISRS de l'OMS pour le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie humaine

1. Toutes les activités menées par les laboratoires du GISRS de l'OMS dans le cadre du mandat que leur confie l'OMS devront être compatibles avec le Cadre et l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
2. Les laboratoires du GISRS de l'OMS seront coordonnés par l'OMS et lui fourniront un appui.
3. Les laboratoires du GISRS de l'OMS fourniront dans les meilleurs délais un rapport récapitulatif des analyses de laboratoire et, sur demande, toute autre information dont ils disposent sur les tests effectués, les résultats des tests, l'évaluation des risques et la riposte face aux risques, comme indiqué dans leur mandat.
4. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront leurs données d'expérience et fourniront, si nécessaire, un appui aux États Membres de l'OMS pour le renforcement des capacités dans la limite des ressources disponibles.
5. Les laboratoires du GISRS de l'OMS, comme indiqué dans leur mandat, fourniront un appui pour la mise au point d'un vaccin antipandémique potentiel, d'un vaccin antipandémique, de matériel de diagnostic et de produits pharmaceutiques.
6. Si les laboratoires du GISRS de l'OMS font des recherches sur des virus grippaux qu'ils ont reçus aux fins de la surveillance de la santé publique, ils devront veiller à associer à ces travaux, y compris au processus de publication et dans toute la mesure possible, des scientifiques du Centre national de la grippe ou Autre laboratoire autorisé qui a fourni les virus, notamment des scientifiques de pays en développement.
7. Les laboratoires du GISRS de l'OMS contribueront à la préparation et à la riposte sanitaires mondiales, en particulier pour les situations d'urgence, y compris les flambées et les épidémies d'ampleur internationale.
8. Les laboratoires du GISRS de l'OMS échangeront de façon rapide, systématique et dans les meilleurs délais les Matériels biologiques PIP, au moyen, s'il y a lieu, du dispositif de traçabilité des virus grippaux et sans omettre la distribution à d'autres laboratoires qualifiés, pour faciliter l'évaluation des risques pour la santé publique, les activités de riposte face aux risques et la recherche scientifique conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
9. Les laboratoires du GISRS de l'OMS soumettront les données relatives au séquençage génétique à la Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID) et à la Genbank ou à des bases de données du même type en temps voulu conformément à l'Accord type sur le transfert de Matériels.*
10. La contribution des laboratoires d'origine qui fournissent des Matériels biologiques PIP au GISRS de l'OMS sera dûment reconnue.

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

Mandat de base

Les Laboratoires essentiels de réglementation respectent les clauses du mandat énumérées ci-dessous, à titre individuel comme au niveau de l'ensemble du groupe.

A. Conditions générales et activités

Laboratoires essentiels de réglementation

1. Conseiller l'OMS sur la sélection du virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie pour une utilisation dans les vaccins antigrippaux (Principes directeurs 2, 3, 5) ;
2. Aider l'OMS et les États Membres à mettre au point les aspects relatifs aux vaccins dans les plans de préparation et de riposte à la grippe pandémique (Principes directeurs 2, 3, 4, 7) ;
3. Conseiller l'OMS sur les aspects importants relatifs à la réglementation et à la mise au point des vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 3, 5) ;
4. Sur demande, informer l'OMS des programmes de travail et des nouvelles technologies visant à améliorer le développement et la standardisation des vaccins contre le virus H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, et la conseiller (Principes directeurs 2, 3, 4, 5) ;
5. Utiliser le dispositif OMS de traçabilité des virus grippaux pour enregistrer la réception et le transfert des Matériels biologiques PIP (Principe directeur 8) ;
6. Respecter l'Accord type sur le transfert de Matériels* et le Cadre PIP pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages (Principe directeur 1).

B. Activités de laboratoire et activités apparentées

Laboratoires essentiels de réglementation

1. Conserver et, le cas échéant, multiplier le virus H5N1 et d'autres virus grippaux représentatifs susceptibles de donner lieu à une pandémie obtenus par le GISRS de l'OMS dans le but de mettre aux point des virus vaccinaux grippaux (Principes directeurs 1, 2) ;
2. Sur demande de l'OMS, mettre au point des virus vaccinaux candidats contre H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, et les caractériser en appliquant les normes reconnues (Principes directeurs 1, 2, 3, 5, 6) ;
3. Conserver et, le cas échéant, multiplier les virus vaccinaux candidats contre H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, obtenus par le GISRS de l'OMS (Principes directeurs 1, 2, 3, 5) ;
4. Préparer et étalonner des réactifs de référence pour la standardisation des virus vaccinaux candidats contre H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie, en conjonction avec d'autres Laboratoires essentiels de réglementation (Principes directeurs 1, 2, 5) ;

5. Distribuer, dans le cadre de l'Accord type sur le transfert de Matériels,* les virus vaccinaux candidats contre H5N1 et d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie aux laboratoires intéressés, y compris les laboratoires du GISRS de l'OMS et les fabricants de vaccins antigrippaux (Principes directeurs 1, 2, 5) ;
6. Fournir, directement ou par l'intermédiaire de sous-traitants, des réactifs de référence pour la standardisation des vaccins contre le virus H5N1 ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie aux laboratoires, comme les laboratoires du GISRS de l'OMS, aux laboratoires nationaux de réglementation et aux fabricants de vaccins antigrippaux (Principes directeurs 1, 2, 5) ;
7. Analyser, fournir des données et des conseils à l'OMS et participer aux réunions et téléconférences concernant la sélection, le développement et la mise à disposition dans les meilleurs délais des virus vaccinaux candidats contre H5N1 ou d'autres virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie (Principes directeurs 2, 5, 7).

C. Recherche, présentations et publications scientifiques

Laboratoires essentiels de réglementation

1. Rechercher activement la participation de chercheurs des laboratoires/pays d'origine à des projets scientifiques associés à la recherche sur des échantillons cliniques et/ou des virus grippaux provenant de leur pays et les faire participer activement à la préparation de manuscrits en vue de leur présentation et publication (Principe directeur 6) ;
2. Reconnaître comme il convient, dans les présentations et publications, les contributions de collaborateurs, y compris les laboratoires/pays fournissant des échantillons cliniques ou des virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie ou des réactifs, en utilisant des lignes directrices telles que celles édictées par le Comité international des Rédacteurs en Chef de Revues médicales¹ (Principe directeur 6).

* N.B. : par « Accord type sur le transfert de Matériels » on entend « Accord type sur le transfert de Matériels 1 ».

¹ Voir <http://www.icmje.org/>.

ANNEXE 3

Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles Moscou, 28-29 avril 2011

DÉCLARATION DE MOSCOU¹

PRÉAMBULE

Nous, participants à la première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, réunis à Moscou les 28 et 29 avril 2011 ;

I.

Exprimons nos remerciements à l'Organisation mondiale de la Santé et au Gouvernement de la Fédération de Russie pour leur rôle majeur dans la préparation et la tenue de la Conférence ministérielle ;

II.

Reconnaissons que le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible ne peut être exercé sans l'adoption aux niveaux mondial et national de mesures plus importantes pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

III.

Reconnaissons l'existence d'inégalités importantes concernant la charge des maladies non transmissibles et l'accès aux mesures de lutte aussi bien d'un pays à l'autre qu'à l'intérieur des pays ;

IV.

Notons que les politiques axées sur les facteurs comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques associés aux maladies non transmissibles doivent être rapidement et pleinement mises en œuvre afin de garantir que les moyens les plus efficaces sont utilisés pour combattre ces maladies et que la qualité de vie et l'équité en santé s'en trouvent améliorées ;

V.

Soulignons que la lutte contre les maladies non transmissibles exige un leadership à tous les niveaux et une large gamme de mesures multi-niveaux et plurisectorielles visant l'éventail complet des déterminants des maladies non transmissibles (du niveau individuel au niveau structurel) afin de créer les conditions qui favoriseront une vie en bonne santé. Il s'agit notamment de promouvoir et soutenir des modes de vie et des choix sains, une législation et des politiques appropriées, la prévention et le dépistage de la maladie au stade le plus précoce afin de réduire les souffrances et diminuer les coûts, et fournir aux patients les meilleurs soins de santé intégrés possibles tout au long de la vie, y compris le renforcement de l'autonomie, la réadaptation et les soins palliatifs ;

¹ Voir la résolution WHA64.11.

VI.

Reconnaissons qu'un changement de paradigme s'impose face aux défis que posent les maladies non transmissibles, que ces maladies sont causées par des facteurs biomédicaux mais qu'elles peuvent aussi être causées ou fortement influencées par des facteurs comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques ;

VII.

Affirmons notre engagement à répondre aux défis que posent les maladies non transmissibles y compris, le cas échéant, par le renforcement et la réorientation de politiques et de programmes privilégiant une action multisectorielle sur les facteurs comportementaux, environnementaux, économiques et sociaux ;

VIII.

Exprimons notre conviction que les maladies non transmissibles devraient être considérées dans le cadre de partenariats pour la santé, être intégrées d'une manière concertée dans les plans et programmes du secteur de la santé et d'autres secteurs, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et figurer dans le programme mondial de recherche ; et que le renforcement des systèmes de santé et une coordination stratégique avec les programmes mondiaux de santé existants augmenteraient l'impact et la viabilité des approches adoptées pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

JUSTIFICATION DE L'ACTION

1. Les maladies non transmissibles, essentiellement les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, sont les principales causes de morbidité et d'incapacité évitables et sont actuellement responsables de plus de 60 % des décès dans le monde, dont 80 % surviennent dans les pays en développement. D'ici à 2030 on estime que les maladies non transmissibles pourraient être responsables de 75 % des décès dans le monde.
2. En outre, d'autres maladies non transmissibles comme les troubles mentaux viennent alourdir la charge de morbidité mondiale.
3. Les maladies non transmissibles ont un profond retentissement sur le développement humain et peuvent entraver les progrès pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.
4. Les maladies non transmissibles ont aujourd'hui de lourdes répercussions sur tous les niveaux des services de santé, sur les dépenses et le personnel de santé et sur la productivité nationale dans les économies émergentes comme dans les économies avancées.
5. À l'échelle mondiale, les maladies non transmissibles sont des causes importantes de décès prématurés, les populations les plus pauvres et les plus vulnérables payant le tribut le plus élevé. Globalement, ces maladies affectent la vie de milliards de personnes et peuvent avoir des répercussions financières catastrophiques sur les individus et leur famille, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
6. Face aux maladies non transmissibles, les hommes et les femmes sont inégaux d'où la nécessité de prendre en compte les différences entre les sexes dans la lutte contre ces maladies.
7. Nombreux sont les pays aujourd'hui confrontés aux immenses défis que représente le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Cette situation impose une adaptation des systèmes et des politiques de santé et l'abandon de l'approche centrée sur la maladie au profit d'une approche centrée sur la personne et de mesures de santé en faveur de la population. Les initiatives verticales sont insuffisantes pour répondre aux besoins complexes de la population, d'où la nécessité de solutions intégrées reposant sur un large éventail de disciplines et de secteurs. Le renforcement des systèmes de santé dans ce sens permet d'améliorer la capacité à faire face à des maladies et des pathologies diverses.

8. Il existe des interventions reposant sur des données factuelles et présentant un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles aux niveaux mondial, régional, national et local. Ces interventions pourraient avoir des effets positifs importants sur les plans sanitaire et socio-économique à l'échelle mondiale.
9. Pour réduire le risque des maladies non transmissibles il existe des exemples d'interventions – mesures de lutte antitabac, diminution des apports en sel, réduction de l'usage nocif de l'alcool – d'un bon rapport coût/efficacité et d'un coût abordable pour les pays à faible revenu, qui permettraient d'éviter chaque année des millions de décès prématurés.
10. Une attention particulière devrait être accordée à la promotion d'une alimentation saine (pauvre en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sel et en sucre, et riche en fruits et légumes) et de l'activité physique dans tous les aspects de la vie quotidienne.
11. Pour prévenir et combattre efficacement les maladies non transmissibles il faut un leadership et l'action concertée des pouvoirs publics à tous les niveaux (national, infranational et local) et entre un certain nombre de secteurs comme la santé, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports et l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'industrie et le commerce, les finances et le développement économique.
12. La lutte contre les maladies non transmissibles exige la participation et la conduite actives et éclairées des individus, des familles et des collectivités, des organisations de la société civile, du secteur privé le cas échéant, des employeurs, des fournisseurs de soins de santé et de la communauté internationale.

ENGAGEMENT À L'ACTION

Nous prenons par conséquent les engagements suivants :

Au niveau du gouvernement dans son ensemble :

1. Développer des politiques publiques multisectorielles qui créent des conditions de vie équitables et favorables à la santé, permettant aux individus, aux familles et aux collectivités de faire des choix sains et de vivre en bonne santé.
2. Renforcer la cohérence des politiques pour optimiser leur impact positif sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles et pour réduire le plus possible l'impact négatif des politiques d'autres secteurs.
3. Donner la priorité à la lutte contre les maladies non transmissibles, selon les besoins, en assurant une complémentarité avec d'autres objectifs de santé et en favorisant la mise en place de politiques multisectorielles pour renforcer la participation d'autres secteurs.
4. Associer la société civile pour qu'elle mette ses capacités au service de la lutte contre les maladies non transmissibles.
5. Associer le secteur privé pour qu'il contribue plus largement à la lutte contre les maladies non transmissibles, en fonction des priorités nationales et internationales dans ce domaine.

6. Développer et renforcer la capacité des systèmes de santé à coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les stratégies et programmes nationaux et infranationaux de lutte contre les maladies non transmissibles.
7. Mettre en œuvre à l'échelle de la population des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie, complétées par des interventions individuelles, en fonction des priorités nationales. Ces stratégies devraient être équitables, s'inscrire dans la durée et intégrer une démarche d'équité entre les sexes et une dimension culturelle et communautaire dans le but de réduire les inégalités sanitaires.
8. Mettre en œuvre des politiques d'un bon rapport coût/efficacité, par exemple des politiques fiscales, des réglementations et d'autres mesures en vue de réduire les facteurs de risque communs, tels que le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité ou l'usage nocif de l'alcool.
9. Hâter la mise en œuvre par les États Parties des dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et encourager d'autres pays à ratifier la Convention.
10. Mettre en œuvre aux niveaux national et mondial des politiques efficaces de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris celles qui sont pertinentes pour atteindre les objectifs du Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.
11. Faire connaître l'incidence et la charge croissantes des maladies non transmissibles sur les programmes nationaux et internationaux de développement, et encourager les pays et les partenaires internationaux du développement à examiner le niveau de priorité accordé à ces maladies.

Au niveau du ministère de la santé :

1. Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour suivre l'évolution de la charge des maladies non transmissibles, les facteurs de risque, les déterminants, ainsi que l'impact et l'efficacité de la promotion de la santé, des politiques de prévention et de lutte et d'autres interventions.
2. En fonction des priorités nationales, renforcer les systèmes de santé publique au niveau des pays afin d'intensifier la promotion de la santé et les stratégies et mesures de prévention des maladies non transmissibles reposant sur des données factuelles.
3. Intégrer dans les services de soins de santé primaires les services s'occupant des maladies non transmissibles à la faveur du renforcement des systèmes de santé, selon les capacités et les priorités définies.
4. Promouvoir l'accès à la prévention, au traitement et à des soins complets et d'un bon rapport coût/efficacité pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles, y compris l'accès à des médicaments sûrs, efficaces, d'un prix abordable et de haute qualité, sur la base d'une évaluation des besoins et des ressources.
5. Selon les priorités définies par les pays, intensifier les interventions efficaces, d'un bon rapport coût/efficacité et reposant sur des données factuelles, dont il est démontré qu'elles

permettent de soigner les personnes atteintes d'une maladie non transmissible, de protéger celles qui sont le plus exposées et de réduire le risque entre les populations.

6. Promouvoir, traduire et diffuser les résultats de la recherche pour recenser les causes des maladies non transmissibles, les approches efficaces pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ainsi que les stratégies adaptées à des contextes culturels et des lieux de soins différents.

Au niveau international :

1. Exhorter l'Organisation mondiale de la Santé en tant que principale institution des Nations Unies spécialisée dans le domaine de la santé, tous les autres organismes concernés du système des Nations Unies, les banques de développement ainsi que d'autres grandes organisations internationales, à œuvrer de concert pour s'attaquer aux maladies non transmissibles.
2. Par le biais de l'OMS, en concertation avec d'autres organisations multilatérales, des organisations non gouvernementales internationales, le secteur privé et les acteurs de la société civile, renforcer les orientations normatives, mettre en commun les compétences techniques, coordonner les politiques pour obtenir les meilleurs résultats possibles et tirer parti des synergies entre les initiatives mondiales en faveur de la santé.
3. Renforcer le soutien international en faveur de la mise en œuvre pleine et entière de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, du Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et d'autres stratégies internationales pertinentes pour lutter contre les maladies non transmissibles.
4. Rechercher tous les moyens possibles de recenser et mobiliser les ressources financières, humaines et techniques nécessaires, sans pour autant porter préjudice aux autres objectifs de santé.
5. Soutenir l'OMS dans l'élaboration d'un cadre de surveillance mondial complet des maladies non transmissibles.
6. Examiner les moyens de continuer à faciliter l'accès des pays à revenu faible ou intermédiaire à des médicaments sûrs, efficaces, d'un prix abordable et de haute qualité, conformes à la liste modèle OMS des médicaments essentiels, sur la base de l'évaluation des besoins et des ressources, y compris par la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

LA VOIE À SUIVRE

Pour réaliser les objectifs ambitieux que nous nous sommes fixés et obtenir des résultats durables, nous nous engageons à participer activement avec tous les autres secteurs gouvernementaux concernés, sur la base de la présente Déclaration, aux préparatifs, puis au suivi, de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles à New York.

ANNEXE 4

Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015¹

[A64/15, annexe – 28 avril 2011]

1. INTRODUCTION

1. La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015, a orienté la riposte du secteur de la santé aux épidémies provoquées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) afin d'instaurer un accès universel aux services de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH.²

- Elle réaffirme **les buts et les cibles mondiaux** de la riposte du secteur de la santé au VIH.
- Elle définit **quatre orientations stratégiques susceptibles de guider les ripostes des pays**.
- Elle précise **les actions nationales et les contributions de l'OMS recommandées pour chaque orientation stratégique**.

2. La Stratégie a été élaborée pour définir la contribution du secteur de la santé à la riposte plurisectorielle plus large exposée dans la Stratégie de l'ONUSIDA, 2011-2015.³ Elle sera mise en œuvre avec l'aide du Secrétariat qui agira en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA. Elle définit les activités à mener en collaboration dans les domaines politiques et techniques concernés sur la base de la répartition des tâches proposée par l'ONUSIDA.

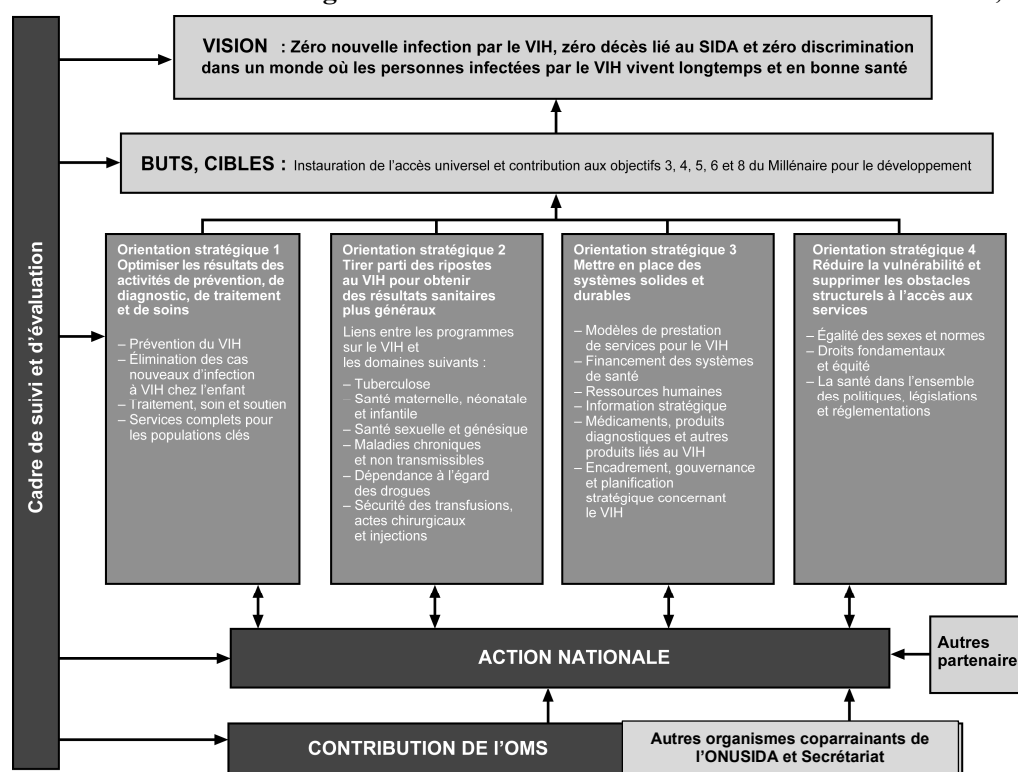
3. Elle a pour objet de promouvoir une riposte à long terme et durable au VIH par le renforcement des systèmes d'action sanitaire et communautaire, l'étude des déterminants sociaux de la santé qui alimentent l'épidémie et entravent les mesures prises pour la combattre, et par la protection et la promotion des droits humains et de l'égalité des sexes considérés comme des éléments essentiels de la riposte du secteur de la santé. Elle vise à renforcer l'intégration des services de lutte contre l'infection par le VIH et des autres services de santé et à améliorer l'impact et l'efficacité. Elle engage la communauté mondiale à faire fond sur la collaboration, l'innovation et l'investissement grâce auxquels ont été accomplis les progrès réalisés à ce jour et poser ainsi les bases du succès pour les cinq années à venir. La Figure 1 en donne une vue d'ensemble.

¹ Voir la résolution WHA64.14.

² Le secteur de la santé englobe les services de santé publique et privée organisés, les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales, les groupes communautaires et les associations professionnelles, ainsi que les institutions qui apportent une contribution directe aux systèmes des soins de santé.

³ *Objectif : zéro – Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015*, Genève, ONUSIDA, 2010.

Figure 1. Résumé de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015



1.1 Contexte et raison d'être

4. Les 10 dernières années ont été marquées par des engagements sans précédent en faveur de la santé et du développement mondiaux avec, dès 2000, les engagements inscrits dans la Déclaration du Millénaire devenus les objectifs du Millénaire pour le développement assortis de cibles correspondant à des échéances bien précises. À la session extraordinaire de 2001 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, les États Membres se sont engagés en faveur d'une riposte globale au VIH dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée en 2006, les États Membres ont élargi ces engagements et pris notamment celui d'assurer l'accès de tous ceux qui en ont besoin aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH. Cette évolution s'est accompagnée d'une extension rapide des services de lutte contre l'infection par le VIH et des ressources consacrées à la lutte contre le sida, qui sont passées de US \$1,6 milliard en 2001 à US \$15,9 milliards en 2009, notamment grâce à un financement important du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres sources bilatérales, multilatérales et nationales. Les résultats ont été remarquables :

- le nombre des cas nouveaux d'infection par le VIH a reculé de 19 % au cours des 10 dernières années. Dans 15 pays à charge de morbidité élevée, la prévalence du VIH a baissé de plus de 25 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Ces reculs sont dus en grande partie à la mise en œuvre de programmes plus importants et plus efficaces de lutte contre l'infection par le VIH ;
- l'accès aux traitements antirétroviraux a été amélioré dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, puisque de 400 000 seulement en 2003 le nombre des personnes bénéficiant de ces traitements était passé à 5,25 millions à la fin de 2009 (soit 35 % de celles dont on estime qu'elles ont besoin de tels traitements) ;
- dans le monde, le nombre des décès liés au sida a baissé de 19 % entre 2004 et 2009 ;

- la baisse importante du prix des médicaments antirétroviraux de première intention signifie que des pays à revenu faible peuvent désormais assurer une année de traitement pour un coût médian de US \$137 par personne ;
- 53 % des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès à des traitements antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus à leurs nouveau-nés, contre 45 % seulement en 2008.

5. **Les défis de la riposte mondiale au VIH.** Les progrès restaient néanmoins fragiles et inégalement répartis. L'incidence du VIH croît dans certains pays et certaines régions, et les cas nouveaux d'infection restent trop nombreux : 2,6 millions pour la seule année 2009 avec un taux mondial de prévalence de 33,3 millions.¹ Bien qu'il ait beaucoup baissé par rapport au sommet enregistré en 1999, le nombre des cas nouveaux d'infection reste supérieur au nombre des personnes mises sous traitement. La plupart de ceux qui en auraient besoin n'ont toujours pas accès aux médicaments antirétroviraux et la demande augmente.

6. L'Afrique subsaharienne enregistre 68 % de la prévalence mondiale du VIH avec des épidémies diverses et généralisées qui ont un impact disproportionné sur les femmes et les jeunes (surtout les jeunes femmes). Les femmes représentent maintenant près de 52 % de la prévalence mondiale chez les adultes (60 % en Afrique subsaharienne), la transmission étant favorisée par les inégalités entre les sexes et des normes sociales aux effets néfastes. Cette région aura besoin que soient intensifiés les efforts en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour que puisse être inversée la propagation du VIH et que puissent être traités tous ceux qui en ont besoin, l'accent étant mis en particulier sur les femmes, les jeunes filles et les autres populations vulnérables.² Même si les jeunes (de 15 à 24 ans) interviennent pour beaucoup dans la diminution de l'incidence du VIH, leur possibilité d'accès aux interventions prioritaires contrant la propagation du VIH ainsi qu'aux services de santé et d'éducation sexuelle et génésique pendant la période très formative de l'adolescence est très variable selon les pays.

7. Les taux d'infection par le VIH augmentent dans plusieurs pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où les épidémies sont concentrées et s'étendent, notamment chez les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels.

8. Trop souvent, les ripostes mises en place au niveau des pays sont mal adaptées à la situation épidémiologique, les interventions proposées dans de nombreux contextes sont de qualité médiocre, insuffisamment axées sur les populations vulnérables et les plus à risque³ des situations d'épidémies généralisées et concentrées. Bien que les variations des taux de prévalence et des schémas épidémiologiques à l'intérieur des pays et des régions exigent des priorités et des interventions différentes, tous les plans nationaux de lutte contre le VIH devraient intégrer des prestations à l'intention de ces populations pour garantir l'efficacité des ripostes nationales. Ils devraient aussi

¹ *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010.

² Aux fins de la Stratégie, la vulnérabilité face au VIH s'entend de la mesure dans laquelle les individus ou des populations particulières peuvent maîtriser le risque d'être infectés par le VIH, ce risque étant par exemple favorisé par l'incapacité de décider librement de sa sexualité, le manque d'informations sur le VIH, le manque d'accès à des préservatifs masculins ou féminins, et d'autres facteurs qui influent sur la transmission du VIH.

³ Aux fins de la Stratégie, les populations les plus à risque comprennent les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les travailleurs du sexe et les détenus.

prévoir des mesures destinées à surmonter les obstacles d'ordre structurel, qui réduisent les possibilités d'accès à des prestations de qualité.¹

9. L'action de sensibilisation de l'OMS mettra en lumière les investissements supplémentaires qui s'imposent en faveur du secteur de la santé pour atteindre les objectifs et les cibles du Millénaire pour le développement et le but de l'accès universel. Bien que le contexte économique actuel ne soit pas favorable à l'aide intérieure et étrangère au développement, des orientations et des occasions nouvelles devraient contribuer à atteindre l'accès universel : la « prévention associée » ; le « Traitement 2.0 » ; l'élimination des cas nouveaux d'infection chez les enfants ; et l'émergence de données scientifiques et programmatiques propices à la mise au point d'approches nouvelles et plus efficaces face au VIH. La Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies qui aura lieu à New York du 8 au 10 juin 2011 fera le point des progrès accomplis en vue des buts et des cibles au niveau mondial pour ce qui concerne le VIH et dessinera dans ses grandes lignes la trajectoire future de la riposte au VIH. La Stratégie définit la contribution du secteur de la santé à cette dernière et est suffisamment souple pour que puissent y être prises en compte les décisions qui seront formulées à l'issue de cette réunion.

10. **Nécessité d'une action coordonnée du secteur de la santé sur le VIH.** Les données factuelles recueillies et les expériences faites à ce jour offrent autant de motifs impérieux d'élaborer une nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH. Le but de la Stratégie de l'OMS est de relever les défis complexes posés par une épidémie dynamique dans un contexte caractérisé par une évolution rapide des acteurs de la santé sur la scène internationale. L'action de l'OMS sur le VIH a été inspirée par une série de stratégies et d'initiatives à caractère général, dont la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2003-2007, l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 », le plan OMS 2006-2010 pour l'accès universel. Le bilan de ces actions souligne combien il est utile que l'OMS soit présente – et qu'un cadre d'orientation soit instauré – pour appuyer les efforts fournis par les pays et tirer profit des progrès accomplis. Sur la base de ces actions, cette Stratégie offre un guide solide et fondé sur des données actuelles pour la riposte du secteur de la santé au VIH entre 2011 et 2015.

1.2 Contributions à la Stratégie de l'ONUSIDA, 2011-2015 et aux stratégies mondiales du secteur de la santé

11. L'alignement et la coordination par rapport à la Stratégie de l'ONUSIDA, 2011-2015 « *Objectif : zéro* » sont les pièces maîtresses de la Stratégie de l'OMS. La Stratégie de l'ONUSIDA fournit un cadre multisectoriel pour la riposte collective des 10 organismes coparrainants et du secrétariat à la pandémie de VIH. Si le secteur de la santé est au cœur de la riposte au VIH, il faut qu'il collabore avec d'autres secteurs pour faire face aux facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux qui conditionnent l'épidémie et l'accès aux prestations de santé. La Stratégie de l'OMS précise les éléments clés de la contribution de l'OMS aux trois orientations stratégiques de l'ONUSIDA, soit :

- révolutionner la prévention du VIH (voir les sections 3.1 et 3.2) ;
- favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un soutien de nouvelle génération (voir les sections 3.3 et 3.4) ;

¹ Les obstacles d'ordre structurel sont des obstacles systémiques (sociaux, culturels et juridiques) qui empêchent les populations clés d'accéder aux services de lutte contre le VIH et nuisent à l'efficacité de ces services. Il s'agit par exemple de politiques de harcèlement des forces de police et d'actes de violence à l'encontre de certaines populations, ou encore de politiques, pratiques et attitudes discriminatoires observées dans les services de santé. Des interventions dites structurelles visent à supprimer ces obstacles.

- promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au VIH (voir les sections 6.1 et 6.2).

12. Outre qu'elle définit le plan des programmes contre le VIH, la Stratégie de l'OMS vise à optimiser les synergies entre les programmes contre le VIH et les autres programmes de santé afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Elle est étroitement alignée sur d'autres stratégies et plans mondiaux d'action sanitaire, dont ceux sur la tuberculose, la santé génésique, les infections sexuellement transmissibles, la santé maternelle, néonatale et infantile, et la santé publique et l'innovation (voir l'appendice); elle contribue aussi à des programmes prioritaires de santé publique et de développement plus généraux axés notamment sur le renforcement des systèmes de santé et les déterminants sociaux de la santé. Les progrès récemment accomplis montrent que l'accès universel est possible dans différents contextes épidémiologiques et configurations de ressources. L'impulsion donnée doit impérativement être maintenue et le secteur de la santé a un rôle central à jouer pour assurer le succès de la riposte mondiale au VIH.

2. VISION, BUTS, CIBLES ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MONDIAUX

2.1 Vision mondiale

13. Zéro nouvelle infection par le VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination dans un monde où les personnes infectées par le VIH vivent longtemps et en bonne santé.

2.2 Buts et cibles mondiaux

14. Les deux grands buts de la Stratégie sont les suivants :

- instaurer l'accès universel à une prévention, un traitement et des soins complets concernant le VIH ;
- contribuer à atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) et les autres objectifs liés à la santé (3, 4, 5 et 8) ainsi que les cibles qui leur sont associées.

15. Les quatre cibles à atteindre en 2015 pour accélérer les progrès en vue des buts de la Stratégie sont les suivantes :

- **réduire les cas nouveaux d'infection** : réduire de 50 % le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (par rapport au niveau de référence de 2009) ;
- **éliminer les cas nouveaux d'infection chez les enfants** : réduire de 90 % les cas nouveaux d'infection chez les enfants (par rapport au niveau de référence de 2009) ;
- **réduire la mortalité liée au VIH** : réduire de 25 % le nombre des décès liés au VIH (par rapport au niveau de référence de 2009) ;
- **réduire la mortalité liée à la tuberculose** : réduire de 50 % les décès liés à la tuberculose (par rapport au niveau de référence de 2004).

2.3 Orientations stratégiques

16. La riposte du secteur de la santé au VIH doit suivre quatre orientations stratégiques complémentaires définies ci-après avec leurs objectifs. Leur finalité est d'atteindre les cibles et les buts ci-dessus dans les cinq années de la Stratégie. Pour chacune de ces orientations sont exposées les actions que les pays sont incités à prendre et la contribution de l'OMS.

17. **Orientation stratégique 1 : Optimiser les résultats des activités de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins concernant le VIH.** Intégrer les interventions et approches spécifiquement axées sur le VIH et en améliorer la qualité, l'efficacité et la couverture, et définir de nouvelles interventions sur la base des connaissances acquises.

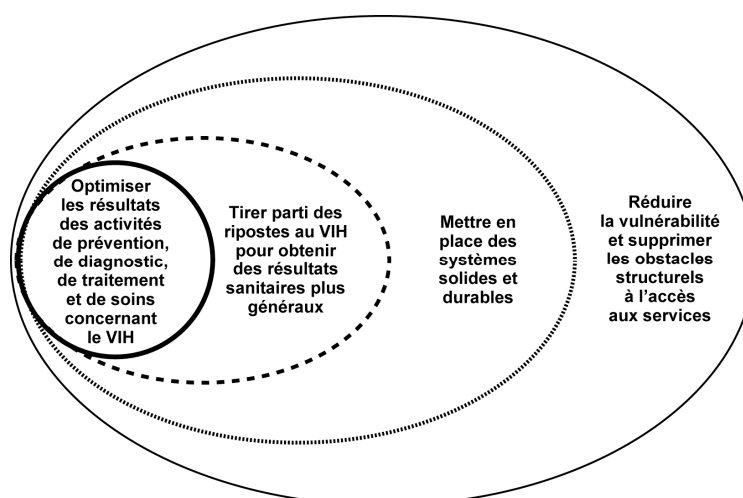
18. **Orientation stratégique 2 : Tirer parti des ripostes au VIH pour obtenir des résultats sanitaires plus généraux.** Renforcer les liens et les synergies entre les programmes contre le VIH et les autres programmes de santé concernant notamment la santé sexuelle et génésique, la santé maternelle, néonatale et infantile, la tuberculose, la dépendance à l'égard des drogues et la réduction de ses effets nocifs, les soins d'urgence et les actes chirurgicaux et la nutrition.

19. **Orientation stratégique 3 : Mettre en place des systèmes solides et durables.** Mettre en place des systèmes de santé efficaces et complets offrant, à des prix abordables, des services contre le VIH et d'autres services essentiels accessibles.

20. **Orientation stratégique 4 : Réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services.** Le secteur de la santé doit réduire le risque d'exposition et la vulnérabilité en favorisant l'élimination des obstacles d'ordre structurel à un accès équitable à des services de lutte contre le VIH et en contribuant à protéger et à promouvoir les droits des populations clés.¹

21. Ces quatre orientations stratégiques sont décrites en détail dans les sections qui suivent. Les liens entre elles sont illustrés dans la Figure 2. Elles ont été conçues pour que puissent être collectivement concrétisés la vision et les buts communs des Stratégies de l'OMS et de l'ONUSIDA relatives au VIH pour 2011-2015.

Figure 2. Relations entre les quatre orientations stratégiques



¹ Aux fins de la Stratégie, les populations clés comprennent aussi bien les groupes vulnérables que les groupes les plus exposés au risque. Elles jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH dans un cadre donné et représentent des partenaires essentiels dans la recherche d'une riposte efficace à l'épidémie.

2.4 « Connaître son épidémie, connaître sa riposte »

22. « *Connaître son épidémie* ». Comme les épidémies présentent des caractéristiques très différentes selon les pays et les régions, il faut que les ripostes nationales soient organisées sur la base des informations stratégiques les plus récentes sur la nature de l'épidémie et le contexte national. Connaître l'épidémie suppose que l'on comprenne où, comment et chez qui surviennent les nouveaux cas d'infection et que l'on détermine les facteurs sociaux, juridiques et économiques qui augmentent le risque de transmission du VIH et limitent l'accès à l'information et aux services sur le VIH. Les ripostes mises en place dans les pays doivent tenir compte :

- de la préparation, de l'infrastructure et de la capacité du ou des systèmes de santé ;
- de la mesure dans laquelle les moyens existants de riposte répondent aux besoins des sujets les plus vulnérables et les plus exposés au risque d'infection par le VIH ;
- des contributions des communautés et des parties prenantes ;
- des moyens de toucher les groupes marginalisés et peu accessibles et d'assurer des prestations dans des situations de crise humanitaire.

23. Même si les systèmes de surveillance ont beaucoup été améliorés depuis le début de l'épidémie, il est certain que, dans de nombreux pays, les systèmes d'information sanitaire restent peu performants. Les informations épidémiologiques sur les groupes les plus exposés au risque de contracter l'infection par le VIH (par exemple les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les professionnels du sexe, les détenus et les personnes qui s'injectent des drogues) sont souvent limitées ou de mauvaise qualité. À cela s'ajoute l'absence, au niveau national, de systèmes solides d'information sanitaire et d'état civil. La mise en place de systèmes plus efficaces de collecte de données pour la surveillance du VIH et d'autres activités sanitaires est donc essentielle pour comprendre l'épidémie et bien préparer les ripostes des pays. La participation de représentants de la société civile est par ailleurs indispensable pour que la collecte et l'analyse des données soient menées avec sérieux et dans le respect des règles de l'éthique.

24. « *Connaître sa riposte* ». Il faut que la riposte du secteur de la santé au VIH repose sur une planification stratégique consistant à examiner, prévoir et classer par ordre de priorité des interventions spécifiques et des modèles de prestation des services à même de satisfaire au mieux les besoins de santé du pays. Il faut que les programmes d'information sur le VIH (surveillance et évaluation comprises) soient reliés à des systèmes plus vastes d'information sanitaire pour que soient recueillies des informations solides, récentes et exactes sur les ripostes au VIH, notamment sur les groupes desservis, les modalités selon lesquelles sont assurées les prestations (par exemple par le biais des services de santé, de services communautaires ou d'autres systèmes), les interventions disponibles et le taux de couverture des populations vulnérables et à risque. L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont mis au point des outils standardisés pour la collecte de données dans les pays, ce qui est essentiel pour disposer d'informations exactes sur les ripostes adoptées au niveau national et sur la communication des informations au niveau mondial.

3. ORIENTATION STRATÉGIQUE 1 : OPTIMISER LES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, DE DIAGNOSTIC, DE TRAITEMENT ET DE SOINS CONCERNANT LE VIH

25. Il est nécessaire d'étendre la couverture et d'améliorer la qualité des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins pour atteindre les buts et les cibles fixés au niveau mondial. Si le

taux d'incidence de l'infection par le VIH diminue dans de nombreux pays, il augmente dans d'autres. Les ripostes au VIH mises en place au niveau national doivent viser à assurer des actions de prévention du VIH de qualité et fondées sur des données factuelles dans les lieux où il y a transmission du virus et cibler en priorité les populations clés actuellement sous-desservies. On verra à la section 3.1 ci-après sur la révolution de la prévention comment le secteur de la santé peut tirer parti des progrès récents de la lutte contre les infections en associant et en ciblant des actions préventives pour en accroître l'impact. De même, il sera indispensable d'améliorer l'intégration des services de santé sur le VIH et des autres services de santé, de décentraliser les prestations et d'apporter des améliorations aux médicaments, aux produits diagnostiques et aux autres éléments des services de traitement et de soins pour accélérer les progrès accomplis en vue des cibles fixées aux niveaux national et mondial.

26. D'après des enquêtes récentes conduites dans la population, les personnes vivant avec le VIH sont moins de 40 % à connaître leur statut sérologique. Pour remédier à cet état de choses, il faudrait offrir des services de dépistage, de conseil et de recours de qualité aux populations concernées et éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination associées à l'infection par le VIH.¹ Les quatre éléments clés de l'orientation stratégique 1 sont les suivants :

- révolutionner la prévention de l'infection par le VIH
- éliminer les infections par le VIH chez les enfants
- favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un soutien de nouvelle génération
- assurer des services complets et intégrés aux populations clés.

3.1 Révolutionner la prévention de l'infection par le VIH

27. Une combinaison d'activités de prévention comportementales, biomédicales et structurelles adaptées aux caractéristiques des épidémies nationales est le moyen le plus efficace de réduire le nombre des infections nouvelles et d'améliorer le taux de couverture des prestations assurées aux populations clés. Ces interventions combinées permettent de s'attaquer aux facteurs comportementaux et sociaux qui alimentent les épidémies. Alors que cette approche a fait la preuve de son efficacité, rares sont les pays qui se sont efforcés de la généraliser. L'idée de prévention « associée » combinant par exemple le conseil sur les moyens de changer de comportement (notamment à l'intention des couples), l'accès aux traitements antirétroviraux et l'élimination des obstacles d'ordre structurel (la stigmatisation et la discrimination, par exemple) devrait être utilisée plus largement et de façon plus cohérente.

3.1.1 Actions nationales recommandées

28. **Prévenir la transmission sexuelle du VIH.** La prévention de la transmission par voie sexuelle fait notamment intervenir des conseils sur les comportements, des programmes de distribution de préservatifs masculins et féminins, l'administration précoce de traitements antirétroviraux, la circoncision masculine pratiquée dans de bonnes conditions d'hygiène (là où la prévalence du VIH est élevée), une prophylaxie postexposition, et le service de dépistage et de conseil de qualité à l'intention des couples dont les membres n'ont pas le même statut sérologique (ils sont sérodiscordants). Des

¹ Le dépistage et le conseil doivent être volontaires, confidentiels et garantir le respect des droits des patients quels que soient le contexte ou les méthodes utilisées.

ensembles d'activités de prévention associée axées sur des populations clés sont présentés dans la section 3.3.

29. **Éliminer la transmission du VIH dans les structures de soins.** Les établissements de soins devraient appliquer des stratégies et des procédures complètes de lutte contre les infections, notamment les précautions classiques, la sécurité des injections et des actes chirurgicaux, la sécurité transfusionnelle, l'élimination sûre des déchets et des prophylaxies postexposition en cas d'exposition professionnelle au VIH.

3.1.2 Contribution de l'OMS

30. **Étendre les activités existantes de prévention du VIH.** L'OMS mettra au point, à l'intention du secteur de la santé, un ensemble d'actions de prévention reposant sur des données factuelles et en appuiera la mise en place au niveau national. Cet ensemble d'activités sera conçu sur la base des résultats d'une étude des interventions comportementales, et d'avis sur la façon dont ces interventions peuvent être associées à d'autres dans différentes structures de santé. L'OMS donnera des conseils sur les moyens de mener des activités de prévention associée dans le cas d'épidémies de grande ampleur, et notamment sur les approches à adopter pour les populations clés comme les femmes, les jeunes filles et les jeunes gens. Elle demandera que soient appliquées les directives existantes dans le cas d'épidémies concentrées et actualisera les grands principes normatifs à la lumière des connaissances nouvellement acquises.

31. **Stimuler la mise au point de nouvelles interventions et approches pour la prévention du VIH.** L'OMS appuiera l'évaluation d'interventions et d'approches nouvelles potentiellement efficaces, notamment les microbicides, la prophylaxie préexposition et la thérapie antirétrovirale comme prévention, et conseillera les pays sur les moyens de les mettre en œuvre à la lumière des résultats obtenus. Dans le cadre de l'Initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA pour un vaccin anti-VIH, l'OMS continuera d'appuyer les efforts fournis pour la mise au point d'un vaccin. Elle formulera des principes directeurs et donnera des avis sur la prévention de la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants.

3.2 Éliminer les cas nouveaux d'infection par le VIH chez l'enfant

32. À la suite de l'extension des programmes mis en œuvre pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le nombre des cas nouveaux chez l'enfant a sensiblement baissé, passant de 500 000 en 2001 à 370 000 en 2009. Aussi l'ONUSIDA a-t-il lancé un appel en vue de l'élimination virtuelle des nouvelles infections par le VIH chez l'enfant d'ici à 2015, ce qui est un objectif réalisable, sous réserve que des programmes complets de prévention de la transmission de la mère à l'enfant soient exécutés à plus grande échelle et intégrés aux prestations de santé maternelle, néonatale et infantile, aux services de santé sexuelle et génésique et à d'autres services de santé comme les services de traitement et de soins concernant le VIH.

3.2.1 Actions nationales recommandées

33. **Éliminer les cas nouveaux d'infection par le VIH chez l'enfant.** Appliquer à plus grande échelle des approches complètes de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et fixer notamment des cibles à atteindre au niveau national pour éliminer les infections par le VIH chez l'enfant sur la base de protocoles nationaux, de prévention et de traitement. Il s'agit entre autres de prévenir l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer, d'empêcher les grossesses non désirées de femmes vivant avec le VIH, de réduire les taux de transmission du VIH de mères vivant avec le VIH à leur nouveau-né, et de proposer des traitements et des soins précoces adaptés aux femmes qui vivent avec le VIH, à leurs enfants et à leur famille.

3.2.2 Contribution de l’OMS

34. **Collaborer avec l’UNICEF en vue de l’élimination des infections nouvelles par le VIH chez l’enfant.** Cette collaboration consistera à appuyer la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l’enfant du Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies et à mettre en œuvre le plan stratégique de l’OMS pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant. L’OMS et l’UNICEF fourniront des conseils et une aide techniques pour l’extension rapide de services intégrés et complets de prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant et suivront les progrès accomplis en vue de l’élimination mondiale des infections nouvelles par le VIH chez l’enfant. Il s’agira notamment :

- d’offrir, à l’initiative du dispensateur, des services de dépistage, de confirmation et de conseil aux couples dans les établissements de soins prénatals, maternels, néonataux et infantiles ;
- de favoriser l’application et l’évaluation des principes directeurs établis en 2010 par l’OMS sur l’utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes ; l’utilisation des médicaments antirétroviraux pour la prévention de l’infection par le VIH chez les nourrissons ; et le VIH et l’alimentation du nourrisson ;
- de conduire des études factuelles pour déterminer si ces principes directeurs demandent à être actualisés ;
- de soutenir un programme de recherche opérationnelle pour la mise en œuvre plus efficace et plus efficiente de programmes complets visant l’élimination des infections nouvelles par le VIH chez l’enfant.

3.3 Favoriser l’émergence d’un traitement, de soins et d’un soutien de nouvelle génération concernant le VIH

35. La baisse mondiale de la morbidité et de la mortalité liées au VIH témoigne des progrès considérables des services sur le VIH au cours de la décennie écoulée. La prévalence du VIH et la demande de services de diagnostic, de traitement et de soins continuent néanmoins d’augmenter. Dans un contexte où les ressources sont limitées, il est plus important que jamais de sélectionner les interventions et les systèmes de prestation de soins les mieux appropriés. Il conviendra d’étendre les services de dépistage et de conseil de qualité assurée tant à l’initiative des patients qu’à celle des dispensateurs de soins afin que les gens puissent connaître leur statut sérologique et être orientés vers les services adéquats de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

36. « Traitement 2.0 » est le nom de l’initiative lancée par l’ONUSIDA et l’OMS pour favoriser l’émergence de soins et d’un traitement de deuxième génération. Son but est de simplifier les traitements de qualité et d’en accroître l’efficacité et l’efficacité pour en faire des interventions non plus d’urgence mais soutenables sur le long terme. L’OMS coordonne les activités des organismes coparrainants de l’ONUSIDA sur le traitement et les soins concernant le VIH et sur le VIH et la tuberculose, et mettra l’initiative en œuvre en collaboration avec l’ONUSIDA et ses partenaires mondiaux et nationaux.

3.3.1 Actions nationales recommandées

37. **Étendre rapidement l’accès à des services diversifiés de dépistage et de conseil.** Réalisé à la demande du patient ou du dispensateur de services, le dépistage du VIH doit être volontaire, confidentiel et assorti de conseils appropriés. La mise en place accélérée, à l’intention des adultes et des enfants, de services de dépistage et de conseil respectueux des droits des individus s’impose pour

la prévention, le diagnostic précoce et, éventuellement, l'orientation des malades vers des services appropriés de traitement et de soins ainsi que pour la communication en toute sécurité de leur statut sérologique aux personnes concernées. La mise en place de services de conseil et de dépistage spécialement adaptés aux besoins de groupes particuliers présentant un risque élevé d'infection par le VIH peut s'avérer nécessaire pour amener les patients à consulter et à suivre les traitements prescrits.

38. **Étendre et optimiser le traitement et les soins pour le VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.** Les pays devraient mettre à jour leur protocole de traitement de l'infection par le VIH sur la base des principes directeurs établis au niveau mondial et préparer des plans pour assurer la continuité entre les schémas thérapeutiques anciens et nouveaux. La thérapie antirétrovirale doit être instituée à un stade précoce (pour toute personne dont la numération des CD4⁺ \leq 350/mm³) de manière à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à optimiser son impact préventif sur l'infection par le VIH et la tuberculose. Elle devrait faire intervenir les schémas thérapeutiques les plus simples, les mieux tolérés et les plus solides recommandés par l'OMS, ainsi que les instruments de diagnostic et de surveillance simplifiés disponibles sur place et en laboratoire actuellement mis au point dans le cadre de l'initiative « Traitement 2.0 ». Des soins et une aide devraient aussi être assurés sur le plan nutritionnel pour accroître l'efficacité et l'observance du traitement et la qualité de vie des patients.

39. **Réduire les co-infections et les comorbidités chez les personnes vivant avec le VIH.** Les programmes de traitement et de soins devraient prévoir la prophylaxie (vaccination comprise), le diagnostic et le traitement des infections opportunistes et des comorbidités courantes. Une attention toute particulière sera donnée au diagnostic et au traitement de la pneumonie, de la diarrhée, du paludisme, de l'hépatite virale, de la malnutrition et des autres affections cliniques qui sont plus graves chez les personnes vivant avec le VIH. Les services sur le VIH devront également assurer le dépistage des tumeurs malignes et évaluer, prévenir et prendre en charge les troubles mentaux. Une attention toute particulière devra être apportée aux besoins des personnes de plus de 50 ans qui vivent avec le VIH.

40. **Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.** Intégrer les « Trois I » de la lutte contre le VIH/tuberculose aux services destinés aux personnes vivant avec le VIH : intensification du dépistage de la tuberculose évolutive chez les personnes vivant avec le VIH ; traitement préventif à l'isoniazide chez les sujets atteints d'une infection tuberculeuse latente pour éviter le passage à la tuberculose évolutive ; et lutte contre l'infection afin de réduire dans la mesure du possible la transmission de la tuberculose.

41. **Assurer des soins et un soutien approfondis aux personnes vivant avec le VIH.** Les soins palliatifs, communautaires et à domicile devraient reposer sur une approche pluridisciplinaire consistant à détecter, évaluer et traiter la douleur et à répondre aux autres besoins physiques, psychosociaux et spirituels des personnes vivant avec le VIH. On veillera à ce que des analgésiques opioïdes appropriés et une formation à leur utilisation soient disponibles dans les établissements de soins et dans la communauté pour la prise en charge de la douleur et un accompagnement adéquat en fin de vie. Il est essentiel de renforcer les systèmes de soins communautaires, et notamment des compétences des soignants dans la communauté et à domicile, pour assurer des services intégrés et décentralisés, développer les moyens de riposte au niveau national et obtenir de meilleurs résultats.

42. **Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient accès à tous les éléments cités dans le document « Santé Positive, Dignité et Prévention ».** Le but de ce document¹ était de préciser les besoins des personnes vivant avec le VIH, soit, entre autres, un accès équitable à de l'eau propre, à des

¹ ONUSIDA, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH. *Santé Positive, Dignité et Prévention. Rapport d'une consultation technique, 27-28 avril 2009, Hammamet (Tunisie)*. Amsterdam (Pays-Bas), Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, 2009.

installations d'assainissement et à tout un éventail de services de promotion de la santé et de soins qui respectent les droits de l'individu et comprennent notamment des services de santé sexuelle et génésique et des services de conseil pour la prévention du VIH.

3.3.2 Contribution de l'OMS

43. **Favoriser une meilleure utilisation des services de dépistage et de conseil et la corrélation avec les soins.** L'OMS évaluera l'efficacité de différents modèles de dépistage et de conseil et formulera des lignes directrices sur :

- la formation des agents de santé en vue de multiplier les services de dépistage et de conseil respectueux des droits de l'homme et d'en améliorer la corrélation avec les autres services de soins concernant le VIH ;
- les services de dépistage et de conseil assurés aux couples, de manière à réduire la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants ;
- l'application des algorithmes de tests de dépistage actualisés et les recommandations relatives à la sélection et à l'utilisation des produits diagnostiques ;
- la fixation des cibles et l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de dépistage et de conseil.

44. **Étendre et optimiser les services de diagnostic, de traitement et de soins dans le cadre de l'initiative « Traitement 2.0 ».** L'OMS favorisera la mise en œuvre et le suivi de l'initiative « Traitement 2.0 », qui a cinq grands objectifs :

- optimiser les schémas thérapeutiques (y compris les associations fixes, les formulations pédiatriques et la présentation des antirétroviraux de première et de deuxième intention sous un même conditionnement) ;
- mettre au point et distribuer des instruments de diagnostic et de surveillance normalisés et de qualité garantie qui puissent être utilisés sur place ;
- assurer des services décentralisés et intégrés ;
- réduire les coûts ;
- associer les communautés à la conception et à la mise en œuvre de programmes de diagnostic, de traitement et de soins.

45. Dans le cadre du soutien qu'elle apporte aux programmes nationaux de lutte contre le VIH, l'OMS collaborera avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires mondiaux et nationaux pour coordonner les activités et suivre les progrès de l'initiative « Traitement 2.0 ». À côté des activités consacrées au diagnostic du VIH, cette initiative consistera également à évaluer des outils d'un coût abordable et accessibles pour le dépistage de la tuberculose et de l'hépatite virale en vue de leur utilisation dans différentes structures de soins.

46. Les thérapies antirétrovirales seront associées à des activités de pharmacovigilance et à l'utilisation d'instruments normalisés de surveillance et de prévention de la pharmacorésistance. L'OMS formulera également des principes directeurs sur le choix des technologies, et la possibilité de les appliquer dans les situations où les ressources sont limitées, et les mécanismes de contrôle de la qualité.

47. ***Fournir des orientations et des outils pour le diagnostic, le traitement et les soins à l'intention des enfants.*** L'OMS formulera des lignes directrices sur le diagnostic précoce de l'infection par le VIH chez le nourrisson et l'accès rapide des nourrissons, enfants et adolescents à des services de soins et de traitement comprenant une aide nutritionnelle, l'accent étant mis sur les services de dépistage et de conseil assurés dans des structures de soins à l'initiative des dispensateurs de soins. Des orientations seront également données sur les moyens d'améliorer la qualité des soins assurés aux enfants pour qu'ils continuent d'en bénéficier.

48. ***Renforcer les outils de prévention et de prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose.*** L'OMS s'attachera à promouvoir une collaboration élargie entre les services de lutte contre le VIH et la tuberculose par l'intermédiaire de la politique actuelle en 12 points sur la collaboration axée contre la tuberculose et le VIH.¹ Il s'agira essentiellement :

- de formuler des lignes directrices cliniques et de favoriser l'utilisation d'outils opérationnels pour la prévention et le traitement de la tuberculose dans les services contre le VIH, notamment l'application de la politique dite des « Trois I » ;
- de promouvoir le conditionnement commun, la coformulation et l'utilisation d'associations isoniazide/triméthoprime/sulfaméthoxazole pour la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- de conduire l'élaboration d'un programme solide de recherche sur la co-infection VIH/tuberculose et de veiller notamment à améliorer la surveillance du VIH et de la tuberculose ;
- de favoriser des études communes des plans et des programmes de lutte contre la co-infection VIH/tuberculose.

49. ***Prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les autres co-infections et comorbidités liées au VIH.*** L'OMS formulera des lignes directrices cliniques nouvelles sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des co-infections et comorbidités liées au VIH les plus graves chez les adultes et les enfants, dont l'hépatite virale chronique. Elle favorisera l'accès sans discrimination aux services de diagnostic et de traitement de l'hépatite B et C, et préconisera la vaccination contre l'hépatite B.

3.4 Assurer des services complets et intégrés aux populations clés

50. D'après des rapports récents de pays sur les populations clés vulnérables et exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, beaucoup d'entre elles n'ont toujours pas régulièrement accès à des ensembles complets d'interventions contre le VIH fondées sur des données factuelles et, de ce fait, la transmission du VIH se maintient. D'après les données disponibles pour 2009 :

- les jeunes (de 15 à 24 ans) représentent 40 % des cas nouveaux d'infection chez l'adulte et devraient avoir plus facilement et plus régulièrement accès à des services de prévention, de diagnostic et de traitement ;
- environ 80 % des jeunes qui vivent avec le VIH et dont les deux tiers sont des femmes vivent en Afrique subsaharienne ;

¹ Document WHO/HTM/TB/2004.330.

- la couverture des programmes de réduction des effets nocifs est limitée : sur 92 pays ayant communiqué des données, 36 seulement avaient des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et 33 proposaient des thérapies de substitution aux opioïdes ;
- dans 21 pays ayant communiqué des données, le taux médian des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et étaient touchés par les programmes de prévention était de 57 % ;
- dans 38 pays ayant communiqué des données, le taux médian des professionnels du sexe ayant accès à des programmes de prévention du VIH était de 58 %.

51. Pour mieux desservir les populations clés, il sera nécessaire d'intégrer les services contre le VIH à d'autres services sanitaires et sociaux appropriés, d'éliminer les obstacles structurels comme la stigmatisation, la discrimination et les actes de violence de la part du partenaire, qui les empêchent d'accéder à ces services et d'adapter les services contre le VIH aux besoins de ces populations.

3.4.1 Actions nationales recommandées

52. ***Mettre en place un ensemble complet d'interventions répondant aux besoins des populations vulnérables.*** Il faudrait que chaque pays recense les populations vulnérables ou sous-desservies en cas d'épidémie généralisée et concentrée. Les besoins des jeunes et des femmes devraient en particulier être pris en compte. L'accent devrait être mis sur le développement des programmes de prévention associés dans les groupes de population exposés à des épidémies généralisées. Il faudrait aussi que les responsables politiques et les directeurs de programmes s'attachent à répondre aux besoins des travailleurs migrants, des réfugiés ou des populations déplacées, des enfants des rues, des peuples autochtones, des handicapés, des détenus, des jeunes particulièrement exposés et des personnes de plus de 50 ans. Les facteurs à prendre en compte pour desservir au mieux ces populations sont notamment le coût, le lieu et le plan des opérations, les modalités des prestations et les interventions structurelles nécessaires pour réduire la vulnérabilité.

53. ***Garantir un accès à des prestations complètes aux professionnels du sexe, aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux transsexuels.*** Les stratégies, politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH ainsi que les stratégies destinées à combattre la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins et à améliorer l'accès à ces structures devraient répondre aux besoins des professionnels du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des transsexuels dans les situations d'épidémies généralisées et concentrées. Les organisations communautaires et réseaux de pairs devraient être associés à la planification et à la prestation de ces services de manière à en améliorer la qualité et l'efficacité.

54. ***Proposer des moyens de réduire les effets néfastes de la consommation de drogues.*** Les stratégies, politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH dans les situations d'épidémies concentrées et généralisées devraient être conçus pour répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues. Parallèlement à des actions adaptées de prévention, de traitement et de soins, ces populations devraient bénéficier d'un ensemble complet de prestations comprenant des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ; des thérapies de substitution aux opioïdes et d'autres traitements de la pharmacodépendance ; des services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles ; des programmes de distribution de préservatifs ; des services de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et de la tuberculose ; et des interventions structurelles destinées à améliorer l'accès aux services.¹

¹ Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (OMS, ONUDC,ONUSIDA) (guide destiné aux usagers de drogues par injection), 2009.

55. **Réduire le risque d'infection par le VIH et la vulnérabilité dans les situations de crise humanitaire.** Les plans nationaux de lutte contre le VIH devraient prévoir des plans d'urgence garantissant la continuité du traitement et des soins contre le VIH dans les situations de crise humanitaire, notamment des réserves de médicaments et de produits essentiels (médicaments antirétroviraux, préservatifs, produits diagnostiques, analgésiques opioïdes et matériels d'injections stériles). Les secouristes et les agents de santé devraient recevoir une formation sur la base des directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence établies par une équipe spéciale du Comité permanent interorganisations. Des politiques et des mesures devraient également être mises en place pour combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les services de soins assurés dans les situations de crise humanitaire.

3.4.2 Contribution de l'OMS

56. **Mettre au point et promouvoir des actions de prévention associées à l'intention des populations clés.** L'OMS définira les actions de prévention associées à mettre en œuvre à l'intention des populations clés dans différents contextes épidémiques et autres. En collaboration avec l'UNESCO, l'UNICEF et l'UNFPA, elle établira un module sur la prévention du VIH chez les jeunes. Elle veillera à ce que les adolescents bénéficient d'activités d'éducation sexuelle et aient accès aux services de santé sexuelle et génésique. Avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, elle élaborera un ensemble complet de mesures sanitaires à l'intention des détenus et des établissements pénitentiaires et, avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, elle exécutera les activités prévues au titre du dispositif minimum d'urgence en santé génésique dans les situations de crise.

57. **Favoriser l'extension des services assurés aux professionnels du sexe et aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.** En collaboration avec le PNUD, l'UNFPA et des représentants de ces groupes à risque, l'OMS s'attachera à appliquer ses lignes directrices sur les services assurés aux professionnels du sexe, aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux transsexuels. Il s'agira notamment de promouvoir l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, d'inciter à des modifications de comportement, de diagnostiquer et de traiter les infections sexuellement transmissibles et d'assurer des services de soins et de traitement contre le VIH. L'OMS aidera les pays à fixer des cibles pour la mise en place de services adaptés aux besoins de ces populations.

58. **Promouvoir la mise en place d'un ensemble complet de mesures de lutte contre les effets nocifs de la consommation de drogues.** En collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, l'OMS continuera d'appuyer des interventions fondées sur des données factuelles visant la réduction des effets nocifs de l'injection de drogues (et tenant compte des besoins des consommatrices de drogues), et elle définira des interventions et des approches favorisant :

- une prévention efficace du VIH chez les consommateurs de stimulants du type amphétamines et de cocaïne et les consommateurs de drogues non injectables ;
- la réduction des comportements à risque associés à la consommation d'alcool ;
- la prévention et la prise en charge des surdoses.

4. ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 : TIRER PARTI DES RIPOSTES AU VIH POUR OBTENIR DES RÉSULTATS SANITAIRES PLUS GÉNÉRAUX

59. Il est essentiel d'exploiter au mieux les liens entre les programmes contre le VIH et d'autres domaines clés de l'action sanitaire pour obtenir des résultats d'ordre plus général. Ces liens garantissent aussi que les ripostes au VIH bénéficient des investissements consentis dans d'autres domaines. Dans le monde, 6 % des cas de mortalité maternelle sont dus à l'infection par le VIH et une étude récente montre que ce chiffre pourrait être de 18 %. Moins d'un tiers des enfants de moins de 15 ans qui en auraient besoin bénéficient de thérapies antirétrovirales, ce qui est révélateur de liens très insuffisants entre les services de lutte contre le VIH et les services de santé maternelle, néonatale et infantile. Le VIH est étroitement associé à de nombreux autres problèmes de santé, par exemple les infections sexuellement transmissibles, la santé sexuelle et génésique en général, la pharmacodépendance, la tuberculose et la sécurité transfusionnelle. Ces liens devraient être reflétés dans les prestations de santé, ce qui aurait pour effet d'optimiser les investissements consentis dans de nombreux domaines de l'action sanitaire.

60. Faute de services de dépistage et de conseil dans les services de soins aux tuberculeux, ces derniers ne bénéficient pas assez souvent de services de diagnostic et de traitement précoces de l'infection par le VIH. En 2009, 26 % seulement des cas notifiés de tuberculose connaissaient leur statut sérologique. Les consommateurs de drogues vivant avec le VIH qui bénéficient de thérapies antirétrovirales sont en augmentation, mais ils meurent de complications de l'hépatite C ou de surdoses. Il est important que les jeunes aient accès à des cours d'éducation sexuelle pour acquérir une connaissance complète et solide de l'infection par le VIH, ce qui n'est actuellement pas le cas. La sécurité transfusionnelle reste préoccupante. En 2009, dans les pays à revenu faible, 48 % seulement des dons de sang ont fait l'objet d'épreuves de dépistage de qualité garantie. En l'absence d'investissements suffisants dans des services de dépistage lié aux dons de sang, de sécurité des injections et des actes chirurgicaux et dans d'autres mesures visant à garantir la santé au travail, la transmission du VIH dans les structures de soins continuera de constituer un risque majeur.

4.1 Resserrer les liens entre les programmes contre le VIH et les autres programmes de santé

61. Le fait d'établir des liens entre les programmes et d'intégrer la lutte contre le VIH à d'autres services de santé permet d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des investissements consentis pour combattre le VIH mais aussi au profit de la santé en général : en élargissant la couverture des services de soins prénatals de qualité, on contribue à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et, en exécutant des programmes efficaces de lutte contre le VIH, on réduit l'incidence de la tuberculose et la mortalité qui lui est associée.

62. Une collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et les autres programmes de santé devrait faciliter la coordination et l'alignement des activités, des cibles, des principes directeurs, des orientations entre services et de la gestion des ressources humaines. Il faudrait aligner les principaux éléments des systèmes de santé, y compris les systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements, les services de laboratoire et les mécanismes de surveillance et d'évaluation.

4.1.1 Actions nationales recommandées

63. **Renforcer la collaboration sur le VIH/la tuberculose.** Les pays devraient mettre en place des dispositifs de collaboration et de planification communes intensifiées entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose (voir la section 3.3). Des politiques, des programmes de formation et des modes opératoires normalisés communs devraient être élaborés et mis en place pour la prévention et la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose : il faudrait assurer une surveillance de la

prévalence de l'infection par le VIH chez les malades de la tuberculose et de la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et harmoniser les systèmes de surveillance et d'évaluation. Des épreuves de dépistage du VIH de qualité garantie et des services de conseil devraient être proposés aux malades de la tuberculose, et les cas suspects et avérés de tuberculose devraient bénéficier d'une prophylaxie anti-VIH. Enfin, les malades de la tuberculose vivant avec le VIH devraient bénéficier d'une prophylaxie au triméthoprime-sulfaméthoxazole et de traitements antirétroviraux.

64. **Renforcer les liens entre les services de lutte contre le VIH et les services de santé maternelle, néonatale et infantile.** Les services de lutte contre le VIH devraient être intégrés à un ensemble d'interventions de base en santé maternelle, néonatale et infantile comprenant : des soins prénatals, périnatals et postnatals de haute qualité ; la prévention, le dépistage et le traitement du paludisme et de la tuberculose ; le dépistage et le traitement de la syphilis ; la présence de personnels qualifiés lors de l'accouchement avec recours possible à des soins obstétricaux d'urgence ; et des soins néonataux et infantiles, un appui à l'alimentation du nourrisson, des services de vaccination et des soins et un appui nutritionnels au niveau de la famille. Les services de diagnostic et de soins pour l'infection par le VIH à l'intention des enfants devraient être intégrés à des programmes tels que celui de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

65. **Promouvoir la santé sexuelle et génésique et les droits dans ce domaine.** Les services de prévention et de dépistage du VIH et de conseil devraient être intégrés aux services de santé sexuelle et génésique. Ces services sont essentiels pour la prévention des grossesses non désirées, la prévention primaire de l'infection par le VIH et la prévention des infections par le VIH chez les enfants. Les populations clés et les personnes vivant avec le VIH devraient bénéficier d'une attention toute particulière, et notamment de services de prévention, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles ; d'actions de planification familiale avec programmation du préservatif pour une double protection et les soins consécutifs aux avortements ; de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ; et des services destinés aux victimes d'agressions sexuelles et d'actes de violence sexiste, avec contraception d'urgence, conseil et prophylaxie postexposition. Les services spécifiquement axés sur le VIH devraient promouvoir et, le cas échéant, assurer des activités de planification familiale et des services plus généraux de santé sexuelle et génésique et protéger notamment les droits en la matière des personnes vivant avec le VIH.¹

66. **Intégrer les interventions contre le VIH aux programmes de prévention et de prise en charge de la toxicomanie et de lutte contre celle-ci.** Il faudrait évaluer la nature, l'ampleur et les conséquences de la consommation de drogues dans la communauté pour orienter l'instauration de services de santé adaptés aux besoins des consommateurs de drogues. Les programmes mis en place par le secteur de la santé et d'autres secteurs pour prévenir et combattre la consommation de drogues ainsi que pour le traitement, la réadaptation et la désintoxication des toxicomanes devraient comprendre un ensemble complet de services conçus pour combattre les effets nocifs de la consommation de drogues (voir l'orientation stratégique 1).

67. **Renforcer la prise en charge de l'infection par le VIH et des maladies non transmissibles et chroniques.** Les enseignements tirés de l'extension des programmes contre le VIH devraient être mis à profit pour renforcer les modèles de prise en charge des maladies non transmissibles, qu'il s'agisse par exemple d'associer les populations touchées et la communauté en général aux actions de sensibilisation et aux prestations ; de promouvoir des approches plurisectorielles de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies ; ou encore de décentraliser les services. Les programmes de

¹ Les droits des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et génésique sont une composante essentielle du programme Santé Positive, Dignité et Prévention.

lutte contre les maladies non transmissibles devraient couvrir les complications couramment observées chez les personnes vivant avec le VIH, y compris les affections bucco-dentaires et celles liées au vieillissement ou à des problèmes de nutrition ou d'hygiène, les troubles mentaux et l'administration de thérapies antirétrovirales de longue durée. L'accès à de l'eau potable et à des installations d'assainissement est essentiel pour la santé des personnes vivant avec le VIH. Les liens entre les programmes contre le VIH et les programmes et services de lutte contre le cancer devraient être renforcés.

68. ***Établir un lien entre les programmes contre le VIH et les programmes de sécurité transfusionnelle et de sécurité des injections.*** Des programmes complets devraient être mis en œuvre pour la prévention de la transmission du VIH dans les structures de soins. Il faudrait promouvoir une sélection plus rigoureuse des donneurs de sang et d'organes, le dépistage lié aux dons de sang et de tissu, les dons de sang volontaires non rémunérés, l'utilisation rationnelle des produits sanguins et des procédures chirurgicales, et la sécurité des injections. Les services de conseil assurés aux donneurs de sang et à leur famille permettraient d'assurer la prise en charge des donneurs chez lesquels auraient été dépistées des infections et de réduire ainsi le risque de transmission. La sécurité transfusionnelle devrait être assurée pour les sujets séropositifs.

4.1.2 Contribution de l'OMS

69. ***Appuyer le renforcement de la collaboration entre les programmes contre le VIH et les programmes contre la tuberculose.*** L'OMS s'attachera à promouvoir le développement de la collaboration entre les programmes contre le VIH et la tuberculose et la mise en place de services intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose. Elle appuiera la mise en œuvre, dans les pays, des 12 points de la politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH à l'aide d'outils opérationnels et cliniques nouveaux ou actualisés pour la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose. Des indications seront données sur le traitement commun de la tuberculose et de l'infection par le VIH dans des populations et des contextes particuliers, ainsi que sur les liens avec les programmes de lutte contre les effets nocifs de la consommation de drogues et les programmes de santé en milieu carcéral. L'OMS appuiera des études des programmes nationaux contre le VIH et la tuberculose.

70. ***Favoriser l'intégration des services contre le VIH aux services de santé maternelle, néonatale et infantile et de santé sexuelle et génésique.*** L'OMS s'attachera à resserrer les liens entre les programmes et les services contre le VIH et les programmes et services de santé sexuelle et génésique et de santé maternelle et infantile (dans les services mentionnés à la section 3.1.1) et élaborera (ou actualisera) des lignes directrices et des outils à cet effet. Elle s'occupera aussi de mettre au point et de promouvoir des outils opérationnels uniformisés et simplifiés pour appuyer la décentralisation et l'intégration de ces services au niveau des soins de santé primaires, notamment des soins de santé communautaire.¹ Elle aidera les pays à évaluer leurs politiques, systèmes et modalités de prestations de soins en vue de l'intégration de la santé sexuelle et génésique et de la lutte contre le VIH, à passer en revue les résultats de ces évaluations et à élaborer des plans pour renforcer ces liens et les intégrer aux plans nationaux de santé et de développement.

71. ***Promouvoir l'établissement de liens entre les programmes et services contre le VIH et les programmes de lutte contre la consommation de drogues.*** À cette fin, l'OMS travaillera étroitement avec l'Office des Nations Unies entre la Drogue et le Crime en vue d'intensifier la collaboration entre les programmes contre le VIH et ceux relatifs à la toxicomanie et à la lutte contre celle-ci. Sur la base de données factuelles concernant la santé publique, elle s'emploiera à promouvoir une approche de la

¹ Ces outils sont notamment ceux utilisés pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

prévention, du diagnostic, du traitement et des soins concernant le VIH qui respecte les droits des individus et fasse partie intégrante des programmes de lutte contre la consommation de drogues. Les questions concernant le VIH seront évoquées dans les orientations normatives et outils opérationnels élaborés par l'OMS sur la prévention et la prise en charge de la toxicomanie, de même que dans ses lignes directrices sur la prise en charge de différentes pathologies chez les consommateurs de drogues, comme la tuberculose, les troubles mentaux, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur la prévention des surdoses et la santé maternelle et infantile.

72. Promouvoir l'établissement de liens entre les programmes contre le VIH et les autres programmes prioritaires de santé. L'OMS s'emploiera à renforcer les liens entre les programmes contre le VIH et les autres programmes prioritaires de santé intéressant les ripostes au VIH, notamment la santé mentale, les transfusions sanguines, les soins d'urgence et les actes chirurgicaux, la médecine du travail, l'assainissement, la lutte contre le cancer et la lutte contre d'autres maladies non transmissibles.

5. ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 : METTRE EN PLACE DES SYSTÈMES SOLIDES ET DURABLES

73. Les programmes contre le VIH ont contribué à renforcer les systèmes de santé nationaux en attirant des investissements nouveaux en faveur de l'action de santé, en développant les capacités des systèmes de santé (grâce à l'amélioration des activités de surveillance) et en assurant la prise en charge des maladies chroniques dans de nombreux contextes où les ressources sont limitées. Toutefois, il faut faire plus pour que les investissements en faveur de la lutte contre le VIH se traduisent par la mise en place de systèmes de santé polyvalents et le renforcement des systèmes communautaires. Les ripostes de plus grande ampleur doivent contribuer à accélérer les progrès accomplis en vue de la mise en place de systèmes de santé efficaces, rationnels et complets offrant pour un coût abordable des services contre le VIH et d'autres services essentiels, et prenant en compte le rôle de plus en plus vital des services communautaires. Des données récentes illustrent les conséquences des lacunes des systèmes de santé :

- 38 % des pays à revenu faible ou intermédiaire ont connu des ruptures de stock de médicaments antirétroviraux au moins une fois en 2009, ce qui témoigne des faiblesses des systèmes d'achat et de gestion des fournitures ;
- l'accès à des médicaments anti-VIH d'un coût abordable peut être compromis quand il n'est pas fait usage des flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) de l'Organisation mondiale du Commerce, quand les quantités disponibles de produits et formulations génériques sont limitées, quand les moyens manquent pour négocier les prix et quand les droits et taxes sont trop élevés ;
- la délégation des tâches a contribué à réduire la pénurie d'agents de santé dans de nombreux pays, mais il reste à assurer la qualité, la sécurité et la motivation de ces agents ;
- l'adoption de nouveaux schémas thérapeutiques antirétroviraux et la nécessité de veiller aux cas de pharmacorésistance et de contrôler la toxicité des produits imposent des charges supplémentaires aux services cliniques et de laboratoire.

5.1 Renforcer les six blocs constitutifs des systèmes de santé

74. Les ripostes nationales au VIH peuvent contribuer à renforcer les six blocs constitutifs des systèmes de santé :

- des systèmes de prestation efficaces ;
- une main-d'œuvre bien formée et suffisamment nombreuse ;
- un système solide d'information sanitaire ;
- l'accès aux produits médicaux et technologies les plus essentiels ;
- un financement adéquat ;
- une direction et une gouvernance solide.

5.1.1 Actions nationales recommandées

75. Les éléments ci-après sont essentiels pour favoriser les synergies entre les programmes nationaux contre le VIH, renforcer chacun des blocs constitutifs des systèmes de santé (dont ceux qui concernent le niveau communautaire) et optimiser l'exécution des programmes et les résultats obtenus sur le plan sanitaire.

76. **Adapter les modèles de prestation de services.** Des modèles de prestation de services appropriés donnant de bons résultats doivent être choisis (ou ajustés) afin de répondre aux besoins des populations exposées au risque de contracter l'infection par le VIH et des personnes vivant avec le VIH (voir la section 3.1), le but étant notamment de faciliter l'accès aux services contre le VIH et d'améliorer la qualité par des actions d'intégration et de décentralisation. Les systèmes à base communautaire ont un rôle vital à jouer dans la planification et la mise en œuvre d'interventions contre le VIH, notamment à l'intention des populations clés. Dans la mesure où des prestations de plus en plus nombreuses sont assurées au niveau de la communauté dans le cadre des ripostes nationales au VIH, il est essentiel que les dispensateurs de soins à ce niveau soient associés à la planification des interventions pour que soient établis des liens et une coordination solide entre les structures de soins officiels et informels. Quel que soit le contexte concerné, la qualité des services contre le VIH devra être garantie par des systèmes externes et internes de gestion de la qualité.

77. **Mobiliser des fonds pour l'action de santé et renforcer les systèmes de protection sociale.** La mobilisation, auprès de donateurs étrangers ou nationaux, de fonds adéquats pour la santé, la protection sociale et les systèmes communautaires permettra de continuer à étendre les services contre le VIH et de faire face à l'augmentation de la demande. Il faudrait que les fonds soient acheminés selon des modalités qui renforcent les systèmes nationaux de financement de l'action de santé sur la base des priorités fixées au niveau national et qui, dans la mesure du possible, garantissent des gains d'efficacité. Il conviendra de réduire autant que possible le paiement direct par l'utilisateur, de financer les prestations assurées sur place et de surmonter les autres obstacles d'ordre financier à l'accès aux prestations. Il est possible de garantir un accès équitable aux prestations en mettant l'accent sur l'accès dans les zones rurales ainsi que dans les populations financièrement défavorisées, vulnérables et particulièrement exposées au risque de contracter l'infection par le VIH.

78. **Renforcer les ressources humaines pour la santé.** Les stratégies de formation, de recrutement et de délégation des tâches seront mises en œuvre pour renforcer la capacité des personnels de santé. Il faudrait que les pays adhèrent au Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé¹ et aux principes éthiques destinés à combattre l'exode des agents de santé des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé, et du secteur public vers le secteur privé et non gouvernemental.

79. Dans toutes les situations, on veillera à ce que les agents de santé aient les compétences voulues pour aider les personnes vivant avec le VIH et les populations visées en leur offrant une formation sur le VIH avant et après leur recrutement. Il conviendra de réduire le risque que le personnel soignant ne soit contaminé par le VIH en appliquant des procédures complètes d'hygiène et de sécurité au travail (voir l'orientation stratégique 1) et d'indemniser ceux qui auraient contracté une maladie dans l'exercice de leurs fonctions. Des politiques et des pratiques appropriées seront adoptées pour garantir la sécurité au travail et traiter convenablement les agents de santé vivant avec le VIH en leur garantissant notamment l'accès au traitement et aux soins. Les personnes vivant avec le VIH et les agents communautaires non spécialistes qui jouent un rôle essentiel dans les prestations et la formation des agents de santé devraient voir leurs connaissances et leurs compétences reconnues et complétées par la certification de leurs aptitudes et une rémunération appropriée.

80. **Améliorer les systèmes d'information sanitaire stratégique.** Il faudrait renforcer les systèmes d'information des programmes contre le VIH en les intégrant aux systèmes d'information sanitaire en place au niveau national, et notamment (dans la mesure du possible) aux systèmes électroniques. Les systèmes de surveillance devraient permettre d'obtenir systématiquement des données uniformes recueillies à l'aide de méthodes et d'outils et auprès de populations homogènes, et tendre à une intégration à la base de surveillance des systèmes de santé de pays établie par l'OMS. En collaboration avec d'autres parties prenantes, les programmes nationaux contre le VIH devraient viser à élaborer, mettre en place et renforcer des systèmes nationaux de surveillance et d'évaluation sur la base d'orientations et d'outils formés par l'OMS. Le système de surveillance et d'évaluation devrait comprendre :

- des outils et des processus conçus pour recueillir, analyser et communiquer des informations sur les actions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins concernant le VIH et procéder à des mesures de résultat et d'impact attestant des progrès réalisés vers les buts et les cibles de l'accès universel ;
- un système national de surveillance des patients qui favorise la collecte de données de base concernant par exemple la poursuite du traitement et la progression de la maladie ;
- une stratégie nationale de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH ;
- un programme national de pharmacovigilance concernant entre autres les médicaments antirétroviraux.

81. Il conviendra de favoriser la recherche opérationnelle et une collaboration plus étroite entre les chercheurs et les décideurs de manière à ce que les résultats des recherches soient traduits dans la pratique. Les capacités de recherche pourront être accrues par une collaboration entre les partenaires concernés au niveau national et les donateurs, et entre les institutions et réseaux de recherche.

¹ Résolution WHA63.16.

82. **Garantir l'accès aux médicaments, aux produits diagnostiques et à d'autres produits.** Les pays veilleront à assurer un accès constant, pour un coût abordable, aux médicaments, produits diagnostiques et autres produits nécessaires pour la riposte au VIH. Les politiques seront adoptées au niveau national pour accélérer l'approbation des médicaments et produits diagnostiques nouveaux et génériques par les organes concernés de réglementation pharmaceutique et leur autorisation de mise sur le marché. Pour contenir les coûts, il conviendra de favoriser la concurrence, et notamment (si c'est nécessaire) le recours aux flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce de l'Organisation mondiale du Commerce, à des communautés de brevets, et à des accords de licence volontaires entre les titulaires de brevets et les fabricants de produits génériques. La communauté de brevets pour les médicaments offre un moyen d'accroître la disponibilité et de faciliter la mise au point de nouvelles associations fixes et de formulations adaptées, par exemple des formulations pédiatriques, dans le cadre d'accords de licence volontaires. Les systèmes de gestion des approvisionnements en produits sanitaires devront être renforcés de manière à ce que toutes les structures de soins puissent être approvisionnées correctement.

83. La planification et la coordination de l'acquisition, du déploiement, de l'entretien et de l'assurance de la qualité des techniques appliquées sur place et au laboratoire seront des éléments des ripostes nationales au VIH. Les systèmes de laboratoire devront garantir la fiabilité et la précision des techniques et des instruments utilisés pour diagnostiquer et surveiller l'infection par le VIH et les pathologies qui lui sont associées, surveiller les aspects immunologiques et virologiques de l'infection, surveiller les traitements et éventuellement l'apparition d'une pharmacorésistance du VIH, et procéder à des examens hématologiques et chimiques de base. Des systèmes de gestion de la qualité (comprenant des activités de formation à l'intention des agents des services de laboratoire et des agents de santé travaillant dans des structures officielles ou informelles) seront également mis en place.

84. **Renforcer la direction, la gouvernance et la planification stratégique.** Il conviendra de constituer des partenariats stratégiques entre le secteur de la santé (dispensateurs de services dans le secteur public, la société civile et le secteur privé) et d'autres secteurs pour élaborer et appliquer des ripostes nationales au VIH. Il sera crucial de favoriser les synergies entre la riposte au VIH, d'autres programmes d'action sanitaire et le plan plurisectoriel pour le VIH. Il conviendra de favoriser un dialogue politique global au sein du secteur de la santé et au-delà afin d'assurer la couverture universelle, la justice sociale et l'équité dans les ripostes nationales au VIH.

5.1.2 Contribution de l'OMS

85. **Promouvoir l'utilisation optimale des prestations.** L'OMS formulera des principes normatifs sur des modèles de prestation de services intégrés et décentralisés correspondant à différents types d'épidémies, sur la base des données factuelles disponibles et notamment du rôle des services de santé communautaires. L'OMS rationalisera encore les outils de prise en charge intégrée pour simplifier encore les prestations et en accroître l'efficacité.¹ Elle favorisera le renforcement des systèmes communautaires sans lesquels ne pourraient être améliorées la qualité, l'efficacité et la couverture des services contre le VIH. Elle associera plus étroitement la société civile à l'élaboration et à l'application de ses politiques telle l'initiative « Traitement 2.0 » et le programme pour l'élimination des cas nouveaux d'infection par le VIH chez l'enfant.

¹ Ces outils sont entre autres la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et la gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et essentiels.

86. ***Appuyer les mesures prises pour financer intégralement la riposte au VIH.*** Avec l'ONUSIDA, l'OMS procédera à une estimation des investissements requis pour atteindre les objectifs fixés au niveau mondial en matière de lutte contre le VIH. Elle préconisera un financement intégral à l'aide de fonds nationaux et étrangers. Elle mettra au point et aidera à appliquer les outils voulus pour déterminer le coût des plans et des services du secteur de la santé. Elle fournira une aide pour l'élaboration de plans nationaux de financement de l'action de santé englobant les programmes contre le VIH, et la conduite de la recherche opérationnelle sur des mécanismes de financement innovants et durables. Elle s'associera à des partenaires de financement et de développement pour améliorer l'aide au développement et le soutien technique. Elle apportera enfin un appui technique aux pays pour la mobilisation et l'utilisation de fonds de sources extérieures, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

87. ***Appuyer les mesures prises pour renforcer la main-d'œuvre sanitaire.*** L'OMS formulera des lignes directrices politiques et techniques pour constituer une main-d'œuvre sanitaire bien formée et nombreuse englobant les agents de santé communautaires. En partenariat avec les pays et les organisations de la société civile, elle formulera des recommandations fondées sur des données factuelles sur les moyens de développer l'enseignement de la médecine et des soins infirmiers et d'améliorer l'accès des populations sous-desservies à des prestations de santé assurées également par des agents communautaires et des non-spécialistes. Elle aidera les pays à se doter des capacités requises pour recueillir et analyser des données sur les personnels de santé. Pour promouvoir une approche coordonnée et durable du renforcement des ressources humaines pour la santé, les politiques établies à cette fin prévoient des liens avec différents secteurs dont ceux de l'éducation, du travail et des finances. L'OMS s'inspirera des résultats des travaux menés en collaboration avec l'OIT, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida et d'autres partenaires pour affiner les stratégies concernant le renforcement de la formation des personnels de santé, la délégation des tâches, la fidélisation des agents de santé et l'éducation.

88. ***Appuyer les améliorations apportées aux systèmes d'information sanitaire stratégique.*** L'OMS formulera des principes directeurs et apportera une aide pour améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données dans le secteur de la santé. Elle favorisera la mise en place, au niveau national, de systèmes interreliés de surveillance longitudinale des patients, y compris sur supports électroniques, pour le VIH, la co-infection VIH/tuberculose et d'autres interventions prioritaires. On veillera en particulier à l'observance du traitement par les patients ainsi qu'à la qualité des données et des soins. L'OMS suivra les progrès accomplis vers l'accès universel ainsi que l'impact des interventions contre le VIH sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et établira chaque année des rapports à ce sujet.

89. ***Déterminer les recherches à entreprendre et stimuler la génération, la traduction et la diffusion des connaissances.*** L'OMS veillera à ce que la recherche-développement sur le VIH bénéficie d'investissements adéquats et, avec les partenaires concernés, elle déterminera les recherches à entreprendre au niveau mondial. Elle favorisera la production et l'application de connaissances nouvelles en mettant l'accent en particulier sur leur appropriation par les pays et en veillant à accroître l'efficacité des interventions et des programmes et à promouvoir l'innovation. L'OMS conduira le programme de recherche sur le traitement de l'infection par le VIH et sa prévention sur la base des thérapies antirétrovirales dans le cadre des principaux secteurs d'activité de l'initiative « Traitement 2.0 » (voir la section 3.3.2).

90. ***Élargir l'accès à des médicaments, produits diagnostiques et autres produits d'un coût abordable.*** L'OMS appuiera des stratégies conçues pour faire baisser le prix des médicaments et autres produits utilisés contre le VIH et en améliorer la distribution. Elle s'attachera à améliorer les approvisionnements en médicaments, produits diagnostiques et autres produits contre le VIH en diffusant des informations sur ces produits par l'intermédiaire de l'Unité Sida : médicaments et moyens diagnostiques et en favorisant des systèmes d'achats groupés et d'autres mesures destinées à

améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et à réduire les risques de rupture de stock. L'OMS contribuera à accroître la transparence des marchés et à garantir un approvisionnement durable en produits contre le VIH par la surveillance des prix et la prévision de la demande. La sélection des produits à acheter sera améliorée par un système de présélection et leur inclusion en temps utile dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels et les monographies de la Pharmacopée internationale. L'OMS aidera les pays à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits contre le VIH au moyen d'une assistance technique, d'activités de développement des capacités et d'actions de formation à l'utilisation efficace des techniques d'acquisition et de gestion des approvisionnements.

91. L'OMS fournira également une aide et des principes normatifs pour l'accès à des produits diagnostiques et outils de surveillance simplifiés et de qualité, utilisables sur le lieu des soins et en laboratoire dans le cadre de l'initiative « Traitement 2.0 ». Des orientations et un soutien technique seront également prévus pour faciliter l'acquisition de techniques applicables aux laboratoires et sur le lieu des soins, ainsi qu'une assistance pour renforcer la planification stratégique des services nationaux de laboratoire, le développement des capacités et la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité. Par le canal de mécanismes comme l'Initiative mondiale pour les laboratoires, l'OMS favorisera le renforcement intégré et harmonisé des services de laboratoire concernant le VIH, la tuberculose, le paludisme et d'autres pathologies importantes.

92. *Appuyer la planification stratégique et des études au niveau national.* En collaboration avec l'ONUSIDA et la Banque mondiale, l'OMS s'assurera que le secteur de la santé dispose de moyens adéquats en matière de planification plurisectorielle pour la riposte au VIH et que le VIH est pris en compte dans les autres plans du secteur de la santé. Elle appuiera des études sur les plans nationaux de lutte contre le VIH en recherchant en particulier la production de synergies dans le système de santé et une utilisation efficace des ressources disponibles. Elle élaborera des instruments nouveaux pour orienter les processus de planification stratégique nationale et les bilans des programmes contre le VIH destinés à améliorer la gestion des services de santé.

6. ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 : RÉDUIRE LA VULNÉRABILITÉ ET SUPPRIMER LES OBSTACLES STRUCTURELS À L'ACCÈS AUX SERVICES

93. Le secteur de la santé joue un rôle essentiel dans les moyens mis en œuvre pour réduire la vulnérabilité au VIH, combattre la stigmatisation et la discrimination qui lui sont associées, et supprimer les obstacles d'ordre structurel à l'accès aux services. Dans le domaine de l'action de santé publique, la riposte au VIH a été réellement innovante en matière de protection des droits de l'homme, de mobilisation des communautés, de promotion de l'équité en santé et d'étude des déterminants sociaux de la santé. Pour atteindre le but de l'accès universel et les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, il est crucial d'effacer les inégalités en matière de santé qui résultent de comportements sexistes et de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. Or ces inégalités en matière de santé et la protection des droits des femmes, des fillettes et des populations clés n'ont pas été bien prises en compte dans les ripostes nationales au VIH mises en place à ce jour. D'après les rapports de situations les plus récents des pays :

- moins de la moitié des pays ont adopté un budget pour des programmes contre le VIH destinés aux femmes et aux fillettes ;
- 67 % des pays appliquent des législations, des politiques ou des réglementations qui entravent l'accès des populations clés à des prestations efficaces contre l'infection par le VIH ;

- l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (résultats communiqués par 10 pays) fait état de taux élevés d'actes de violence physique et verbale à l'encontre des personnes vivant avec le VIH dont une proportion significative (de 12 à 88 %) se voient refuser l'accès à des services de santé.

94. Si des interventions spécifiques s'imposent dans le secteur de la santé, les politiques et programmes établis dans d'autres secteurs doivent aussi être révisés pour combattre les inégalités entre les sexes et protéger les droits des populations clés. Le secteur de la santé joue également un rôle décisif en fournissant des données factuelles sur les liens entre l'égalité des sexes, les droits de l'homme, les déterminants sociaux de la santé et le VIH. Tous ces éléments devraient être pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et la surveillance des interventions du secteur de la santé. Les plus importants sont les suivants :

- promouvoir l'égalité des sexes et combattre les normes sociales à caractère sexiste ;
- promouvoir les droits de l'homme et l'équité en santé ;
- veiller à la place de la santé dans l'ensemble des politiques, législations et réglementations.

6.1 Promouvoir l'égalité des sexes et combattre les normes sociales à caractère sexiste

95. Les ripostes nationales au VIH ont le pouvoir de réduire sensiblement la vulnérabilité des femmes au VIH là où elles vivent (par exemple les actes de violence subis de la part du partenaire) et les inégalités en matière d'accès aux prestations de santé. Les politiques et les programmes du secteur de la santé devraient favoriser l'émancipation des femmes et des fillettes, combattre les normes sociales à caractère sexiste et favoriser l'égalité des sexes. Les différences d'accès, selon les sexes, à des prestations de santé comme les thérapies antirétrovirales devraient être combattues dans les programmes contre le VIH, et les garçons et les hommes devraient être associés à des interventions comportementales et structurelles destinées à réduire les inégalités entre les sexes.

6.1.1 Actions nationales recommandées

96. **Recueillir des informations sanitaires par sexe.** Les systèmes d'information sur le VIH et des problèmes de santé plus généraux devraient être utilisés pour recueillir et analyser des données par sexe et par âge qui permettent de définir les schémas de transmission du VIH, de cerner les inégalités en matière d'accès aux services de santé et d'apprécier l'impact des programmes chez les fillettes et les garçons, les hommes et les femmes.

97. **Prendre en compte la problématique hommes-femmes dans la conception, la prestation et la surveillance des services de santé.** Une approche ciblée et intégrée de la lutte contre les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé améliorera la qualité, l'utilisation et l'impact des services de santé. Les programmes contre le VIH devraient contribuer à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes dans la prise de décision en matière sexuelle, concernant notamment la négociation de rapports plus sûrs et l'utilisation de préservatifs masculins et féminins. Les programmes destinés à supprimer les obstacles d'origine sexiste à l'accès aux services de santé devraient bénéficier des ressources financières et humaines nécessaires, et il faudrait veiller à ce que le personnel soignant féminin bénéficie de conditions de travail satisfaisantes et équitables et soit investi de l'autorité requise pour occuper des postes de responsabilité dans les systèmes sanitaires et communautaires. Des services de lutte contre les violences à caractère sexiste, notamment des services complets de prise en charge des victimes de viol et d'autres violences sexuelles, devraient être mis en place.

6.1.2 Contribution de l'OMS

98. **Promouvoir l'égalité des sexes et la collecte de données factuelles sur les inégalités en matière de santé liées à l'appartenance sexuelle.** L'OMS aidera les pays à recenser et à surmonter les obstacles à caractère sexiste à l'accès aux soins et les inégalités sociales également fondées sur l'appartenance sexuelle. Elle favorisera également des activités de plaidoyer et de recherche sur les liens entre le risque d'infection par le VIH, les violences dirigées contre les femmes et les autres violations des droits de l'homme, et formulera des lignes directrices pour la mise en œuvre de programmes contre les violences faites aux femmes. Elle associera des femmes (dont des femmes vivant avec le VIH) et des personnels soignants de services communautaires à l'élaboration de politiques et de principes normatifs garantissant que les services contre le VIH répondent aux besoins des femmes.

6.2 Défendre les droits de l'homme et promouvoir l'équité en santé

99. À cause d'obstacles d'ordre juridique et socioculturel, les consommateurs de drogues, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les détenus et les professionnels du sexe ne peuvent bénéficier d'interventions efficaces et utiliser les services de santé. Les lois et les politiques qui pénalisent le fait d'être en possession de matériel pour prendre de la drogue (par exemple des aiguilles propres pour la sécurité des injections) devraient être abolies, ce qui conviendrait à améliorer l'accès aux services de santé et à en accroître la qualité. Il est essentiel de supprimer tous ces obstacles d'ordre structurel pour faciliter le recours aux services de santé et faire en sorte que les ripostes nationales au VIH reposent sur une approche cohérente et équitable.

6.2.1 Actions nationales recommandées

100. **Associer les personnes vivant avec le VIH et les populations clés à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des ripostes nationales au VIH.** Les ripostes mises en place au niveau national devraient prévoir la mise en œuvre et le suivi de politiques et de pratiques destinées à combattre la stigmatisation, la discrimination et les autres violations des droits de l'homme dans le contexte des prestations de santé. Il faudrait étudier l'impact que la stigmatisation, la discrimination et les autres atteintes aux droits de l'homme liées au VIH ont sur l'accès aux services de santé et les résultats sanitaires. Des liens devraient être établis avec les dispositifs plus généraux de responsabilisation (par exemple les réunions de haut niveau organisées lors des sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies) qui font le point des progrès accomplis en vue de la protection des droits de l'homme dans le droit à la santé.

6.2.2 Contribution de l'OMS

101. **Promouvoir l'adoption de politiques, de pratiques et de lois destinées à protéger les droits de l'homme et à éliminer toute forme de discrimination dans le secteur de la santé.** L'OMS appuiera des études des différences observées dans l'accès aux services de santé et les résultats sanitaires. Elle élaborera des lignes directrices et des outils pour combattre les attitudes discriminatoires des agents de santé à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. Elle s'attachera à promouvoir l'adoption de normes non discriminatoires dans les services de santé. Elle dotera aussi les pays des outils nécessaires pour évaluer les déterminants des risques et de la vulnérabilité en santé, ainsi que pour déterminer les populations clés et les situations dans lesquelles le risque d'infection par le VIH et la transmission sont élevés. Elle encouragera la désagrégation des données selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pour des études de l'équité en santé, et notamment des différences dans l'accès aux prestations et dans les résultats obtenus.

6.3 Intégrer la santé dans toutes les politiques, législations et réglementations

102. Le secteur de la santé joue un rôle unique en contribuant à ce que les politiques, législations et réglementations adoptées dans d'autres secteurs appuient les ripostes nationales au VIH, et notamment en luttant contre les inégalités entre les sexes et en assurant la protection et la promotion des droits des populations clés.

6.3.1 Actions nationales recommandées

103. **Sur la base de données factuelles concernant la santé publique, introduire des interventions en faveur de la santé dans d'autres secteurs.** Les aspects sanitaires de l'infection par le VIH devraient être pris en compte lors de l'élaboration et de l'étude des politiques, lois et règlements adoptés dans d'autres secteurs pour que ces derniers ne risquent pas d'accroître la vulnérabilité au VIH, d'introduire des formes de discrimination ou de dresser d'autres obstacles à l'accès aux services (par exemple dans les domaines du logement, de la protection sociale, de l'emploi, de l'immigration, de la défense, des finances, de l'éducation, des affaires étrangères et du développement). Les lois devraient être passées en revue, et au besoin modifiées, pour réduire la vulnérabilité au VIH, améliorer l'accès aux prestations de santé et protéger les droits de l'homme. Ces lois antidiscrimination devraient être votées dans tous les domaines, et une attention toute particulière devrait être donnée aux restrictions concernant les voyages, à l'emploi, à l'homophobie, à la prostitution, à la lutte contre la consommation de drogues et à la pénalisation de la transmission du VIH. Plutôt que de céder à la pénalisation, il serait préférable d'adopter de bonnes pratiques de santé publique pour gérer les comportements qui exposent les gens au risque de contracter l'infection par le VIH et prévoir des peines autres que la mise en détention.

6.3.2 Contribution de l'OMS

104. **Fournir des données de santé publique pour l'élaboration des politiques, lois et règlements adoptés dans d'autres secteurs.** L'OMS apportera une attention accrue aux besoins sanitaires des populations clés et contribuera à définir le rôle que peuvent jouer d'autres secteurs pour répondre à ces besoins. Elle aidera les pays à élaborer ou à examiner les politiques et les législations sanitaires pour veiller à ce que les questions de santé publique soient bien prises en compte. Elle communiquera aussi des données de santé publique pour peser sur les stratégies et les plans dans d'autres secteurs. En collaboration avec ses partenaires à tous les niveaux, elle s'attachera à mieux harmoniser les politiques, en particulier avec les principaux donateurs, organismes et initiatives de développement, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida et d'autres programmes bilatéraux.

7. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

105. La mise en œuvre effective de la stratégie suppose une action concertée de toutes les parties prenantes associées à la riposte du secteur de la santé au VIH. Dans le cadre du secteur de la santé, les corrélations entre différents programmes de lutte contre des maladies particulières et programmes transversaux doivent être établies et renforcées. On verra dans cette section comment le Secrétariat de l'OMS s'organisera pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie, comment la riposte du secteur de la santé est imbriquée dans les autres ripostes sectorielles et dans l'action des partenaires concernés, et comment on procédera pour suivre la mise en œuvre de la Stratégie et en rendre compte.

7.1 Optimiser le Programme OMS de lutte contre le VIH

106. Le Secrétariat veillera à mieux aligner et harmoniser les activités des nombreux partenaires et parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial. Le Programme OMS de lutte contre le

VIH englobe des activités exécutées aux trois niveaux de l'Organisation et par de nombreux départements et unités. Au Siège, le Département VIH est chargé de coordonner l'ensemble du Programme. Chacun des six bureaux régionaux compte une unité consacrée au VIH, et de nombreux bureaux de pays ont des agents qui s'occupent de la question à plein temps ou à temps partiel. L'OMS s'attachera à optimiser la structure et les activités de son programme de la manière suivante.

107. Instaurer une division claire des tâches entre les trois niveaux du Secrétariat. Le Siège s'occupera essentiellement des questions de politique mondiale et de l'action normative et sera chargé de suivre l'évolution de la pandémie et de la riposte au niveau mondial et d'en rendre compte. Les orientations concernant l'action au niveau mondial seront simplifiées pour favoriser la communication de nouvelles recommandations en temps voulu et en améliorer la cohérence. Les bureaux régionaux s'attacheront à coordonner et à faciliter le soutien technique apporté aux pays, dont l'adaptation des orientations mondiales. Enfin, il appartiendra aux bureaux de pays de donner des conseils stratégiques aux ministères de la santé et de réunir les partenaires concernés pour débattre de questions clés.

108. Optimiser les synergies entre les autres secteurs de programme. Les activités du Secrétariat sur le VIH se rapportent à plusieurs autres secteurs hautement prioritaires dont le renforcement des systèmes de santé ; les systèmes d'information sanitaire ; la santé maternelle, néonatale et infantile ; la santé sexuelle et génésique ; la tuberculose et les autres maladies infectieuses ; la sécurité transfusionnelle et la sécurité des injections ; les soins d'urgence et les actes chirurgicaux ; la nutrition ; les maladies non transmissibles et la santé mentale ; la sexospécificité et la santé des femmes ; la mise au point de vaccins ; l'accès aux médicaments essentiels ; l'innovation et la propriété intellectuelle ; les déterminants sociaux de la santé ; la législation sanitaire, les droits de l'homme et l'éthique ; et la santé dans les situations de crise humanitaire. La Stratégie devrait favoriser l'établissement de liens étroits entre ces différents secteurs de programme. Elle veillera tout particulièrement à ce que la lutte contre le VIH ait sa place dans les activités de base de ces autres secteurs de programme. Les systèmes de planification commune et de coordination seront également renforcés. C'est ainsi que les mesures prises par l'OMS à l'appui de l'initiative pour l'élimination des cas nouveaux d'infection par le VIH chez l'enfant seront coordonnées avec celles des unités chargées du VIH, de la santé maternelle et infantile, de la santé sexuelle et génésique, et de la nutrition. De même, la contribution de l'OMS à l'initiative « Traitement 2.0 » sera coordonnée avec les activités des unités chargées du VIH, de la tuberculose, des médicaments et produits diagnostiques essentiels, de la santé de l'enfant et de l'adolescent, et de la nutrition.

109. Mobiliser les capacités des réseaux techniques et des partenaires concernés. L'OMS dépend de ses partenaires pour la mise en œuvre de ses politiques et de ses principes directeurs dans les pays. À tous les niveaux, elle collaborera avec eux pour améliorer la cohérence de ses politiques, notamment avec les principaux donateurs et autres organismes et initiatives pour le développement, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, d'autres programmes bilatéraux et multilatéraux, des fondations privées et des organismes d'exécution. Par l'intermédiaire de centres de connaissances, de ses centres collaborateurs et de réseaux techniques, l'OMS s'attachera à renforcer les institutions, structures et systèmes nationaux pour garantir une riposte durable. Elle joue un rôle important de rassembleur en favorisant la collaboration entre la société civile, les pouvoirs publics et le secteur privé. Les organismes de la société civile apportent un soutien technique et programmatique à l'action de l'OMS, notamment par des actions de sensibilisation et de développement et par la mise en œuvre de ses politiques, outils et lignes directrices. Inversement, la collaboration entre l'OMS et la société civile contribue pour beaucoup à ce que des services essentiels soient apportés aux populations non desservies par les services publics et à ce que soient défendues l'exécution de politiques basées sur des données factuelles, la mise à disposition de ressources adéquates, une responsabilisation accrue et la protection des droits des populations clés.

110. Développer les capacités du personnel de l'OMS. L'OMS développera les compétences des membres du personnel de son Programme de lutte contre le VIH en particulier dans les domaines techniques et politiques correspondant aux quatre orientations stratégiques. Elle s'attachera aussi à

renforcer les compétences de son personnel en matière de gestion de manière à accroître son efficacité et à pouvoir mieux s'adapter à un environnement en pleine évolution.

111. Contribuer à une réforme au sein de l'OMS et dans l'ensemble du système des Nations Unies. Dans le système des Nations Unies, la riposte au VIH a ouvert la voie à des réformes dans de nombreux domaines, dont la collaboration interinstitutions, la participation active des populations touchées et de la société civile en général, l'engagement multisectoriel, le sentiment d'appropriation par les pays, la responsabilisation de toutes les parties prenantes et la mise en place de mécanismes de financement innovants. L'OMS veillera à ce que le programme de lutte contre le VIH continue à faire œuvre de pionnier. Elle prendra une part active aux structures et aux processus mis en place au niveau national pour appuyer la lutte contre le VIH et d'autres plans et priorités plus généraux, conformément aux principes énoncés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

7.2 L'OMS en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA

112. Au sein du système des Nations Unies, la collaboration de l'OMS dans le domaine du VIH est gérée principalement par les mécanismes et structures de l'ONUSIDA, notamment le Comité des Organismes coparrainants et le Conseil de Coordination du Programme au niveau mondial, les réunions du groupe des Directeurs régionaux des organismes coparrainants de l'ONUSIDA au niveau régional et les groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/sida et les équipes communes des Nations Unies sur le sida au niveau des pays.

113. Le but de la Division du travail au sein de l'ONUSIDA est de coordonner les rôles, responsabilités et activités des organismes coparrainants et du secrétariat de l'ONUSIDA. Parmi les organismes coparrainants, c'est l'OMS qui dirige la riposte du secteur de la santé au VIH, convoque les réunions consacrées aux questions prioritaires relatives au traitement et aux soins et à la co-infection VIH/tuberculose, et organise avec l'UNICEF les travaux sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. On trouvera à l'appendice des informations détaillées sur la collaboration entre l'OMS et les autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA.

7.3 Collaboration avec d'autres partenaires

114. L'OMS joue un rôle important en rassemblant différents groupes d'intérêt, secteurs et organisations à l'appui d'une riposte coordonnée et cohérente du secteur de la santé au VIH. En plus de ses États Membres, des autres organismes coparrainants et du secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS collabore étroitement avec d'autres partenaires clés, dont des donateurs bilatéraux et des institutions et initiatives pour le développement, des fonds et des fondations, la société civile, des institutions et réseaux techniques, le secteur privé commercial et des réseaux de partenariat.

7.4 Suivi, évaluation et communication des résultats

115. La mise en œuvre de la stratégie sera suivie à quatre niveaux, sur la base de mécanismes existants.

7.4.1 Suivi et notification des progrès accomplis en vue des buts et des cibles fixés au niveau mondial

116. Au niveau mondial, il est prévu de procéder à des examens à intervalles réguliers pour évaluer les progrès accomplis en vue des engagements pris et des cibles fixées par la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida, la Déclaration politique sur le VIH/sida et les objectifs du Millénaire pour le développement. Ces examens seront faits à partir des données communiquées par les pays au moyen du cadre de présentation des rapports tel qu'il a été défini par

l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa session extraordinaire sur le VIH/sida et d'autres dispositifs de surveillance et d'évaluation.

117. Les progrès accomplis aux niveaux mondial et régional en vue des cibles énoncées dans cette stratégie seront évalués à intervalles périodiques. Des comparaisons seront également faites entre les pays et entre les différentes régions d'un même pays pour évaluer les résultats obtenus. Telle qu'elle a été conçue, la stratégie est suffisamment souple pour que puissent être ajoutées les priorités supplémentaires pour combler les lacunes qui pourraient être recensées lors de la réunion de haut niveau prévue en juin 2011 ou d'autres réunions sur les progrès accomplis en vue des buts et des cibles fixés aux niveaux mondial et national.

118. À cette fin, l'OMS continuera, en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres organismes, à aider les pays à recueillir des indicateurs de base harmonisés et normalisés et à préparer des rapports mondiaux et régionaux. Il est proposé de communiquer chaque année les données recueillies pour l'année précédente et, en juin 2016, l'ONUSIDA contribuera à l'établissement d'un bilan complet de l'accès universel.

7.4.2 Suivre et évaluer la riposte au niveau des pays

119. Pour suivre les progrès de la riposte du secteur de la santé au VIH, on utilisera des indicateurs de disponibilité, de couverture et d'impact compte tenu des recommandations formulées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Les progrès accomplis en vue des objectifs du Millénaire pour le développement concernant le VIH seront également évalués et signalés. Le Registre des indicateurs concernant la lutte contre le VIH contient de nombreux indicateurs en fonction desquels on peut suivre et évaluer les progrès accomplis dans les pays.

120. Les indicateurs utilisés pour évaluer le renforcement des systèmes de santé proviennent d'une base commune, coordonnée par l'OMS, pour la surveillance et l'évaluation des stratégies nationales de santé, appelée base de surveillance des systèmes de santé de pays. Des instruments existent aussi pour mesurer les progrès accomplis dans l'application des mesures politiques, juridiques et structurelles destinées à renforcer la riposte au VIH, conformément à la recommandation formulée dans le cadre de l'orientation stratégique 4. Ce sont l'indice composite des politiques nationales, qui fait partie du système d'information sur l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies,¹ et l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, qui impliquent des enquêtes réalisées par et pour les personnes vivant avec le VIH afin de déterminer l'étendue et la nature des stigmatisations et discriminations dans différents pays (y compris dans les services de santé).

121. Le Tableau ci-après donne une liste des indicateurs de base utilisée pour suivre les progrès de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et les progrès accomplis en vue des objectifs du Millénaire pour le développement et qu'il est proposé de prendre en considération au niveau des pays. Tous ces indicateurs devront selon les besoins être ventilés selon l'âge et le sexe, et des analyses seront faites pour déterminer si les mesures voulues sont prises pour s'attaquer aux principaux déterminants sociaux de la vulnérabilité au VIH et du risque de contracter l'infection, notamment les inégalités entre les sexes, et pour garantir un accès équitable aux services. La recherche de l'équité suppose que soient analysées les différences entre les groupes et au sein des groupes, entre les pays et à l'intérieur des pays, sur la base de stratificateurs et de mesures récapitulatives.

¹ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève, ONUSIDA, 2009.

Tableau Principaux indicateurs proposés au niveau des pays

<i>Orientation stratégique</i>	<i>Indicateurs de base^a</i>
1. Optimiser les résultats des activités de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins concernant le VIH	<p>1.1 Pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH</p> <p>1.2 Nombre de décès associés au VIH</p> <p>1.3 Nombre de cas nouveaux d'infection par le VIH chez les enfants de 0 à 4 ans</p> <p>1.4 <i>Pourcentage des hommes et des femmes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat</i></p> <p>1.5 Pourcentage des adultes et des enfants présentant une infection par le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral</p> <p>1.6 Nombre de sujets séropositifs sous prophylaxie au triméthoprime-sulfaméthoxazole conformément aux recommandations nationales</p> <p>1.7 <i>Pourcentage du nombre estimatif de sujets séropositifs et atteints de tuberculose bénéficiant d'un traitement contre le VIH et la tuberculose</i></p> <p>1.8 Pourcentage des femmes enceintes séropositives ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>
2. Tirer parti des ripostes au VIH pour obtenir des résultats sanitaires plus généraux	<p>2.1 Besoins insatisfaits en matière de planification familiale</p> <p>2.2 Taux de mortalité maternelle</p> <p>2.3 Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de 0 à 4 ans</p> <p>2.4 Pourcentage des cas de tuberculose dépistés et guéris à la suite d'un traitement de brève durée sous surveillance directe</p>
3. Mettre en place des systèmes solides et durables	3.1 Indicateurs de base recommandés tirés du <i>Monitoring Health Systems Strengthening Handbook of Indicators and Related Measurement Strategies^b</i>
4. Réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services	<p>4.1 <i>Mise au point définitive de l'indice composite des politiques nationales</i></p> <p>4.2 <i>Mise au point définitive de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH^c</i></p> <p>4.3 Disponibilité des lieux de soins offrant un appui médical, psychologique et juridique approprié aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste</p>
<p>^a Les indicateurs recommandés pour suivre l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida figurent en <i>italique</i> et les indicateurs utilisés pour suivre les progrès en vue des objectifs du Millénaire pour le développement figurent en gras.</p> <p>^b Par exemple, la plupart des pays jugeront utile de suivre l'évolution de la disponibilité des médicaments sur les lieux de soins à l'aide de l'indicateur suivant : pourcentage des établissements qui ont en stock l'ensemble des médicaments et produits témoins, selon la description figurant dans le manuel de l'OMS (<i>Monitoring Health Systems Strengthening: a handbook of indicators and related measurement strategies</i>. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010).</p> <p>^c Il s'agit de la stigmatisation et de la discrimination dans les services de santé mesurées par le pourcentage de personnes indiquant s'être vu refuser l'accès à des soins de santé, y compris à des soins bucco-dentaires au cours de l'année écoulée, à cause de leur statut sérologique.</p>	

7.4.3 Cadre de l'OMS pour une gestion fondée sur les résultats

122. Le plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013, qui fixe l'orientation stratégique de l'Organisation pour cette période, comporte 13 objectifs stratégiques. Une partie importante des activités de l'OMS contre le VIH correspond à l'objectif stratégique 2 : Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, mais beaucoup d'autres activités contre le VIH relèvent de six autres objectifs stratégiques (1, 4, 6, 7, 10 et 11). Chaque objectif stratégique fixe un certain nombre de résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation avec des indicateurs, les cibles à atteindre et les ressources nécessaires. L'exécution du plan de travail fait l'objet d'un examen à mi-parcours à la fin de la première année de chaque exercice et les progrès accomplis en vue des résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation seront présentés à la fin de chaque exercice.

7.4.4 Cadre des responsabilités de l'ONUSIDA

123. Les activités de l'OMS contre le VIH sont reflétées dans le budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA qui fixe un cadre biennal unique destiné à promouvoir une planification et une budgétisation communes pour les 10 organismes coparrainants et le secrétariat de l'ONUSIDA, soit un plan de travail combiné sur deux ans. Chacun des organismes coparrainants est chargé d'exécuter une série d'activités correspondant à son propre mandat à la répartition des tâches et à la Division du travail d'appui technique de l'ONUSIDA. Le budget-plan de travail intégré est assorti d'un cadre de surveillance des résultats qui définit les indicateurs en fonction desquels sont mesurés les progrès de l'exécution du budget-plan de travail. Des rapports annuels sont soumis au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. Pour la période 2012-2015, le budget-plan de travail intégré sera remplacé par une formule comprenant un plan d'activités, un ensemble de résultats, un schéma de responsabilités et un budget, le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités.

Appendice

Collaboration de l'OMS avec les organismes coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA

Organisme coparrainant	Domaines de collaboration
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	Application des directives du Comité permanent interorganisations sur le VIH/sida dans les situations d'urgence ; évaluations et planification communes pour les ripostes au VIH dans les pays confrontés à des crises humanitaires ; et adaptation des directives et des outils concernant le VIH dans les situations de crise humanitaire, notamment pour les populations les plus exposées.
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; traitement et soins du nourrisson et de l'enfant ; prévention et traitement du VIH et soins destinés aux jeunes ; et renforcement des systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement.
Programme alimentaire mondial (PAM)	Mise en œuvre des recommandations nutritionnelles pour les soins et le traitement du VIH en association avec le traitement antirétroviral et la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose ; et appui à la recherche opérationnelle liée au traitement et aux soins concernant le VIH.
Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)	Intégration des questions concernant le VIH dans la planification nationale et le processus législatif ; stigmatisation et discrimination dans le secteur de la santé ; stratégies destinées à favoriser la législation en matière de commerce, de santé et de propriété intellectuelle pour rendre plus abordables et accessibles les médicaments contre le VIH ; prévention, traitement et soins pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les transsexuels ; formation des responsables de l'encadrement du traitement dans la communauté ; et lutte contre l'inégalité entre les sexes et la violence sexiste.
Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)	Programmation, normes et assurance de la qualité concernant les préservatifs ; liens entre la santé sexuelle et génésique et le VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services ; prévention de l'infection par le VIH chez la femme enceinte, la mère et l'enfant ; santé sexuelle et génésique des personnes vivant avec le VIH, y compris dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; amélioration de l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins destinés aux jeunes, aux femmes et aux travailleurs du sexe pour la lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles ; élimination de la violence sexiste ; et promotion de l'égalité entre les sexes, de l'autonomisation des femmes et des jeunes filles et du droit de procréer.
Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)	Prévention et traitement du VIH chez les consommateurs de drogues (injectées ou non) et en milieu carcéral ; sensibilisation à la réduction de la nocivité, traitement de la pharmacodépendance et politiques et programmes de réadaptation ; et amélioration de l'accès aux substances internationalement contrôlées pour la prise en charge de la dépendance aux opioïdes, la lutte contre la douleur et les soins palliatifs.

Organisme coparrainant	Domaines de collaboration
Organisation internationale du Travail (OIT)	Intégration des questions concernant le VIH à la sécurité au travail et aux programmes de formation professionnelle ; ressources humaines pour la lutte contre le VIH ; et formulation d'orientations politiques et de mesures pratiques pour étendre la protection sociale.
Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la Science et la Culture (UNESCO)	Prévention et traitement du VIH et éducation sexuelle en milieu communautaire et scolaire.
Banque mondiale	Planification stratégique nationale concernant le VIH ; financement des systèmes de santé pour la lutte contre le VIH ; et évaluation des coûts, du rapport coût/avantages et du rapport coût/efficacité des interventions VIH.
Secrétariat de l'ONUSIDA	Sensibilisation mondiale et mobilisation des ressources pour les grandes initiatives du secteur de la santé ; surveillance, évaluation et notification concernant la situation du VIH et la riposte ; appui à l'évaluation et à la mise au point de nouvelles technologies de prévention du VIH – y compris les vaccins, les microbicides, la prophylaxie avant l'exposition – et à l'introduction de nouvelles interventions, y compris la circoncision masculine ; promotion des discussions avec l'industrie pour obtenir des réductions de prix des médicaments et des produits liés au VIH ; coordination et fourniture d'une assistance technique aux pays, par exemple pour l'accès aux subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et leur utilisation, et renforcement de dispositifs de coordination dans les pays, y compris le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida.

ANNEXE 5

Texte de l'article amendé du Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé¹

[A64/34 – 17 mars 2011]

Article XIV – Vérification extérieure

14.1 Un ou plusieurs commissaires aux comptes, dont chacun est le vérificateur général des comptes (ou le fonctionnaire ayant un titre ou un statut équivalent) d'un Membre, sont nommés par l'Assemblée de la Santé. Leur mandat est de quatre ans, couvrant deux exercices budgétaires, et peut être renouvelé une fois pour un mandat supplémentaire de quatre ans. Le ou les commissaires désignés ne peuvent être révoqués que par décision de l'Assemblée de la Santé.

...

14.8 Le ou les commissaires aux comptes établissent un rapport sur la vérification des états financiers annuels établis par le Directeur général conformément à l'article XIII. Il(s) consigne(nt) dans ce rapport les renseignements jugés nécessaires sur les questions visées au paragraphe 14.3 et dans le mandat additionnel.

14.9 Le ou les rapports du ou des commissaires aux comptes ainsi que les états financiers vérifiés sont transmis par l'intermédiaire du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé au plus tard le 1^{er} mai qui suit la fin de l'année à laquelle les comptes définitifs se rapportent. Le Conseil exécutif examine les états financiers annuels et le ou les rapports de vérification des comptes et les transmet à l'Assemblée de la Santé en y joignant les observations qu'il juge souhaitables.

¹ Voir la résolution WHA64.22.

ANNEXE 6

Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé

<p>1. Résolution WHA64.1 Application du Règlement sanitaire international (2005)</p>
<p>2. Lien avec le budget programme</p> <p>Objectif stratégique : Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles. Résultats escomptés 1.1, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 et 1.9.</p> <p>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</p> <p>Les recommandations du Comité d'examen sont directement liées aux indicateurs 1.6.1 (Nombre d'États Membres ayant achevé l'évaluation et mis au point un plan d'action national pour obtenir les capacités essentielles de surveillance et d'action, conformément aux obligations que leur impose le Règlement sanitaire international (2005)) et 1.6.2 (Nombre d'États Membres dont le système de laboratoire national travaille sur au moins un programme externe de contrôle de la qualité pour les maladies transmissibles potentiellement endémiques).</p>
<p>3. Incidences budgétaires</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</p> <p>On estime que les travaux du Secrétariat pour appuyer la mise en œuvre des recommandations 1-3, 5-13 et 15 entraînent un coût additionnel de US \$75 510 000. Les recommandations 4 et 14, qui s'adressent aux États Parties, ne figurent pas dans cette estimation de coût.</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)</p> <p>Le coût pour la mise en œuvre des recommandations est estimé à US \$6 310 000.</p> <p>Sur cette somme, US \$1 400 000 seront supportés au niveau des bureaux régionaux (dans les six Régions de l'OMS) et US \$4 910 000 au niveau du Siège.</p> <p>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</p> <p>Au niveau des bureaux régionaux (dans les six Régions) on estime que US \$600 000 sont déjà inclus. Au niveau du Siège, on estime que US \$3 750 000 sont déjà inclus.</p>
<p>4. Incidences financières</p> <p>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?</p> <p>Des demandes seront formulées pour des contributions volontaires additionnelles.</p>

5. Incidences administratives

- a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

La plupart des recommandations figurant dans le rapport nécessiteront des activités additionnelles tant au Siège que dans les bureaux régionaux. L'appui nécessaire pour accélérer la mise en place des principales capacités nationales prévu au titre de la recommandation 1 est de loin l'activité la plus importante et l'élément de coût le plus important des recommandations. Des mesures seront particulièrement nécessaires au niveau des bureaux régionaux pour mettre en œuvre cette résolution.

- b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non

- c) **Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)**

On estime que 32 membres du personnel supplémentaires des catégories professionnelle et de rang supérieur seront nécessaires ; le personnel en question sera déployé en nombre à peu près égal entre le Siège et les bureaux régionaux.

- d) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

Le calendrier de mise en œuvre s'étend jusqu'à fin 2015.

1. Résolution WHA64.2 Réforme de l'OMS**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

Tous les objectifs stratégiques.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

Tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La résolution a trait au programme de réforme de l'ensemble de l'Organisation ; elle a donc un lien direct avec l'ensemble des résultats escomptés, des indicateurs, des cibles et des bases. La résolution traite seulement de la conception générale du programme de réforme (et des éléments spécifiques y afférents) et non de sa mise en œuvre ; par conséquent, seul le coût des activités liés à la conception est chiffré.

3. Incidences budgétaires

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

Activité 1

Pour l'établissement d'un document de réflexion détaillé sur le Forum mondial de la santé qui se tiendra en 2012, le coût du travail du Secrétariat est estimé comme suit :

100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe D.2 pendant 20 jours (US \$20 000) ; 100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe P.2 pendant 20 jours (US \$10 000)

Coût total : US \$30 000

Activité 2

Coût pour la conception d'une approche de l'évaluation indépendante (A) et coût pour l'évaluation indépendante (B) :

A. 100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe P.3 pendant 180 jours (US \$90 000) ; 100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe G.4 pendant 180 jours (US \$50 000)

Total partiel : US \$140 000

B. US \$500 000 pour le groupe d'évaluation indépendante (équipe de consultants)

Coût total : US \$640 000

Activité 3

Le coût de l'élaboration du programme de réforme par un cabinet de consultants choisi selon une procédure concurrentielle (B) avec le concours du Secrétariat (équipe chargée du projet) (A) comprend :

<p>A. 100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe P.2 pendant 180 jours (US \$80 500) ; 100 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe P.5 pendant 180 jours (US \$131 000) ; 20 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe D.2 pendant 180 jours (US \$32 028) ; 40 % d'un membre du personnel en équivalent plein temps à la classe D.2 pendant 180 jours (US \$64 055) Total partiel : US \$310 000 B. US \$490 000 pour le travail d'un cabinet de consultants choisi selon une procédure concurrentielle. Coût total : US \$800 000</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant) Total des activités 1-3 indiquées sous a) ci-dessus : US \$1 470 000 au niveau du Siège</p> <p>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ? Oui</p>					
<p>4. Incidences financières Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ? Un financement a été obtenu auprès de la Fondation Bill & Melinda Gates ; d'autres sources seront également sollicitées pour un financement supplémentaire.</p>					
<p>5. Incidences administratives</p> <p>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions) Siège</p> <p>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c) Oui</p> <p>c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises) Sans objet</p> <p>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités) Activité 1 : juin-septembre 2011 Activité 2 : juin 2011-février 2012 Activité 3 : juin-octobre 2011</p>					
<p>1. Résolution WHA64.4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé</p>					
<p>2. Lien avec le budget programme</p> <table border="0"> <tr> <td>Objectif stratégique :</td> <td>Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :</td> </tr> <tr> <td>5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques</td> <td>5.3 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.</td> </tr> </table> <p>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases) Si le financement et l'exécution sont entièrement assurés, la résolution devrait avoir un impact sur les cibles concernant le deuxième et le troisième indicateur pour le résultat escompté.</p>		Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :	5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	5.3 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.
Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :				
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	5.3 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.				

3. Incidences budgétaires**a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

US \$3 920 000 au cours de la période d'un an visée par la résolution, y compris le personnel, les déplacements, les activités de formation, l'assistance technique, les fournitures sanitaires, la sécurité et le matériel opérationnel.

La ventilation du coût estimé du paragraphe 5 du dispositif est la suivante :

alinéa 1)	US \$	100 000
alinéa 2)	US \$	70 000
alinéa 3)	US \$	50 000
alinéa 4)	US \$	200 000
alinéa 5)	US \$	500 000
alinéa 6)	US \$	3 000 000
Total	US \$	3 920 000

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$2 250 000

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Soixante-quinze pour cent de US \$2 250 000 au Siège, aux niveaux du Bureau régional et du bureau de Jérusalem.

4. Incidences financières**Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?**

Une part substantielle de ces ressources a été obtenue sous la forme de contributions volontaires humanitaires dans le cadre de la procédure d'appel global pour répondre aux besoins sanitaires humanitaires, mettre en œuvre des interventions vitales, rendre à nouveau opérationnels les services de santé désorganisés et mettre en place le groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations.

5. Incidences administratives**a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Les activités seront principalement menées par l'intermédiaire du bureau de l'OMS à Jérusalem, chargé du programme de coopération de l'Organisation avec l'Autorité palestinienne. Les efforts de l'OMS au niveau du pays seront complétés par un appui du Bureau régional de la Méditerranée orientale et par les groupes du Siège travaillant dans les domaines de l'éradication de la poliomyélite, de la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, de l'action en faveur des pays, et de la sécurité sanitaire et de l'environnement.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Il faudra maintenir au-delà de mai 2011 la présence effective au niveau du pays du personnel recruté sur les plans national et international pour mettre en œuvre les activités et les interventions sanitaires humanitaires dans le territoire palestinien occupé.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Sans objet.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Un an.

1. Résolution WHA64.5 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

1.4 Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux États Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.

1.7 Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.

1.9 Interventions et actions efficaces des États Membres et de la communauté internationale face aux situations d'urgence déclarées dues à des maladies épidémiques ou potentiellement pandémiques.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Les activités suivantes donneront une impulsion décisive pour atteindre les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui sont énumérés ci-dessus ainsi que les cibles dont sont assortis leurs indicateurs : études de la charge de morbidité ; augmentation de la capacité de production de vaccins antigrippaux ; extension de l'usage des adjuvants puissants ; constitution de stocks ; renforcement de la capacité en matière de laboratoires et de surveillance ; création de centres nationaux de la grippe et de centres collaborateurs de l'OMS pour la grippe.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Le coût total du plan de cinq ans sur lequel porte la résolution est de US \$287 millions, répartis comme suit :

- activités relatives à la capacité des pays en matière de laboratoires et de surveillance (US \$105,8 millions)
- activités visant à augmenter la capacité de production de vaccins antigrippaux dans les pays moyennant des études de la charge de morbidité, le renforcement de la capacité des pays et l'extension de l'usage de la technologie (US \$97 millions)
- activités visant à constituer un stock de médicaments antiviraux (US \$67 millions)
- activités et dotation en personnel d'un Secrétariat du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, y compris d'un groupe consultatif, pour suivre les progrès de la mise en œuvre du Cadre (US \$17,2 millions).

Ces estimations budgétaires ne tiennent pas compte des coûts associés aux impératifs financiers découlant de la prochaine pandémie.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$2 millions au Siège pour la période allant de juin à décembre 2011 (personnel US \$1 490 000 ; activités US \$510 000)

Ce montant couvre les activités et les effectifs nécessaires pour : rédiger des notifications sur le Cadre ; constituer le groupe consultatif ; commencer les travaux de séquençage génétique ; créer un fonds de contribution en partenariat avec l'industrie et établir un projet concernant l'utilisation et l'administration du fonds qui sera examiné par le Conseil exécutif à sa session de mai 2012 ; entamer les négociations avec les entreprises, les associations et d'autres entités, et mettre au point des accords types ; et commencer à élaborer un plan et une stratégie de communication.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Non

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Des modèles de financement pour la mise en œuvre de la résolution sont à l'étude. Il est proposé de créer un compte qui sera financé par les États Membres, les donateurs et l'industrie. Pour financer le compte, il faudra trouver de nouvelles sources de contributions volontaires.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

En 2011, le Secrétariat du Cadre au Siège commencera à travailler, en coordination avec les bureaux régionaux et bureaux de pays, pour dresser le plan de travail de cinq ans sur lequel porte la résolution. À partir de 2012, une grande partie de la mise en œuvre se déroulera au niveau des pays avec l'appui technique du Siège. La mise en œuvre sera coordonnée par le Secrétariat du Cadre depuis le Siège.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Les besoins supplémentaires en personnel seront les suivants :

- trois membres du personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur en équivalent plein temps pour concevoir et mettre au point une formation à l'utilisation du dispositif de traçabilité des virus grippaux et pour dispenser des cours de formation dans l'ensemble des pays à l'appui du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte ;
- un membre du personnel à 50 % d'un équivalent plein temps pour conduire les consultations sur le séquençage génétique ;
- un administrateur en équivalent plein temps et un assistant financier en équivalent plein temps pour administrer le fonds ; et
- quatre juristes en équivalent plein temps pour négocier avec l'industrie et établir, entre autres, des accords de contribution, des accords de préachat et de licence.

Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour sous-traiter la traduction des documents et des accords (en fonction de la longueur des documents et de la langue des accords). Un appui supplémentaire sera nécessaire également pour réexaminer le Cadre et ses annexes d'ici à 2016.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Les activités débiteront immédiatement et se poursuivront jusqu'au réexamen du Cadre et de ses annexes en 2016.

1. Résolution WHA64.6 Renforcement des personnels de santé

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

10.8 Renforcement de l'information et des bases de données sur les personnels de santé et renforcement des capacités des pays en matière d'analyse, de planification et d'application des politiques, d'échange d'informations et de recherche.

10.9 Appui technique fourni aux États Membres, tout particulièrement à ceux confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, afin d'améliorer la production et la répartition du personnel de santé, le dosage des compétences et la fidélisation.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Les activités menées par l'OMS à l'appui du renforcement des personnels de santé sont liées à l'objectif stratégique 10, et en particulier aux deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation mentionnés ci-dessus. La présente résolution est d'autre part liée à la mise en œuvre de la résolution WHA63.16, dans laquelle a été notamment adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

US \$39 millions sur six ans, à compter de 2011. Il s'agira notamment d'activités menées au Siège et dans les Régions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$1,5 million au Siège et US \$4,5 millions dans les Régions.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Un total de US \$1 million est inclus pour le Siège et les Régions.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Les dépenses seront financées par des contributions volontaires essentielles d'États Membres et de partenaires internationaux. Conformément à la stratégie de mise en œuvre du Code mise au point par le Secrétariat, des activités de mobilisation des ressources seront entreprises pour ce domaine d'activité et se concentreront sur certains États Membres et partenaires internationaux, puisqu'il s'agit d'une activité critique pour la mission. Des indications de soutien ont déjà été reçues des États-Unis d'Amérique, du Japon, de la Norvège et de l'Union européenne.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés, mais la mise en œuvre intéressera plus particulièrement les pays qui rencontrent des problèmes majeurs en raison d'une pénurie aiguë de personnels de santé.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non. Il faudra du personnel supplémentaire au Siège et dans les Régions.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Les besoins exacts dépendront de l'intensité des activités. Tout sera fait pour utiliser pleinement les détachements et le recours à des stagiaires, en plus du recrutement de personnel à court terme.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Une stratégie de mise en œuvre a déjà été mise au point par le Secrétariat. Les activités seront menées en fonction de cette stratégie, qui couvre la période 2011-2015.

1. Résolution WHA64.7 Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux	
2. Lien avec le budget programme	
Objectif stratégique :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.	10.8 Renforcement de l'information et des bases de données sur les personnels de santé et renforcement des capacités des pays en matière d'analyse, de planification et d'application des politiques, d'échange d'informations et de recherche. 10.9 Appui technique fourni aux États Membres, tout particulièrement à ceux confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, afin d'améliorer la production et la répartition du personnel de santé, le dosage des compétences et la fidélisation.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
Les activités menées par l'OMS pour renforcer les personnels de santé sont liées à l'objectif stratégique 10, et en particulier aux deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation mentionnés ci-dessus. Les pays confrontés à de graves problèmes en matière de soins infirmiers et obstétricaux bénéficieront des mesures prises par l'OMS pour adopter des cadres techniques, des outils et des orientations appropriés susceptibles de renforcer les soins infirmiers et obstétricaux.	
3. Incidences budgétaires	
a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
Un total de US \$4 millions pour les quatre années 2011-2014 sera nécessaire pour l'exécution des activités prévues à tous les niveaux de l'Organisation et le soutien à apporter aux États Membres.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)	
Pour l'exercice, les dépenses encourues se monteront à US \$2 millions (US \$500 000 au niveau du Siège et US \$1,5 million au niveau des Régions).	
c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?	
Un total de US \$400 000 est inclus pour le Siège et les Régions.	
4. Incidences financières	
Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?	
Contributions volontaires et contributions des États Membres ainsi que contributions de partenaires internationaux.	
5. Incidences administratives	
a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)	
Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés mais plus particulièrement les pays confrontés à de graves problèmes liés à une pénurie aiguë de personnels de santé.	
b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)	
Non. Des effectifs supplémentaires seront nécessaires au Siège et dans les Régions.	

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Les besoins exacts dépendront de l'intensité des activités. Tout sera mis en œuvre pour tirer parti au maximum des possibilités de détachement et de recrutement de stagiaires aux côtés de personnels à court terme.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Dans la résolution, le Directeur général est prié de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2012 et 2014. Les activités seront exécutées dans le cadre de plans d'action biennaux pour 2010-2011, 2012-2013 et 2014-2015, selon les besoins.

1. Résolution WHA64.8 Renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

10.1 Amélioration de la gestion et de l'organisation de la prestation des services de santé intégrés basés sur la population par des dispensateurs et des réseaux publics et non publics, reflétant la stratégie des soins de santé primaires, le renforcement de la couverture, l'équité, la qualité et la sécurité des services de santé individuels et dans la population, ainsi que le renforcement des résultats sanitaires.

10.2 Amélioration des capacités nationales de gouvernance et d'orientation par un dialogue politique fondé sur des bases factuelles, un renforcement de la capacité institutionnelle pour l'analyse et l'élaboration des politiques, une évaluation des résultats des systèmes de santé reposant sur une stratégie, une plus grande transparence et une responsabilité accrue en matière de résultats, et une collaboration intersectorielle plus efficace.

10.3 Amélioration de la coordination des différents mécanismes (y compris l'aide des donateurs) permettant d'appuyer les efforts des États Membres visant à atteindre les cibles nationales pour le développement de leur système de santé et les buts sanitaires mondiaux.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Cette résolution est liée à la résolution WHA62.12 sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

US \$50 millions sur une période de six ans.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$8 millions à tous les niveaux de l'Organisation.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Contributions volontaires des États Membres et contributions de partenaires internationaux.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Les besoins exacts dépendront de l'intensité des activités. Tout sera mis en œuvre pour tirer parti au maximum des possibilités de détachement de personnels parallèlement au recrutement de personnels à court terme.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Le Secrétariat établit des plans de mise en œuvre.

1. Résolution WHA64.9 Structures durables de financement de la santé et couverture universelle**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

Tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation au titre de l'objectif stratégique 10, notamment :

10.10 Appui technique et politique fondé sur des bases factuelles apporté aux États Membres afin d'améliorer le financement du système de santé en ce qui concerne la disponibilité des fonds, la protection contre les risques financiers et sociaux, l'équité, l'accès aux services et l'efficacité de l'utilisation des ressources.

10.11 Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.

10.12 Mesures prises pour préconiser l'affectation de fonds supplémentaires à la santé lorsqu'ils sont nécessaires ; renforcer les capacités de mettre au point une politique de financement de la santé et l'interprétation et l'utilisation de l'information financière ; et stimuler la production et la concrétisation des connaissances pour la mise au point d'une politique de soutien.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Cette résolution offre un cadre qui permettra d'obtenir les résultats escomptés mentionnés ci-dessus et contient des liens avec les indicateurs, les cibles et les bases pertinents.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

L'application de cette résolution entraînera un coût de US \$9 millions sur les six prochaines années, en plus des US \$4,8 millions estimés pour l'application de la résolution WHA62.12. Ce chiffre représente le coût des éléments suivants : renforcer l'appui technique et l'appui au plan des politiques apportés aux États Membres dans le domaine du financement de la santé pour une couverture universelle ; relier cet effort aux stratégies et plans de santé nationaux ; et accroître la capacité des pays à mettre en commun leurs expériences.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Tous les niveaux de l'Organisation contribuent actuellement à fournir un appui technique aux pays pour le financement de la couverture universelle ; tous favorisent la mise en commun d'expériences entre les pays. Le renforcement de ces activités pour répondre à la demande actuelle des pays ainsi que l'échange d'informations entre pays sur les bons et les mauvais résultats obtenus entraîneront un coût estimé à US \$1,50 million pour 2011 (US \$1,05 million pour les Régions et US \$450 000 pour le Siège).

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Certains coûts concernant l'appui technique à fournir aux pays et l'échange d'informations sont inclus dans le budget programme 2010-2011. Les coûts indiqués dans le présent document sont les dépenses supplémentaires qu'il faudra engager pour répondre à la demande croissante des pays pour ce type d'appui, suite – en partie – au *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*.¹

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Une stratégie visant à mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires lorsque les moyens sont limités est en cours d'élaboration.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Toutes les Régions contribueront à fournir un appui technique aux États Membres. Le Siège soutiendra cet effort en aidant à coordonner l'échange croissant d'informations, ainsi que le prévoit la résolution – en particulier du fait de la demande croissante d'échanges interrégionaux. Toutefois, les bureaux régionaux et les bureaux de pays participeront largement eux aussi à ces activités d'échange d'informations.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Afin de répondre à l'augmentation attendue de la demande des États Membres pour ce type d'appui, il faudra disposer de nouveaux effectifs ou redéployer les effectifs existants. De nombreux bureaux régionaux et bureaux de pays n'ont pas les compétences suffisantes en matière de financement de la santé.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Les coûts figurant ci-dessus comprennent le personnel supplémentaire de la catégorie professionnelle dans le domaine de la politique de financement de la santé (1,5 au Siège et 3 dans les Régions).

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Les systèmes de financement de la santé évoluent constamment de sorte que les demandes d'appui technique persisteront. Le calendrier couvre trois exercices (six ans).

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

1. Résolution WHA64.10 Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

5.1 Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La mise en place et l'utilisation d'un dispositif de gestion des risques de catastrophe et de préparation aux situations d'urgence, ainsi qu'un programme opérationnel pour la sécurité des hôpitaux au niveau national, permettront de faire des progrès considérables dans le domaine de la réduction des risques liés aux catastrophes, de la préparation aux situations d'urgence, des opérations de secours et du relèvement dans les pays à risque. La résolution renforcera encore les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques liés aux catastrophes dans le cadre des systèmes nationaux de santé afin d'améliorer le bilan sanitaire, de réduire la mortalité et la morbidité, de protéger l'investissement dans les infrastructures de santé et d'accroître la résilience des systèmes de santé et de la société en général.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Les chiffres indiqués concernent la période allant jusqu'à fin 2013.

Au niveau du Siège

Le coût total est estimé à US \$7,44 millions.

Pour l'assistance technique (consultants, y compris contrats de courte durée, accords pour exécution de travaux, groupes consultatifs scientifiques et techniques, voyages et formation) : US \$750 000.

Frais de personnel (personnel de la classe P.5, de la classe P.4 et de la classe G.4 pendant deux ans) : US \$1,65 million. Ce montant est calculé sur la base d'une estimation du temps cumulé que devront passer plusieurs membres du personnel à différents niveaux pour cette activité.

Coût total estimé du renforcement de la base de données factuelles sur la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, et notamment du renforcement de la recherche opérationnelle et des évaluations économiques : US \$2,79 millions.

Coût total estimé du soutien aux évaluations nationales des risques et des capacités de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes afin de stimuler l'action et de renforcer les capacités nationales de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes : US \$2,25 millions.

Au niveau des Régions

Coût total estimé : US \$4,5 millions (US \$750 000 par bureau régional).

Au niveau des pays

Coût minimum estimé de la fourniture par le Secrétariat, au travers des bureaux de pays, d'un appui technique aux États Membres qui mettent en œuvre la résolution : US \$250 000 par pays.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Au niveau du Siège

Pour l'assistance technique (consultants, y compris contrats de courte durée, accords pour exécution de travaux, voyages, formation et groupes consultatifs scientifiques et techniques) : US \$250 000.

Pour le renforcement de la collaboration avec les entités concernées, dont des institutions publiques, privées, non gouvernementales et universitaires, pour appuyer la gestion des urgences sanitaires et des

risques liés aux catastrophes aux niveaux des pays et des collectivités, les frais de personnel sont estimés à US \$550 000 (personnel de la classe P.5 : US \$250 000, personnel de la classe P.4 : US \$200 000 et personnel de la classe G.4 : US \$100 000). Ce montant est calculé sur la base d'une estimation du temps cumulé que devront passer plusieurs membres du personnel à différents niveaux pour cette activité pendant un an.

Coût total estimé du renforcement de la base de données factuelles sur la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, et notamment du renforcement de la recherche opérationnelle et des évaluations économiques : US \$930 000.

Coût total estimé du soutien aux évaluations nationales des risques et des capacités de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes afin de stimuler l'action et de renforcer les capacités nationales de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes : US \$750 000.

Au niveau des Régions

Coût total estimé : US \$1,5 million (US \$250 000 par bureau régional).

Au niveau des pays

Coût minimum estimé de la fourniture par le Secrétariat, au travers des bureaux de pays, d'un appui technique aux États Membres qui mettent en œuvre la résolution : US \$50 000 par pays.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui, sauf au niveau des pays.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Par le biais de la collecte de fonds et de contributions volontaires.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

L'exécution aura lieu principalement dans les bureaux de pays. Les bureaux régionaux fourniront un appui pour la formation et le renforcement des capacités et le Siège sera chargé de la coordination interinstitutions, de la planification générale et de la mise au point des normes et lignes directrices factuelles nécessaires au développement et au renforcement de ce domaine d'activité. Le Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction de la vulnérabilité, à Tunis, fournira une assistance technique à tous les niveaux dans ses domaines de compétence.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Au niveau du Siège, les effectifs sont suffisants pour la composante développement de ce domaine et les frais de personnel sont budgétisés. Aux niveaux régional et national, des compétences supplémentaires sont nécessaires et, à cet égard, du personnel temporaire pourrait être recruté (contrats de courte durée et accords pour exécution de travaux).

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Sans objet.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Ces activités sont prévues pour les exercices 2010-2011 et 2012-2013.

1. Résolution WHA64.11 Préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, faisant suite à la Conférence de Moscou¹

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle.

6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

3.1 Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les États Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.2 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.3 Amélioration de la capacité des États Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

6.2 Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les États Membres à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable à ces facteurs de risque.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Il est envisagé une augmentation du nombre d'États Membres : i) qui possèdent une unité au ministère de la santé ou une autorité sanitaire nationale équivalente, dotée d'un personnel et d'un budget réservés à la lutte contre les maladies non transmissibles (indicateur 3.1.4) ; ii) qui ont adopté une politique nationale multisectorielle concernant les maladies chroniques non transmissibles (indicateur 3.2.3) ; qui possèdent un système national de notification et établissent des rapports annuels comportant des indicateurs correspondant aux quatre principales maladies non transmissibles (indicateur 3.3.4) ; iv) dotés d'un système national fonctionnel de surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé de la population adulte, fondé sur l'approche STEPwise de l'OMS (indicateur 6.2.1).

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

US \$4,5 millions sur une période de trois ans

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$1 million à tous les niveaux de l'Organisation

¹ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, Fédération de Russie, 28 et 29 avril 2011).

<p>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ? Oui</p>			
<p>4. Incidences financières Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ? Les dépenses seront couvertes au moyen de recettes provenant de contributions volontaires des États Membres et de contributions de partenaires internationaux.</p>			
<p>5. Incidences administratives</p> <p>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions) Tous les niveaux de l'Organisation</p> <p>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c) Non</p> <p>c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises) Tous les efforts seront faits pour tirer pleinement parti de détachements des États Membres et pour recourir à du personnel à court terme.</p> <p>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités) Trois ans pour toutes ces activités (le Secrétariat établit un plan d'exécution en conséquence)</p>			
<p>1. Résolution WHA64.12 Rôle de l'OMS dans le suivi de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010)</p>			
<p>2. Lien avec le budget programme</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Objectif stratégique :</p> <p>10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>10.4 Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.</p> <p>10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.</p> <p>10.11 Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.</p> </td> </tr> </table> <p>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</p> <p>L'appui aux travaux de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant devrait en principe :</p> <ul style="list-style-type: none"> déboucher sur une amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre les décisions aux niveaux national et mondial (résultat escompté 10.5) ; 		<p>Objectif stratégique :</p> <p>10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.</p>	<p>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>10.4 Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.</p> <p>10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.</p> <p>10.11 Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.</p>
<p>Objectif stratégique :</p> <p>10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.</p>	<p>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>10.4 Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.</p> <p>10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.</p> <p>10.11 Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.</p>		

- contribuer au renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays (résultat escompté 10.4) ;
- améliorer le suivi de l'utilisation des ressources aux niveaux national et mondial (résultat escompté 10.11) ;

Avec les indicateurs actuels, le meilleur moyen de mesurer les résultats de la mise en œuvre est d'utiliser la proportion des pays à revenu faible ou intermédiaire assurant un suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé satisfaisant aux normes adoptées (indicateur 10.4.1). À l'heure actuelle, 40 % des pays satisfont aux normes ; la cible est de 60 % d'ici 2013.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

US \$2,5 millions pour la fourniture d'un appui technique et administratif à la Commission.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$2,5 millions au Siège.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Non.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Contributions volontaires spécifiées apportées par des États Membres pour aider la Commission dans ses travaux.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Siège.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

La résolution peut être mise en œuvre par le personnel déjà en poste.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Sans objet.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

De janvier 2011 à septembre 2011.

1. Résolution WHA64.13 Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

4.1 Appui aux États Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé.

4.3 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux États Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, les progrès étant suivis.

4.4 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle, la mise en place d'interventions efficaces et le suivi des progrès.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La résolution a un lien direct avec les indicateurs 4.1.1, 4.3.1 et 4.4.1 ; les cibles dont sont assortis ces indicateurs serviront à mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

On estime que la mise en œuvre de la résolution couvrira la période 2011-2015. Le coût estimatif de la mise en œuvre de la résolution pendant cette période au Siège et dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays s'élève à US \$95,1 millions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Le coût estimatif pour le Secrétariat à tous les niveaux pour le reste de l'exercice serait de US \$9 510 000.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Les sources extrabudgétaires existantes sont insuffisantes pour absorber tous les coûts. Le supplément de fonds nécessaires est estimé à US \$500 000. Le Secrétariat s'efforcera de trouver des sources de financement supplémentaires pour assurer la mise en œuvre de la résolution.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Mise en œuvre dans toutes les Régions et tous les pays

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Sept membres du personnel supplémentaires en équivalent plein temps seront nécessaires – un de la classe P.5 au Siège et un de la classe P.4 dans chaque Région – pour appuyer la mise en œuvre de la résolution dans les Régions.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

2011-2015

1. Résolution WHA64.14 Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

La stratégie sur le VIH est également liée aux objectifs stratégiques 6, 7 et 11.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

Tous les résultats escomptés.

Tous les résultats escomptés.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Les objectifs de la stratégie sont conformes aux dispositions de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 et réaffirment des buts existants convenus au niveau international :

- instaurer l'accès universel à une prévention, un traitement et des soins complets concernant le VIH ;
- contribuer à la réalisation de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) et d'autres objectifs liés à la santé (3, 4, 5 et 8) et des cibles apparentées.

Les quatre cibles de la stratégie sur le VIH pour 2015 prennent appui sur les indicateurs et cibles du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS pour 2008-2013. Les cibles sont les suivantes :

- réduire le nombre de nouvelles infections : chez les 15-24 ans, réduire de 50 % le pourcentage de personnes infectées (comparé à l'année de référence 2009) ;
- éliminer le nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant : réduire le nombre de nouvelles infections à VIH de 90 % chez l'enfant (comparé à l'année de référence 2009) ;
- réduire la mortalité liée au VIH : faire chuter le nombre de décès liés au VIH de 25 % (comparé à l'année de référence 2009) ;
- réduire la mortalité liée à la tuberculose : faire chuter le nombre de décès dus à la tuberculose de 50 % (comparé à l'année de référence 2004).

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

US \$515 millions pour la période quinquennale 2011-2015

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$73 millions, dont plus des deux tiers devraient être supportés aux niveaux des Régions et des pays

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Les sources de financement comprennent : les contributions fixées ; les contributions volontaires de base ; le financement de base du cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA ; et les contributions volontaires directes d'États Membres et de fondations.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Le Secrétariat fournira un appui pour la mise en œuvre de la Stratégie à tous les niveaux de l'Organisation et dans toutes les Régions. Un projet de plan opérationnel détaillé pour la prochaine période biennale a été élaboré en indiquant les résultats spécifiques à chaque niveau de l'Organisation et pour chaque Région. Il conviendra particulièrement de veiller à ce que l'Organisation dispose de capacités adéquates au niveau des pays pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Le programme de l'OMS sur le VIH fait actuellement l'objet d'une procédure de remaniement destinée à identifier les compétences, les qualifications et la structure de dotation en personnel nécessaires pour mettre en œuvre la Stratégie. Le remaniement met l'accent sur le gain d'efficacité dans le cadre du programme sur l'ensemble du Secrétariat, y compris pour définir une répartition claire des tâches entre les trois niveaux de l'Organisation. Les résultats de la procédure de remaniement devraient être mis en œuvre d'ici à juillet 2011 et l'on s'attend à ce que les niveaux de dotation en personnel soient suffisants pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie. On prévoit qu'il sera peut-être nécessaire de procéder à certains ajustements dans la dotation en personnel pendant la période quinquennale pour répondre à des exigences en évolution.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Sans objet

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

La Stratégie sera mise en œuvre sur une période quinquennale. Des plans opérationnels détaillés seront formulés pour chaque période biennale.

1. Résolution WHA64.15 Choléra : dispositif de lutte et de prévention

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits ainsi que leurs effets sociaux et économiques.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

1.3 Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.

1.9 Interventions et action efficaces des États Membres et de la communauté internationale face aux situations d'urgence déclarées dues à des maladies épidémiques ou potentiellement pandémiques.

5.4 Fourniture aux États Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement. | 8.1 Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées). |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La résolution est conforme aux résultats escomptés d'une manière générale, et avec les éléments spécifiques mentionnés ci-après.

Base : fourniture d'un soutien ponctuel aux pays et aux bureaux régionaux en fonction des besoins exprimés.

Cible : pour l'exercice actuel, mettre au point une stratégie à moyen terme pour 2011-2016 et un plan d'action détaillé ainsi que les outils nécessaires : commencer la mise en œuvre dans trois Régions ; pour l'exercice 2012-2013, mettre le plan en œuvre dans trois Régions, et dans trois pays dans chaque Région ; pour l'exercice 2014-2015, poursuivre et élargir les activités dans trois Régions et ajouter les trois Régions restantes.

Indicateurs :

- a) fourniture d'informations et d'un soutien technique aux pays touchés par les flambées
- b) fourniture d'un soutien pour chacun des pays participants comme suit :
 - révision et actualisation du plan d'action national ; examen des activités de surveillance du choléra dans les pays dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies
 - recensement des zones sensibles et suivi des tendances au cours du temps
 - identification des besoins spécifiques en termes d'activités de préparation et de prévention, mise en œuvre et poursuite des activités de lutte au cours du temps (par exemple éducation sanitaire, sécurité sanitaire des aliments, eau et assainissement, mise en place de matériels à l'avance)
 - évaluation en vue de l'utilisation du vaccin et, le cas échéant, élaboration d'un plan d'introduction
 - mise en place d'une stratégie pour la formation des formateurs, la multiplication des ateliers nationaux et le contrôle de la qualité des activités de renforcement des capacités (par exemple dans les domaines de la prise en charge des cas et des moyens de laboratoire)
 - réalisation d'un suivi des résultats obtenus en fonction des indicateurs à recenser et à mettre au point
- c) tenue de réunions ordinaires avec les principales parties prenantes afin d'examiner les progrès accomplis et les meilleures pratiques dans divers domaines
- d) fourniture d'un soutien aux activités de recherche dans les domaines de l'évaluation des risques, de la mise au point d'un vaccin et des autres questions pertinentes.

3. Incidences budgétaires

- a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

Total pour cinq ans : US \$20 220 000 pour le personnel et les activités (dépenses d'appui au programme non incluses).

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)**

Personnel : US \$874 000 au niveau du Siège et US \$606 000 au niveau régional (Bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques et de la Méditerranée orientale).

Activités : US \$1 240 000, 57 % des dépenses étant encourues au niveau régional.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Les coûts associés aux flambées pourraient dans une certaine mesure être inclus dans les chiffres figurant dans le budget programme approuvé ; cela dépendra essentiellement de la gravité ou de la régularité des flambées. On ne s'attend pas à ce que les coûts associés aux actions préventives puissent être pris en compte dans le cadre des plafonds budgétaires actuels des objectifs stratégiques mentionnés ci-dessus.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Une stratégie à moyen terme sera mise au point et utilisée pour la mobilisation des ressources au niveau international et au niveau des pays.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Coordination mondiale, soutien technique et fixation de normes au niveau du Siège ; fonctionnement du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra avec la participation de tous les départements concernés. Activités au niveau régional et au niveau des pays mettant l'accent au cours du premier exercice sur la Région africaine, la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale, puis élargissement des activités à la Région de l'Asie du Sud-Est, à la Région européenne et à la Région du Pacifique occidental au cours des exercices suivants.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Au cours d'une période de cinq ans, il faudra quatre membres du personnel supplémentaires de la catégorie professionnelle à différents niveaux ; il faudra aussi du personnel supplémentaire de la catégorie des services généraux pour soutenir le personnel existant au Siège. Au niveau régional, on aura besoin pour chaque Région d'un spécialiste de la santé publique ou d'un épidémiologiste et d'un spécialiste de l'eau et de l'assainissement de la classe P.4.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

Une phase initiale de cinq ans.

1. Résolution WHA64.16 Éradication de la dracunculose

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

1.3 Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Cette résolution servira de cadre pour porter le nombre de pays et territoires certifiés exempts de dracunculose en vue de l'éradication de la maladie de 187 en 2010 à 193 en 2013.

<p>3. Incidences budgétaires</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$30 millions sur la durée de cinq ans envisagée dans la résolution (2011-2015).</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant) US \$12 740 000. Les dépenses seront encourues au Siège, dans les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et dans les bureaux de pays.</p> <p>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ? Oui.</p>
<p>4. Incidences financières</p> <p>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ? Sources extrabudgétaires existantes.</p>
<p>5. Incidences administratives</p> <p>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions) Siège, Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et pays de ces Régions.</p> <p>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Sinon, préciser les besoins sous c) Oui.</p> <p>c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises) Aucun.</p> <p>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités) 2011-2015.</p>

1. Résolution WHA64.17 Paludisme	
<p>2. Lien avec le budget programme</p> <p>Objectif stratégique :</p> <p>2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.</p>	<p>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.</p> <p>2.2 Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en œuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de</p>

traitement des toxicomanies, de soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.

2.3 Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale concernant les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels, des outils diagnostiques et des technologies de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, sang et produits sanguins sécurisés, matériel d'injection, et autres technologies et biens essentiels.

2.4 Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.

2.5 Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en œuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes touchées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

2.6 Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La résolution s'appuie sur la résolution 55/284 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui a proclamé la période 2001-2010 Décennie pour faire reculer le paludisme, particulièrement en Afrique ; sur la résolution WHA58.2 et la résolution WHA60.18 dans laquelle il a été décidé que la Journée mondiale du paludisme serait célébrée chaque année dans le monde. La résolution donne suite à l'appel lancé par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour une couverture universelle par des interventions de lutte contre le paludisme ; elle fournit aussi le cadre qui permettra d'atteindre toute la gamme des résultats escomptés, des cibles et des chiffres de base de l'objectif stratégique 2 liés à la lutte contre le paludisme tels qu'ils sont présentés dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013. En outre, ces résultats, cibles et chiffres de base sont conformes aux résultats escomptés et aux indicateurs figurant dans le Plan d'action mondial contre le paludisme du Partenariat Faire reculer le paludisme pour la période 2008-2015.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

La durée de la résolution va de 2011 à 2015. Pour le Secrétariat, le coût estimatif de la coordination de la pleine mise en œuvre après 2012 est de US \$500 000.

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)**

Un montant total de US \$250 000 est nécessaire pour permettre au secrétariat du Programme mondial de lutte antipaludique de commencer à travailler à la fourniture d'un soutien à la mise en œuvre.

- c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?**

Le coût estimatif sera couvert à 80 % par le budget programme approuvé.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Des sources extrabudgétaires de financement seront mobilisées.

5. Incidences administratives

- a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Le paludisme représente une menace majeure dans toutes les Régions et la mise en œuvre de la résolution exigera que des actions soient menées au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays où le paludisme est endémique.

- b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)**

Aucun poste supplémentaire ne devra être créé pour soutenir la mise en œuvre.

- c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)**

Voir b) ci-dessus.

- d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

Le calendrier de la résolution s'étend sur cinq ans.

1. Résolution WHA64.22 Amendements au Règlement financier

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

13.5 Prestation des services gestionnaires et administratifs nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Cette résolution a un lien avec l'exigence statutaire d'un rapport du Commissaire aux Comptes de l'OMS et la certification des comptes de l'Organisation. Le résultat escompté est une opinion sans réserve du Commissaire aux Comptes.

3. Incidences budgétaires

- a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

On estime que l'exigence pour le Commissaire aux Comptes de publier un rapport sur la vérification des états financiers annuels entraîne un coût additionnel compris entre US \$100 000 et US \$200 000 par exercice. Le montant sera connu lorsque les candidatures pour le poste de Commissaire aux Comptes pour la période comprenant deux exercices (2012-2015) seront reçues début 2011, et une fois le Commissaire aux Comptes nommé par l'Assemblée de la Santé en mai 2011.

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)**

Aucun.

<p>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ? Sans objet.</p>
<p>4. Incidences financières Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ? Par le budget ordinaire ou les frais généraux administratifs (dépenses d'appui au programme pour des contributions volontaires ou prélèvement en rapport avec l'occupation des postes).</p>
<p>5. Incidences administratives</p> <p>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions) L'exécution concernera principalement le Siège et le Centre mondial de Services ; les entités administrées – ONUSIDA, CIRC, Centre international de Calcul et Facilité internationale d'achat de médicaments – devront également faire l'objet de rapports annuels de vérification certifiée de leurs comptes. Le changement apporté au Règlement financier ne devrait pas affecter la fréquence des vérifications au niveau régional.</p> <p>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c) Pas de personnel supplémentaire nécessaire même si le Commissaire aux Comptes aura besoin de ressources additionnelles.</p> <p>c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises) Voir 5.b) ci-dessus.</p> <p>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités) Le premier rapport annuel de certification couvrira les états financiers 2012.</p>

1. Résolution WHA64.24 Eau potable, assainissement et santé	
2. Lien avec le budget programme	
<p>Objectif stratégique :</p> <p>8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.</p>	<p>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :</p> <p>8.1 Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées).</p> <p>8.2 Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple les enfants).</p> <p>8.4 Mise en place de principes directeurs, d'outils et d'initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans d'autres secteurs afin de permettre la définition et l'adoption de politiques pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.</p> <p>8.5 Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en traitant les effets émergents et réémergents du développement sur la salubrité de</p>

l'environnement et la modification des modes de consommation et de production, et en réagissant aux conséquences néfastes de l'évolution des technologies.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

L'eau potable, l'assainissement et les questions de santé recourent les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'objectif stratégique 8, en particulier le 8.1 (lignes directrices sur l'évaluation et la gestion des risques), le 8.2 (prévention primaire), le 8.4 (renforcement des capacités intersectorielles) et le 8.5 (suivi). Le renforcement des activités de prévention des maladies d'origine hydrique ou liées à l'absence de services d'assainissement est conforme aux résultats escomptés au titre de l'objectif stratégique, et la mise en œuvre de la résolution se reflétera dans les indicateurs et les cibles des résultats escomptés mentionnés ci-dessus.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Outre ce qui est prévu dans le budget programme actuel, le coût estimatif pour la période 2012-2013 s'élève à US \$3 940 000. Par la suite, le coût régulier par exercice est estimé à environ US \$21 millions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$985 000 (25 % de US \$3 940 000 pour les six derniers mois de l'exercice)

Les coûts seront encourus au Siège et, au niveau des bureaux régionaux, dans les bureaux qui manquent de conseillers spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de la santé, à savoir les Bureaux régionaux de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Non

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Des fonds volontaires supplémentaires sont recherchés ; un certain nombre de parties se sont montrées intéressées.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

L'exécution comportera des activités aux niveaux mondial, régional et des pays. Le Siège aura un rôle de coordination et de gestion, fournira des orientations et fixera des normes, et soutiendra l'exécution des activités.

Les bureaux régionaux appuieront les activités concernant la surveillance, la gestion de la sécurité sanitaire de l'eau, le renforcement des capacités et les approches propres à des environnements spécifiques.

Les projets spécialement axés sur les pays nécessiteront la participation du personnel du bureau de pays pour assurer une mise en œuvre satisfaisante.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Le personnel supplémentaire suivant sera nécessaire : un responsable du suivi de la classe P.5 ; un fonctionnaire technique de la classe P.3 à l'appui de l'évaluation annuelle sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde de l'ONU-Eau ; deux fonctionnaires techniques de la classe P.4, l'un pour s'occuper spécialement de la gestion des eaux usées et l'autre des stratégies sanitaires nationales pour favoriser la réalisation du droit fondamental à l'eau et à l'assainissement ; et trois conseillers régionaux pour les questions d'eau, d'assainissement et de santé de la classe P.4, un dans chaque Bureau régional (Afrique, Méditerranée orientale et Pacifique occidental).

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

2010-2011. Après de nombreuses consultations sur la mise au point d'une nouvelle génération de cibles et d'indicateurs de surveillance de l'eau et de l'assainissement après 2015, un certain nombre de groupes de travail sera activé dès le 1^{er} juillet 2011, avec des effectifs augmentant au fur et à mesure des besoins. 2012-2013. La phase de démarrage et la coordination des activités stratégiques devront être achevées ; par la suite, la mise en œuvre des activités se fera de façon continue.

1. Résolution WHA64.27 Prévention des traumatismes chez l'enfant**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes et à la déficience visuelle.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

3.1 Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les états Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.2 Fourniture de conseils et d'un soutien aux états Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.3 Amélioration de la capacité des états Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.5 Fourniture de conseils et d'un soutien aux états Membres pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

3.6 Fourniture de conseils et d'un soutien aux états Membres pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé et systèmes sociaux à prévenir et prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La présente résolution propose un cadre qui contribuera à la réalisation des résultats escomptés, eu égard aux indicateurs, cibles et bases prévus.

3. Incidences budgétaires**a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

Cette résolution devrait s'échelonner sur 10 ans (2011-2021). Le coût estimatif des activités du Secrétariat à l'appui de la mise en œuvre s'établit à US \$10 millions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Si cette résolution est adoptée par l'Assemblée de la Santé en mai 2011, le coût estimatif des activités pertinentes du Secrétariat pour l'exercice 2010-2011 se monterait à US \$500 000. Il serait supporté à tous les niveaux de l'Organisation.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui.

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Les sources extrabudgétaires existantes ne permettent pas de financer intégralement ce coût. Le Secrétariat recherchera des sources de financement complémentaires.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions) :

L'ensemble des Régions et pays de l'OMS.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Sinon, préciser les besoins sous c).

Non.

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Au Siège, un fonctionnaire de la classe P.4 serait nécessaire pour coordonner les activités de suivi.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

2011-2021.

1. Résolution WHA64.28 Risques pour la santé des jeunes

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle.

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.

7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.

4.6 Fourniture d'un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent pour l'extension d'un ensemble d'interventions efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins conformément aux normes établies.

politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

Cette résolution a un lien direct avec l'indicateur 4.6.1. De plus, elle est liée à plusieurs indicateurs et cibles correspondant aux objectifs stratégiques définis dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié (projet) (version révisée, avril 2009).¹ Il s'agit des indicateurs et cibles suivants : objectif stratégique 2, deuxième point ; objectif stratégique 3, les trois points ; objectif stratégique 6, les trois points ; objectif stratégique 7, premier point ; et objectif stratégique 9, troisième point.

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

La période couverte par la résolution est estimée à 10 ans (2011-2021). Le coût estimatif pour le Secrétariat de la mise en œuvre de la résolution pendant cette période au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays est de US \$105 millions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Le coût estimatif pour le Secrétariat à tous les niveaux pour le reste de l'exercice serait de US \$5,3 millions.

c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?

Oui

4. Incidences financières

Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?

Les fonds existants sont insuffisants pour absorber tous les coûts. Le supplément de fonds nécessaire est estimé à US \$530 000. Le Secrétariat trouvera d'autres sources de financement pour obtenir les fonds nécessaires à la mise en œuvre de la résolution.

5. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Mise en œuvre dans toutes les Régions et tous les pays.

b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)

Non

c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Deux membres du personnel supplémentaires de la classe P.4 sont nécessaires, un au Bureau régional de l'Afrique et l'autre au Bureau régional du Pacifique occidental, pour appuyer l'action en faveur de la santé des jeunes dans ces Régions.

d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)

2011-2021

¹ Disponible en ligne à l'adresse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/MTSP3-fr.pdf (consulté le 17 mai 2011).

1. Décision WHA64(11) Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique	
2. Lien avec le budget programme	
Objectif stratégique : 1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation : 1.7 Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
Dans la décision, l'Assemblée de la Santé réaffirme la nécessité de parvenir à un consensus sur une nouvelle date proposée pour la destruction des stocks de virus variolique lorsque les résultats des recherches essentielles pour améliorer l'action de santé publique face à une flambée le permettront. La décision va donc dans le sens du résultat escompté précité et de son indicateur.	
3. Incidences budgétaires	
a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la décision (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
Les coûts estimés sont de US \$1 540 000 par an pendant toute la durée de la décision ; des rapports devront être présentés à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)	
US \$770 000 au niveau du Siège	
c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?	
Un montant de US \$410 000 est déjà inclus.	
4. Incidences financières	
Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?	
Un financement volontaire supplémentaire sera sollicité.	
5. Incidences administratives	
a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)	
Le Siège, en coordination avec les Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe (visites d'inspection des conservatoires)	
b) La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)	
Des compétences techniques en matière de procédures logistiques spéciales seront nécessaires, mais le redéploiement du personnel en poste permettra de disposer des compétences requises.	
c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)	
Sans objet	
d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)	
La mise en œuvre devrait débuter aussitôt que possible après l'adoption de la décision. La décision ne précise pas la date à laquelle le programme prendra fin.	