



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

**CONSEIL EXÉCUTIF**  
**CENT VINGT-HUITIÈME SESSION**  
**GENÈVE, 17-24 JANVIER 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**

Le Conseil exécutif a tenu sa cent vingt-huitième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 17 au 24 janvier 2011. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les résolutions et décisions et les annexes s’y rapportant, ainsi que la composition des comités et groupes de travail. Les procès-verbaux des débats du Conseil et la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs sont publiés dans le document EB128/2011/REC/2.



## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Pages</b>
Avant-propos.....	iii
Ordre du jour.....	vii
Liste des documents.....	xi

## RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

### Résolutions

EB128.R1	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
EB128.R2	Barème des contributions 2012-2013.....	3
EB128.R3	Amendements au Règlement financier.....	8
EB128.R4	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel.....	8
EB128.R5	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général.....	9
EB128.R6	Éradication de la dracunculose.....	10
EB128.R7	Choléra : dispositif de lutte et de prévention.....	11
EB128.R8	Structures durables de financement de la santé et couverture universelle.....	14
EB128.R9	Renforcement des personnels de santé.....	18
EB128.R10	Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé.....	23
EB128.R11	Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux.....	26
EB128.R12	Renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides.....	30
EB128.R13	Paludisme.....	32
EB128.R14	Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.....	36
EB128.R15	Prévention des traumatismes chez l'enfant.....	38
EB128.R16	Relations avec les organisations non gouvernementales.....	42

## TABLE DES MATIÈRES

---

	<b>Pages</b>
<b>Décisions</b>	
EB128(1)	Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS ..... 43
EB128(2)	Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha ..... 43
EB128(3)	Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé ..... 44
EB128(4)	Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé ..... 44
EB128(5)	Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé ..... 44
EB128(6)	Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique..... 44
EB128(7)	Amendements aux Statuts du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique ..... 45
EB128(8)	Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ..... 45
EB128(9)	Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ..... 45
EB128(10)	Date et lieu de la cent vingt-neuvième session du Conseil exécutif ..... 46

## ANNEXES

1.	Amendements au Règlement financier ..... 49
2.	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel ..... 51
3.	Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l'OMS en application, respectivement, de la résolution EB128.R16 et de la décision EB128(1)..... 64
4.	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif..... 66

# ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>

## *Numéro du point*

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
4. Questions techniques et sanitaires
  - 4.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
  - 4.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)
  - 4.3 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle
    - Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
  - 4.4 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)
  - 4.5 Renforcement des systèmes de santé
  - 4.6 La vaccination dans le monde : vision et stratégie
  - 4.7 Projet de stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015
  - 4.8 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
  - 4.9 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
  - 4.10 Choléra : dispositif de lutte et de prévention
  - 4.11 Paludisme
  - 4.12 Éradication de la dracunculose
  - 4.13 Lèpre (maladie de Hansen)

---

<sup>1</sup> Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (17 janvier 2011).

- 4.14 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)
- 4.15 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : plan d'application
- 4.16 Prévention des traumatismes chez l'enfant
- 4.17 Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière : projet de plan d'action
- 5. Le financement futur de l'OMS
- 6. Questions relatives au programme et au budget
  - 6.1 Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution
  - 6.2 Exécution du budget programme 2010-2011 : mise à jour
  - 6.3 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2012-2013
- 7. Questions financières
  - 7.1 Barème des contributions 2012-2013
  - 7.2 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
- 8. Questions administratives
  - 8.1 Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
  - 8.2 Rapports des comités du Conseil exécutif
    - Comité permanent des organisations non gouvernementales
    - Fondations et distinctions
  - 8.3 Ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent vingt-neuvième session du Conseil exécutif
- 9. Questions relatives au personnel
  - 9.1 Ressources humaines : rapport annuel
  - 9.2 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
  - 9.3 Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
  - 9.4 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS



10. Questions soumises pour information

10.1 Rapports des organes consultatifs

- Comités d'experts et groupes d'étude
- Comité consultatif de la Recherche en Santé

10.2 Rapports de situation

- A. Plan-cadre d'équipement (résolution WHA63.7)
- B. Sûreté et sécurité du personnel et des locaux (résolution WHA63.6)
- C. Éradication de la poliomyélite (résolution WHA61.1)
- D. Lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe (résolution WHA56.19)
- E. Lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine (résolution WHA47.32)
- F. Changement climatique et santé (résolutions WHA61.19 et EB124.R5)
- G. Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes (résolution WHA63.26)
- H. Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets (résolution WHA63.25)
- I. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31)
- J. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16)
- K. 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)
- L. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16)
- M. 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)

11. Clôture de la session

---



## LISTE DES DOCUMENTS

EB128/1 Rev.1	Ordre du jour <sup>1</sup>
EB128/1 (annoté) Rev.1	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB128/2	Rapport du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session
EB128/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB128/4	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
EB128/5	Application du Règlement sanitaire international (2005)
EB128/5 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 pandémie de grippe A (H1N1) 2009
EB128/6	Constitution d'un groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
EB128/7	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
EB128/8	Renforcement des systèmes de santé : améliorer le soutien au dialogue de politique générale au sujet des politiques, des stratégies et des plans sanitaires nationaux
EB128/9	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
EB128/10	Projet de stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015
EB128/11	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetement étiquetés/falsifiés/contrefaits
EB128/12	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
EB128/13	Choléra
EB128/13 Add.1 Rev.1	Choléra : dispositif de lutte et de prévention

---

<sup>1</sup> Voir p. vii.

EB128/13 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 <sup>1</sup>
EB128/14	Paludisme
EB128/14 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 <sup>1</sup>
EB128/15	Éradication de la dracunculose
EB128/15 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 <sup>1</sup>
EB128/16	Lèpre (maladie de Hansen)
EB128/17	Lutte contre les maladies non transmissibles
EB128/18	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : plan d'application
EB128/19 et Add.1 Rev.1	Prévention des traumatismes chez l'enfant
EB128/19 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 <sup>1</sup>
EB128/20	Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière : projet de plan d'action
EB128/21	Le financement futur de l'OMS
EB128/22	Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
EB128/23	Exécution du budget programme 2010-2011 : mise à jour
EB128/24	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2012-2013
EB128/25	Barème des contributions 2012-2013
EB128/26 et Corr.1	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 4.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 1.

## LISTE DES DOCUMENTS

---

EB128/26 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 <sup>1</sup>
EB128/27	Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
EB128/28	Rapports des comités du Conseil exécutif : Comité permanent des Organisations non gouvernementales <sup>2</sup>
EB128/28 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 <sup>1</sup>
EB128/29	Distinctions
EB128/30 Rev.1	Ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
EB128/31 et Add.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB128/32	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB128/33	Rapports des comités d'experts et groupes d'étude
EB128/33 Add.1	Rapports des organes consultatifs : comités d'experts et groupes d'étude – Tableaux et comités d'experts et leur composition
EB128/34	Rapports des organes consultatifs : Comité consultatif de la Recherche en Santé
EB128/35 et Add.1	Rapports de situation
EB128/36	Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel <sup>3</sup>
EB128/36 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 <sup>1</sup>
EB128/37	Renforcement des systèmes de santé : tendances et défis actuels

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 4.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 3.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 2.

**DOCUMENTS D'INFORMATION**

EB128/INF.DOC./1	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
EB128/INF.DOC./2	Le financement futur de l'OMS : synthèse d'une consultation
EB128/INF.DOC./3	Le financement futur de l'OMS : résumé des conclusions du Directeur général

**DIVERS**

EB128/DIV/1 Rev.1	Liste des membres et autres participants
EB128/DIV/2	Emploi du temps quotidien préliminaire
EB128/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
EB128/DIV/4	Liste des documents

---

## RÉSOLUTIONS

### **EB128.R1      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)**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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 qu'il faut s'efforcer d'améliorer la transparence et la responsabilisation en matière de coopération internationale pour le développement, 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 du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, 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

---

<sup>1</sup> Document EB128/7.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

plus efficaces pour le compte rendu, la surveillance et la responsabilisation 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 ;

Se félicitant de la création de la Commission de l'Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant, composée de représentants de haut niveau ;

Notant que les objectifs de la Commission de l'Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant sont :

- 1) de définir les modalités institutionnelles internationales pour le compte rendu, la surveillance et la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant au niveau mondial : ce cadre de responsabilisation portera à la fois sur les résultats et les ressources et définira les rôles des différents partenaires concernés ;
- 2) de déterminer les moyens d'améliorer le suivi des progrès en matière de santé de la femme et de l'enfant tout en réduisant au maximum la charge du compte rendu pour les pays : ensemble d'indicateurs de base, investissement efficace dans la production de données et meilleur partage des données ;
- 3) de proposer des mesures pour surmonter les principaux obstacles à la responsabilisation au niveau des pays, notamment en renforçant les capacités des pays et en comblant les principales lacunes en matière de données, y compris concernant la surveillance des faits d'état civil ;
- 4) de recenser les possibilités d'innovation offertes par les technologies de l'information susceptibles de faciliter un meilleur compte rendu des résultats et de l'utilisation des ressources, et de proposer des moyens de faire en sorte que ces possibilités soient exploitées au maximum dans l'intérêt des pays ;

Soulignant qu'il faudrait aussi s'intéresser à la question de l'équité et des 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 de l'Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant devrait prendre en compte les données pertinentes déjà recueillies, ainsi que les indicateurs de performance existants ;

PRIE le Directeur général :

- 1) de veiller à ce que toutes les parties prenantes essentielles s'engagent effectivement dans les travaux de la Commission de l'Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant ;



2) de faire rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état d'avancement des travaux de la Commission de l'Information et de la Responsabilisation en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant dans le cadre de l'examen du point de l'ordre du jour relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement.

(Cinquième séance, 19 janvier 2011)

## **EB128.R2 Barème des contributions 2012-2013**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le barème des contributions 2012-2013,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le barème des contributions 2012-2013,

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

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2012-2013</b>
	%
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

<sup>1</sup> Document EB128/25.

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2012-2013</b>
	%
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
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

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2012-2013</b>
	%
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
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

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2012-2013</b>
	%
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
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

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2012-2013</b>
	<b>%</b>
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
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

(Septième séance, 20 janvier 2011)

**EB128.R3 Amendements au Règlement financier<sup>1</sup>**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière en ce qui concerne notamment la vérification des états financiers annuels et l'adoption complète des normes comptables internationales du secteur public ;<sup>2</sup>

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

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>3</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement financier ;

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<sup>1</sup> avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

(Huitième séance, 20 janvier 2011)

**EB128.R4 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel<sup>4</sup>**

Le Conseil exécutif

1. CONFIRME, conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel, les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel avec effet au 1<sup>er</sup> février 2011 en ce qui concerne le classement des postes, les examens médicaux et vaccinations, la promotion, la mutation, les congés annuels, le congé sans traitement, le congé de maladie, le congé de maladie sous régime d'assurance et la suppression de postes, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011 en ce qui concerne la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur, et avec effet à compter de l'année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2011 en ce qui concerne l'allocation pour frais d'études.

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 1.

<sup>2</sup> Document EB128/26.

<sup>3</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>4</sup> Voir l'annexe 2, et à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

2. PRIE le Directeur général de soumettre pour examen à la cent vingt-neuvième session du Conseil exécutif une révision de l'article 420.2 du Règlement du Personnel qui rendrait plus rigoureux les critères d'octroi des engagements continus et d'inclure dans sa proposition une enveloppe proposée pour les engagements continus fondée sur les besoins en personnel de base de l'OMS.

(Huitième séance, 20 janvier 2011)

### **EB128.R5 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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<sup>er</sup> janvier 2011.

(Huitième séance, 20 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> Document EB128/36.

**EB128.R6 Éradication de la dracunculose**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la dracunculose,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la dracunculose ;

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 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 ;<sup>3</sup>

Notant 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 moins de 3200 cas notifiés en 2009 et à 1435 cas notifiés<sup>4</sup> en 2010 (jusqu'en août) ;

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 de boisson sans risque sanitaire, 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 de boisson sans risque sanitaire, 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

---

<sup>1</sup> Document EB128/15.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

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

<sup>4</sup> Chiffres provisoires.



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 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 tous les deux ans 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.

(Huitième séance, 20 janvier 2011)

## **EB128.R7 Choléra : dispositif de lutte et de prévention**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le choléra, traitant des dispositifs de lutte et de prévention,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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 ;

---

<sup>1</sup> Document EB128/13.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

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 ;<sup>1</sup>

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

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, une meilleure hygiène, 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 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 ;

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 l'action humanitaire recoupe les responsabilités de l'UNICEF 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 de boisson sans risque sanitaire 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 que la lutte contre le choléra entre aujourd'hui 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 et ne doit pas s'y substituer ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :<sup>2</sup>

- 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

---

<sup>1</sup> Relevé épidémiologique hebdomadaire, **85**(13) : 117-128.

<sup>2</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

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 effectivement la surveillance de cette maladie 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 les activités de planification voulues, d'appliquer la vaccination, le cas échéant, en même temps que d'autres méthodes recommandées de prévention et de lutte complémentaires qui ne s'y substitueraient pas ;

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 ;

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 ;

- 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 sur les efforts déployés en matière de prévention et de lutte.

(Neuvième séance, 21 janvier 2011)

## **EB128.R8 Structures durables de financement de la santé et couverture universelle**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*,<sup>3</sup> qui a reçu un large soutien à la Conférence ministérielle 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 ;

---

<sup>1</sup> Documents EB128/8 et EB128/37.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> 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.

Rappelant 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 des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, tels que 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), 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*<sup>1</sup> 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 ;

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 ;

---

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

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

- 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, que cette aide extérieure obéisse de plus en plus aux principes d'efficacité de l'aide, et qu'elle contribue 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 ;
- 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 gestion 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 ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

10) à échanger leurs données d'expérience et les enseignements importants au niveau international afin d'encourager les initiatives nationales, soutenir les décideurs et 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 ;

2. PRIE le Directeur général :

1) 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 ;

2) 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 ;

3) d'établir un plan d'action qui permette à l'OMS 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* ;<sup>1</sup>

4) de préparer une estimation, ventilée par pays et Régions de l'OMS, du nombre de personnes couvertes par l'assurance-maladie de base donnant accès à des soins et services de santé de base ;

5) d'apporter, en réponse aux demandes des États Membres, un soutien technique au renforcement des capacités et de l'expertise 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 complets pour tous ;

6) 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 ;

7) 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, 21 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> 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.

**EB128.R9      Renforcement des personnels de santé**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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 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,<sup>3</sup> 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 prendre des mesures 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 du dosage de compétences des personnels 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 ;

---

<sup>1</sup> Documents EB128/8 et EB128/37.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> Adopté dans la résolution WHA63.16.



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 ;<sup>1</sup>

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*,<sup>2</sup> 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 monde, 2008*,<sup>3</sup> ainsi que le développement de la couverture des services de santé, comme le décrit le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* ;<sup>4</sup>

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 ;

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008.

<sup>4</sup> 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.

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 :<sup>1</sup>

- 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, 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 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 ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

7) 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 d'un milieu de travail sûr et favorable, 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 ;

8) 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 ;

9) 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 de créer des synergies 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 efficaces 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, et de leur fournir l'appui nécessaire, à élaborer et conserver un cadre pour les systèmes d'information sur les personnels de santé, 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, la palette 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 intéressante tant les pays en développement que les pays développés sur les politiques et les interventions efficaces et efficaces 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 efficaces 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, 21 janvier 2011)

**EB128.R10      Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé**

Le Conseil exécutif

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>1</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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 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 sont tenus de protéger la santé, la sécurité et le bien-être de leurs populations et de 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 ;

Déplorant le tragique et très lourd tribut, en termes de pertes de vies humaines, de traumatismes, de maladies et d'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 les autres infrastructures sanitaires, 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 galopante 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 pour de nombreux pays et collectivités ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

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 toutes 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 que l'OMS joue un rôle important, en tant que membre du système de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes et que chef de file du Groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire, et 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, 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 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 :<sup>1</sup>

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)<sup>2</sup> dans le cadre des systèmes nationaux et infranationaux de santé, appuyés par des mesures législatives, réglementaires et autres dispositions, 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 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 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 ;

4) à promouvoir la collaboration aux niveaux régional et infrarégional, 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 ;

5) à renforcer le rôle que joue le personnel de santé local dans le système de gestion des urgences sanitaires de manière à garantir un encadrement et des prestations de santé au niveau local par une amélioration de la planification, de la formation et de l'accès à d'autres ressources ;

2. 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 ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

<sup>2</sup> 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) 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 ;
3. 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 à l'action menée par l'OMS dans tous les domaines qui intéressent la santé au plan international.

(Dixième séance, 21 janvier 2011)

## **EB128.R11      Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports sur le renforcement des systèmes de santé,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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

---

<sup>1</sup> Documents EB128/8 et EB128/37.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.



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 de 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 meilleure fidélisation<sup>1</sup> constituent une base factuelle pour l'élaboration de politiques nationales visant à fidéliser les personnels infirmiers et obstétricaux en milieu rural ;

Prenant note du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;<sup>2</sup>

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 ;

---

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

<sup>2</sup> Adopté dans la résolution WHA63.16.

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 ;<sup>1</sup>

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 ;<sup>2</sup>

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

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à afficher leur volonté de renforcer les 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 ;
- 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 de début de carrière pour la formation pédagogique et technique du personnel infirmier et des sages-femmes ; une attention particulière doit être accordée à la mise en place d'un ensemble complet d'activités pédagogiques nécessaires pour obtenir le niveau de compétences requis des chercheurs en soins infirmiers et obstétricaux ;
- 5) 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 ;

---

<sup>1</sup> Voir les documents A61/17 et A63/27.

<sup>2</sup> Document WHO/HRH/HPN/10.1.

- 6) 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 ;
- 7) 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 ;
- 8) 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 et la mise en place de milieux de travail satisfaisants ;
- 9) introduire les interventions 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 ;<sup>1</sup>
- 10) appliquer le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé vu les conséquences qu'entraîne au niveau national la perte de personnel infirmier qualifié ;

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 ;

---

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

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 la Soixante-Cinquième et à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Dixième séance, 21 janvier 2011)

### **EB128.R12      Renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement des systèmes de santé : améliorer le soutien au dialogue de politique générale au sujet des politiques, des stratégies et des plans sanitaires nationaux,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Compte tenu de l'importance des grandes orientations suggérées dans les rapports sur la santé dans le monde, 2008 et 2010 ;<sup>3</sup> de la résolution WHA62.12 sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris ; des résolutions 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 », 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 AFR/RC60/R1 « Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la Région africaine » ; ainsi que des documents 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 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 ;

---

<sup>1</sup> Document EB128/8.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> 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.

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, 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 produisant les résultats escomptés ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

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 ;

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 les adapter pour tenir compte de 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 ;

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, harmonisation, alignement, 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 conduire le 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, harmonisation, alignement, 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, 21 janvier 2011)

### **EB128.R13 Paludisme**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;

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

---

<sup>1</sup> Document EB128/14.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

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 ;

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 ;

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 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 ;<sup>1</sup>

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à continuer d'accorder au paludisme une place prioritaire dans les programmes politiques et de développement, à préconiser 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

---

<sup>1</sup> Résolution RBM/BOM/2010/RES.1 29.

l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, ainsi que les 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 atteindre et maintenir l'accès universel aux interventions, et la couverture universelle par ces dernières, 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 par des stratégies bien conçues et bien appliquées de remplacement des moustiquaires à imprégnation durable et par une communication ciblée concernant leur utilisation ;

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 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 la rotation des insecticides utilisés pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, et en utilisant des insecticides – approuvés pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent – appartenant à des classes d'insecticide autres que les pyréthrinoïdes et les composés présentant une résistance croisée avec les pyréthrinoïdes 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 des 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 ;
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, comme les populations tribales menacées par le paludisme selvatique et les populations en situation de fragilité ;
  - 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 ;
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 mondiaux 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'endiguement 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 afin de renforcer leurs capacités pour satisfaire aux normes de présélection de l'OMS ;
- 6) de fournir un appui aux autorités nationales de réglementation qui le demandent afin de renforcer leurs capacités concernant les normes de bonnes pratiques de fabrication et les normes de présélection de l'OMS ;
- 7) 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.

(Onzième séance, 22 janvier 2011)

## **EB128.R14 Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé**

Le Conseil exécutif,

Inspiré par les buts et principes de la Charte des Nations Unies, et notamment par son Article 101, paragraphe 3 ;

Tenant compte de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, et notamment de son article 31 ;

Réaffirmant que les critères à remplir par le candidat pour le poste de Directeur général, tels qu'ils ont été adoptés par le Conseil exécutif dans la résolution EB97.R10, sont toujours d'actualité ;

Reconnaissant l'importance d'un renforcement ultérieur de la transparence, de la justice et de l'équité entre les États Membres des six Régions de l'Organisation mondiale de la Santé dans le processus et la méthode de désignation et de nomination du Directeur général de l'Organisation ;

Conscient que les candidats retenus pour le poste de Directeur général peuvent être originaires de n'importe laquelle de ces Régions, mais que jusqu'ici les candidats nommés à ce poste ont été originaires de trois Régions de l'Organisation seulement sur les six ;

Reconnaissant la nécessité de dûment tenir compte de l'importance du recrutement des prochains Directeurs généraux sur une base géographique aussi large que possible parmi les États Membres des six Régions de l'Organisation ;

Ayant examiné le rapport sur l'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup> et tenant compte d'un rapport antérieur du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;<sup>2</sup>

1. DÉCIDE de créer un groupe de travail à durée limitée, axé sur les résultats et ouvert à tous les États Membres,<sup>3</sup> chargé du processus et des méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;

2. PRIE le Directeur général de convoquer le plus rapidement possible le groupe de travail sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, et de faciliter ses travaux ;

3. DÉCIDE que le groupe de travail sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé examinera les questions ci-après afin d'accroître la justice, la transparence et l'équité entre les États Membres des six Régions de l'Organisation mondiale de la Santé en ce qui concerne le processus de désignation et de nomination du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé :

1) étudier et analyser tous les aspects du processus de désignation et de nomination du Directeur général ;

2) définir, à la lumière des préoccupations actuelles d'un nombre important d'États Membres concernant le processus et les méthodes de désignation et de nomination, les règles, les procédures et/ou les mesures pouvant être révisées, renforcées et/ou ajoutées pour améliorer la transparence, la justice et l'équité de l'élection du Directeur général afin, notamment, de garantir que son recrutement soit conforme aux dispositions de l'Article 101, paragraphe 3, de la Charte des Nations Unies ;

3) formuler des recommandations spécifiques à cet égard ;

4. DÉCIDE EN OUTRE que, dans l'accomplissement de sa tâche, le groupe de travail sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé tiendra compte de toute la documentation et de toutes les résolutions pertinentes de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies ;

5. DÉCIDE ENFIN que le groupe de travail sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé présentera un rapport de situation à la

---

<sup>1</sup> Document EB128/27.

<sup>2</sup> Document EB122/17.

<sup>3</sup> Et, le cas échéant, aux organisations d'intégration économique régionale.

Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et un rapport final, contenant ses recommandations sur les questions énoncées au paragraphe 3 ci-dessus, à la cent trentième session du Conseil exécutif pour permettre à celui-ci de formuler ses recommandations finales à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

## **EB128.R15      Prévention des traumatismes chez l'enfant**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant,<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

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 sur les 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 sur les 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 en ce qui concerne 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 ;

---

<sup>1</sup> Document EB128/19.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

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, 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 ;

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* établi conjointement par l'OMS et l'UNICEF<sup>1</sup> 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'engagement qu'ils ont pris 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* établi conjointement par l'OMS et l'UNICEF,<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> *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.

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 ;

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 assurer 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, 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 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 dispositif de communication et d'échange d'informations sur les traumatismes chez l'enfant et des activités de prévention dans ce domaine afin d'assurer la coopération et la coordination nécessaires entre toutes les parties concernées ;
- 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 ;<sup>1</sup>
- 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.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> Note du Secrétariat de l'OMS : Il ressort du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant* que 558 000 des 950 366 décès de jeunes de moins de 20 ans qui ont été notifiés sont survenus dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans la Région africaine.

**EB128.R16      Relations avec les organisations non gouvernementales<sup>1</sup>**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales,<sup>2</sup>

1. DÉCIDE d'admettre à des relations officielles avec l'OMS la Collaboration Cochrane, Lifting The Burden et la Stichting Global Initiative on Psychiatry – Fondation internationale pour la promotion de soins de santé mentale empreints d'humanité, conformes à l'éthique et efficaces dans le monde entier<sup>3</sup> ;
2. DÉCIDE de mettre fin aux relations officielles avec l'Association des Instituts et Écoles de Médecine tropicale d'Europe, l'Association du Commonwealth pour la Santé et la Lutte contre l'Incapacité, la Coalition internationale antitabac des Organisations non gouvernementales, l'International Association of Medical Regulatory Authorities, l'Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome, l'Organisation mondiale du Mouvement scout, l'Union internationale pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources et Soroptimist International.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 3, et à l'annexe 4 les incidences financières et administratives qu'aura l'adoption de cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document EB128/28.

<sup>3</sup> Connue sous le nom de Global Initiative on Psychiatry



## DÉCISIONS

### **EB128(1) Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l’OMS**

Le Conseil exécutif, ayant procédé à l’examen et pris note du rapport de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales<sup>1</sup> concernant l’examen d’un tiers de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l’OMS, et donnant suite à la résolution EB126.R17 et à la décision EB126(5), a décidé ce qui suit.

Prenant note avec satisfaction de la collaboration avec l’OMS des organisations non gouvernementales dont les noms sont suivis d’un astérisque dans l’annexe au rapport<sup>2</sup> et se félicitant de l’intérêt que ces organisations continuent de manifester pour l’action de l’OMS, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre ces organisations et l’OMS.

Prenant note des rapports concernant les relations entre l’OMS et le Conseil international des Femmes, la Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques et la Ligue internationale La Leche, le Conseil a décidé de reporter l’examen des relations avec ces organisations non gouvernementales à sa cent trentième session. Il a décidé en outre de demander, le cas échéant, qu’il lui soit précisé à sa cent trentième session où en sont les relations ainsi que les rapports sur les mesures prises pour convenir de plans de collaboration.

Prenant note des efforts menés avec succès pour convenir de plans de collaboration, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l’OMS et l’Association internationale d’Hydatidologie, la Fédération internationale de Chimie clinique et Médecine de Laboratoire et l’International Society for Telemedicine & eHealth.

Notant que les échanges se sont poursuivis pour convenir d’un plan de collaboration, le Conseil a décidé de reporter d’une année supplémentaire l’examen des relations avec la Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical. L’examen de ces relations sera soumis au Conseil à sa cent trentième session.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

### **EB128(2) Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha pour 2011 au Professeur Amjad Daoud Niazi (Iraq) pour son importante contribution à l’action de santé publique en Iraq. Le lauréat recevra l’équivalent de CHF 2500 en dollars des États-Unis.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> Voir l’annexe 3.

<sup>2</sup> Voir le document EB128/28.

**EB128(3) Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué conjointement le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2011 au Dr Eva Siracká (Slovaquie) et à la Fraternidad Pequeña Familia de María – Albergue de María (Panama) pour leurs travaux remarquables et novateurs en matière de développement sanitaire. Le Dr Siracká recevra, en tant que lauréate individuelle, US \$30 000, et la Fraternidad Pequeña Familia de María – Albergue de María recevra, en tant qu'organisation, US \$40 000.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(4) Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé, a attribué conjointement le Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé pour 2011 à Aged Care (Maldives) et à l'Association tchadienne Communauté pour le Progrès pour leurs remarquables travaux en matière de développement sanitaire. Les lauréats recevront chacun US \$20 000.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(5) Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation de l'État du Koweït pour la Promotion de la Santé, a attribué conjointement le Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé pour 2011 à M. Wang Dechen (Chine) et à l'Association tchadienne Communauté pour le Progrès pour leur remarquable contribution à la recherche en promotion de la santé. Les lauréats recevront chacun US \$20 000.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(6) Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique, a attribué le Prix Dr LEE Jong-wook pour 2011 à l'Institut Clodomiro Picado (Costa Rica) pour sa contribution exceptionnelle à la lutte contre les maladies tropicales négligées. Le lauréat recevra US \$85 000.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(7) Amendements aux Statuts du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique**

Conformément aux dispositions de l'article 10 des Statuts du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique, le Conseil exécutif a approuvé la recommandation du Groupe de sélection du Prix Dr LEE Jong-wook visant à ce que les articles 2, 3 et 4 des Statuts du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique soient révisés afin : i) de tenir compte d'un changement du nom du fondateur ; ii) d'augmenter le montant du Prix de US \$85 000 à US \$100 000 et de modifier en conséquence la dotation annuelle visée à l'article 3 des Statuts ; et iii) d'élargir la vocation du Prix en indiquant qu'il récompenserait une contribution exceptionnelle à l'action de santé publique.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(8) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé**

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé<sup>1</sup> et rappelant sa décision antérieure selon laquelle la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé devrait se tenir au Palais des Nations à Genève, la session s'ouvrant le lundi 16 mai 2011 et prenant fin au plus tard le mardi 24 mai 2011,<sup>2</sup> a approuvé l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, tel qu'il a été amendé.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

**EB128(9) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé**

Suite à la décision EB127(7) du 22 mai 2010 et conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr M. Kökény (Hongrie), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr P. M. Buss (Brésil), M. P. D. A. Yusof (Brunéi Darussalam) et le Dr A. J. Mohamed (Oman), pour représenter le Conseil à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Professeur A. F. M. R. Haque (Bangladesh), et le Rapporteur, le Dr A. Djibo (Niger), pourraient être invités à représenter le Conseil.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

---

<sup>1</sup> Document EB128/30 Rev.1.

<sup>2</sup> Voir la décision EB127(9).

**EB128(10)      Date et lieu de la cent vingt-neuvième session du Conseil exécutif**

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent vingt-neuvième session se tiendrait le mercredi 25 mai 2011 à Genève.

(Douzième séance, 24 janvier 2011)

---

## **ANNEXES**



## ANNEXE 1

# Amendements au Règlement financier<sup>1</sup>

[EB128/26 – 10 novembre 2010 ;  
EB128/26 Corr.1 – 25 novembre 2010]

1. À sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, le Conseil exécutif a examiné un rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.<sup>2</sup> Soumis par le Directeur général, le rapport indiquait que les amendements permettraient à l'OMS d'appliquer pleinement les normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS). L'Assemblée de la santé a approuvé l'introduction des normes IPSAS dans sa résolution WHA60.9, fidèle en cela au principe de leur adoption dans l'ensemble du système des Nations Unies.

2. L'OMS a déjà adopté de nombreuses normes, comme prévu dans le cadre de l'utilisation des normes de comptabilité du système des Nations Unies, et se propose d'appliquer intégralement les normes IPSAS à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Aux termes du paragraphe 13.2 du Règlement financier, les états financiers doivent être établis chaque année conformément aux normes IPSAS (IPSAS 1, paragraphe 66). Dans le rapport du Directeur général à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les amendements au Règlement financier,<sup>3</sup> il est indiqué, notamment, que la vérification annuelle des comptes n'est pas expressément exigée par les normes IPSAS, mais que le Groupe des vérificateurs externes des comptes de l'Organisation des Nations Unies, à sa réunion en décembre 2009, a confirmé que toutes les organisations du système des Nations Unies devaient chaque année se soumettre à une vérification extérieure de leurs comptes pour garantir une crédibilité et une transparence maximales de leurs états financiers établis conformément aux normes IPSAS. Par conséquent, pour adopter les normes IPSAS, il convient de modifier le Règlement financier de telle sorte que les états financiers de l'OMS soient vérifiés tous les ans au lieu de tous les deux ans, à compter de janvier 2012.

3. Les amendements nécessaires concernent les paragraphes 14.8 et 14.9, qui déterminent l'établissement et la périodicité des états financiers vérifiés. Ces paragraphes doivent disposer que le Commissaire aux Comptes établit un rapport annuel sur la vérification des états financiers établis par le Directeur général et le transmet à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif [voir l'appendice 1].

4. Il est proposé que les amendements prennent effet le 1<sup>er</sup> janvier 2012, au moment où commencera le prochain cycle budgétaire.

---

<sup>1</sup> Voir la résolution EB128.R3.

<sup>2</sup> Document EB124/22.

<sup>3</sup> Document A63/34.

## MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

5. [Ce paragraphe contenait un projet de résolution qui a été adopté sous la cote EB128.R3 par le Conseil à sa huitième séance.]

### Appendice 1

#### TEXTE DES AMENDEMENTS PROPOSÉS AU RÈGLEMENT FINANCIER

##### TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2010

###### *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 de la manière fixée par elle. 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 du rapport financier biennal établi 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 le rapport financier vérifié sont transmis par l'intermédiaire du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé au plus tard le 1<sup>er</sup> mai qui suit la fin de l'exercice auquel les comptes définitifs se rapportent. Le Conseil exécutif examine le rapport financier intérimaire, le rapport financier de l'exercice 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.

##### TEXTE RÉVISÉ PROPOSÉ

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 ~~de la manière fixée par elle.~~ **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 ~~du rapport financier biennal~~ **des états financiers annuels** établi 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 ~~le rapport~~ **les états financiers** vérifiés sont transmis par l'intermédiaire du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé au plus tard le 1<sup>er</sup> mai qui suit la fin de ~~l'exercice auquel~~ **l'année à laquelle** les comptes définitifs se rapportent. Le Conseil exécutif examine ~~le rapport financier intérimaire, le rapport financier de l'exercice~~ **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.



## ANNEXE 2

# Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel<sup>1</sup>

[EB128/36 – 29 décembre 2010]

1. Les amendements au Règlement du Personnel qui ont été apportés par le Directeur général sont soumis au Conseil exécutif pour confirmation conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel.<sup>2</sup>
2. Les amendements exposés dans la section I du présent document découlent des décisions devant être prises par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-cinquième session, sur la base des recommandations faites par la Commission de la Fonction publique internationale dans son rapport annuel pour 2010.<sup>3</sup> Si l'Assemblée générale des Nations Unies n'approuve pas les recommandations de la Commission, il sera publié un additif au présent document.
3. Les amendements exposés dans la section II du présent document sont considérés comme nécessaires compte tenu de l'expérience et pour une bonne gestion des ressources humaines.
4. Les amendements pour l'exercice 2010-2011 entraînent des dépenses supplémentaires négligeables au titre du budget ordinaire ; elles seront couvertes par les allocations appropriées fixées pour chaque Région et pour les activités mondiales et interrégionales, et par des sources de fonds extrabudgétaires.
5. Les amendements au Règlement du Personnel figurent à [l'appendice 1].
6. Le Directeur général peut, au besoin, décider de mesures provisoires, y compris de mesures permettant d'appliquer le Règlement du Personnel amendé aux procédures en cours à la date où les amendements prennent effet.

---

<sup>1</sup> Voir les résolutions EB128.R4 et EB128.R5.

<sup>2</sup> OMS, *Documents fondamentaux*, 47<sup>e</sup> éd., Genève, 2009.

<sup>3</sup> Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale pour 2010. *Assemblée générale, documents officiels, soixante-cinquième session, supplément N° 30* (document A/65/30).

## **I. AMENDEMENTS CONSIDÉRÉS COMME NÉCESSAIRES COMPTE TENU DES DÉCISIONS DEVANT ÊTRE PRISES PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES À SA SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION SUR LA BASE DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE INTERNATIONALE**

### **Rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur**

7. La Commission a recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'augmenter de 1,37 % le barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur en appliquant la méthode habituelle d'incorporation des points d'ajustement, laquelle consiste à accroître le traitement de base tout en réduisant proportionnellement les points d'ajustement (selon le principe « ni perte-ni gain »), à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

8. Des amendements à l'appendice 1 du Règlement du Personnel ont été élaborés en conséquence et figurent dans [l'appendice 1, additif 1].

### **Traitements du personnel hors classes et du Directeur général**

9. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la recommandation indiquée au paragraphe 7 ci-dessus, le Directeur général propose, conformément à l'article 3.1 du Statut du Personnel, que le Conseil exécutif recommande à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé une modification du traitement des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le traitement brut des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux sera de US \$185 809 par an et le traitement net de US \$133 776 (avec personnes à charge) ou de US \$121 140 (sans personnes à charge).

10. Sur la base des ajustements de traitement susmentionnés, la modification du traitement à autoriser par l'Assemblée de la Santé concernant le Directeur général adjoint porterait, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le traitement brut à US \$204 391 par an, avec un traitement net correspondant de US \$145 854 (avec personnes à charge) ou de US \$131 261 (sans personnes à charge).

11. Les modifications de traitement susmentionnées entraîneront une semblable modification du traitement du Directeur général. Le traitement devant être autorisé par l'Assemblée de la Santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 sera par conséquent un traitement brut de US \$251 188 par an, soit un traitement net de US \$176 272 (avec personnes à charge) ou de US \$156 760 (sans personnes à charge).

### **Révision du niveau de l'allocation pour frais d'études**

12. Pour l'examen de ce point, la Commission de la Fonction publique internationale était saisie de propositions établies par le Réseau Ressources humaines du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination à la lumière de l'analyse des données relatives aux dépenses correspondant à 14 724 demandes de remboursement au titre de l'année scolaire 2008-2009 pour les 15 pays/zones monétaires retenus aux fins de l'administration de l'allocation pour frais d'études.

13. La Commission a décidé de faire les recommandations suivantes à l'Assemblée générale :

- a) en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Espagne, aux États-Unis d'Amérique, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, en

Suisse et dans la zone dollar des États-Unis hors États-Unis, le plafond des dépenses remboursables et le montant maximal de l'allocation pour frais d'études devraient être fixés comme indiqué dans le tableau 1 de l'annexe III de son rapport pour 2010 ;

b) en Belgique, en Irlande, au Japon et en Suède, le plafond des dépenses remboursables et le montant maximal de l'allocation pour frais d'études devraient rester inchangés, comme indiqué dans le tableau 2 de l'annexe III de son rapport pour 2010 ;

c) en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Espagne, aux États-Unis d'Amérique, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, en Suède, en Suisse et dans la zone dollar des États-Unis hors États-Unis, les forfaits normaux pour frais de pension considérés en liaison avec les plafonds des dépenses remboursables et le forfait supplémentaire pour frais de pension, qui s'ajoute au montant maximal de l'allocation pour frais d'études et est payable aux membres du personnel en poste dans certains lieux d'affectation, devraient être révisés comme indiqué dans le tableau 3 de l'annexe III de son rapport pour 2010 ;

d) en Irlande et au Japon, les montants forfaitaires normaux et supplémentaires payables au titre des frais de pension devraient être maintenus à leur niveau actuel, comme indiqué au tableau 4 de l'annexe III de son rapport pour 2010 ;

e) les mesures d'exception pour la Chine, la Fédération de Russie, la Hongrie, l'Indonésie et la Roumanie, ainsi que pour huit établissements scolaires en France, devraient être maintenues ;

f) les mesures d'exception pour la Bulgarie devraient être supprimées ;

g) toutes les mesures susmentionnées devraient être applicables à compter de l'année scolaire en cours au 1er janvier 2011 ; et

h) concernant les autres propositions, la Commission est convenue de reporter ses décisions et a demandé à son secrétariat de les considérer toutes ensemble aux fins de la prochaine révision de la méthode de calcul.

14. Des amendements à l'appendice 2 du Règlement du Personnel ont été élaborés en conséquence et figurent dans [l'appendice 1, additif 2].

## **II. AMENDEMENTS CONSIDÉRÉS COMME NÉCESSAIRES COMPTE TENU DE L'EXPÉRIENCE ET POUR UNE BONNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

### **Amendements au Règlement du Personnel**

#### **Classement des postes**

15. L'article 210 a été amendé pour plus de clarté et pour mentionner les plans de ressources humaines. La mention des compétences a été supprimée car elle n'est plus pertinente au regard de l'ensemble des critères de classement mondiaux de la Commission de la Fonction publique internationale.

16. L'article 220 a été amendé pour préciser que le classement doit s'effectuer selon des critères communs. Normalement, le Directeur général promulgue les critères de classement mondiaux approuvés par la Commission.

17. L'article 230 a été amendé de telle sorte que les reclassements demandés par le supérieur hiérarchique, s'ils sont approuvés, soient en harmonie avec les plans de ressources humaines. Les membres du personnel conservent le droit de demander un réexamen du classement du poste qu'ils occupent. En outre, pour des raisons rédactionnelles, l'ordre du texte a été modifié.

#### **Examens médicaux et vaccinations**

18. L'article 430.1 a été amendé pour préciser que c'est un rapport médical qui doit être envoyé au médecin du personnel de l'Organisation quand l'engagement d'une personne est envisagé et avant que l'offre d'engagement ne soit faite.

19. L'article 430.2 a été amendé pour préciser que, sur la base du rapport médical prévu à l'article 430.1, le médecin du personnel doit donner un avis médical d'aptitude avant qu'une offre d'engagement puisse être faite.

20. L'article 430.3 a été amendé de telle sorte que les membres du personnel obtiennent le traitement médical préventif nécessaire avant un voyage ou au moment de leur engagement.

21. L'article 430.6 a été amendé pour indiquer qu'il y a une limite financière aux demandes de remboursement des examens médicaux requis par l'Organisation.

#### **Promotion**

22. L'article 560.3 a été amendé pour garantir la meilleure adéquation entre un poste et son titulaire, par l'annonce de la vacance des postes qui ont déjà été reclassés sans changer de titulaire. Un autre amendement a été effectué pour préciser que la catégorie professionnelle englobe le personnel engagé par voie de recrutement national et international.

#### **Mutation**

23. Un changement d'ordre rédactionnel a été apporté à l'article 565.3 pour plus de clarté.

#### **Congés annuels**

24. L'article 630.7 a été amendé pour exiger d'un membre du personnel qui tombe malade pendant une période de congé annuel et qui demande que son congé soit converti en congé maladie qu'il présente un rapport médical, plutôt qu'un certificat médical, devant être examiné et approuvé par l'OMS.

#### **Congé sans traitement**

25. L'article 655.2.3 a été amendé pour harmoniser le texte avec l'article 420.2, qui prévoit qu'un engagement continu est accordé à un membre du personnel seulement quand il a accompli cinq ans de services actifs et ininterrompus au titre d'engagements à durée déterminée. L'amendement précise que les périodes de congé sans traitement dépassant 30 jours civils ne sont pas comptées comme périodes de service normal aux fins d'obtention d'un engagement continu.

### **Congé de maladie**

26. L'article 740.1 a été amendé pour harmoniser la pratique de l'Organisation avec celle d'autres organisations appliquant le régime commun des Nations Unies, en indiquant que l'Organisation est l'autorité qui approuve les congés de maladie.

27. L'article 740.2 a été amendé pour préciser que des rapports médicaux sont exigés pour les périodes d'incapacité au travail dépassant un mois. De cette façon, un suivi médical sera assuré et les documents correspondants seront établis régulièrement.

28. L'article 740.3 a été amendé pour indiquer que des rapports médicaux sont exigés pour les périodes continues d'incapacité et que le médecin du personnel peut exiger qu'un membre du personnel soit examiné par un médecin désigné. Ces amendements, qui visent le bien-être du personnel, faciliteront la mise en évidence des besoins médicaux et, le cas échéant, le retour au travail.

29. Le texte de l'article 740.5 a été déplacé et renuméroté. Il constitue désormais l'article 740.6.

30. Un nouvel article 740.5 a été ajouté de telle sorte que les membres du personnel présentant une incapacité prolongée obtiennent l'approbation du médecin du personnel avant de quitter leur lieu d'affectation. Cette procédure facilitera le suivi médical des membres du personnel en congé de maladie prolongé et harmonisera le Règlement du Personnel de l'Organisation avec celui d'autres organisations appliquant le régime commun des Nations Unies.

31. Le texte de l'article 740.6 a été déplacé et renuméroté. Il constitue désormais l'article 740.7.

### **Congé de maladie sous régime d'assurance**

32. L'article 750.2 a été amendé pour harmoniser le texte avec l'article 420.2, qui prévoit qu'un engagement continu est accordé à un membre du personnel seulement quand il a accompli cinq ans de services actifs et ininterrompus au titre d'engagements à durée déterminée. L'amendement précise que les périodes de congé de maladie sous régime d'assurance dépassant 30 jours ne sont pas comptées comme périodes de service normal aux fins d'obtention d'un engagement continu.

33. Un nouvel article 750.3 a été ajouté suite à la modification apportée à l'article 740.5 et de telle sorte que les membres du personnel en congé de maladie sous régime d'assurance obtiennent l'aval du médecin du personnel avant de quitter leur lieu d'affectation. Cette exigence est nécessaire pour faciliter le suivi médical des membres du personnel en congé de maladie prolongé et harmoniser le Règlement du Personnel de l'Organisation avec celui d'autres organisations appliquant le régime commun des Nations Unies.

### **Suppression de postes**

34. Les articles 1050.2, 1050.3 et 1050.4 ont été amendés et agencés autrement pour plus de clarté. Auparavant, principes et procédures se confondaient. La « considération dominante » exposée dans la version précédente de l'article 1050.2.2 fait désormais l'objet d'un paragraphe distinct (1050.3), ce qui en souligne l'importance primordiale.

35. L'article 1050.5 a été supprimé car il n'a plus de raison d'être. Le droit d'un membre du personnel de participer à une procédure de réaffectation mentionné à l'article 1050.2 n'est plus fonction du type de poste auquel un membre du personnel est affecté, mais du type d'engagement et de la durée de service.

36. L'article 1050.8 (anciennement article 1050.2.9) a été révisé à la lumière de l'expérience pour souligner les conséquences en cas de refus d'une réaffectation.

## MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

37. [Ce paragraphe contenait deux projets de résolutions qui ont été adoptés respectivement sous les cotes EB128.R4 et EB128.R5 par le Conseil à sa huitième séance.]

### Appendice 1

#### TEXTE DES ARTICLES AMENDÉS DU RÈGLEMENT DU PERSONNEL

##### 210. CLASSEMENT DES POSTES

Le Directeur général établit et approuve des plans de ressources humaines dans le Système mondial de gestion qui comprennent le classement de tous les postes de l'Organisation d'après la nature et l'importance des fonctions et des responsabilités qu'ils comportent.

...

##### 220. CLASSEMENT DE CHAQUE POSTE PARTICULIER

Tous les postes autres que les postes hors classes sont classés en catégories et par niveau d'après des critères promulgués par le Directeur général et liés à la nature des fonctions et à l'importance des responsabilités exercées.

...

##### 230. RÉEXAMEN DES CLASSEMENTS

Conformément aux dispositions fixées par le Directeur général, tout chef de service peut demander un réexamen du classement d'un poste relevant de son autorité en se référant au plan de ressources humaines approuvé. Tout membre du personnel peut demander un réexamen du classement du poste qu'il occupe.

...

##### 430. EXAMENS MÉDICAUX ET VACCINATIONS

430.1 Toute personne dont l'engagement est envisagé doit subir un examen réglementaire effectué par un médecin désigné par l'Organisation, dont le rapport médical est adressé au médecin du personnel de l'Organisation.

430.2 Aucune offre d'engagement ne peut être faite avant que le médecin du personnel ait présenté un avis médical d'aptitude fondé sur les résultats de l'examen requis à l'article 430.1. Si ces résultats montrent que l'intéressé ne satisfait pas aux normes requises par l'Organisation, il est décidé s'il convient ou non de lui offrir un engagement et, dans l'affirmative, à quelles conditions.

430.3 Au moment de son engagement et avant tout voyage qu'il accomplit ultérieurement pour le compte de l'Organisation, tout membre du personnel doit subir les vaccinations et prendre le traitement préventif prescrits par le médecin du personnel.

430.6 Tout examen médical et toute vaccination requis par l'Organisation sont à la charge de celle-ci, dans les limites fixées par le Directeur général.

---

## 560. PROMOTION

...

560.3 Si un poste occupé est reclassé de la catégorie des services généraux à une catégorie professionnelle ou est relevé de plus d'une classe dans une catégorie donnée, ou s'il a déjà été reclassé alors qu'il était occupé par le même titulaire, le poste est annoncé au personnel et le recrutement se fait par voie de concours, selon les conditions fixées par le Directeur général. En pareil cas, le membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée et occupant le poste dont la vacance est annoncée peut, à compter du quatrième mois consécutif de service suivant la date effective du reclassement, bénéficier d'un supplément de rémunération calculé conformément aux dispositions de l'article 320.4 du Règlement du Personnel et compte dûment tenu de la période qui y est précisée.

[Pas d'autres changements]

---

## 565. MUTATION

...

565.3 Dans toute la mesure possible, et de manière à créer un personnel de carrière à compétences multiples, les postes vacants de la catégorie professionnelle et au-dessus sont pourvus par mutation de membres du personnel engagés à titre continu ou pour une durée déterminée et affectés à d'autres fonctions ou bureaux de l'Organisation. En acceptant un engagement, tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée accepte d'avance l'application de ce principe à son propre cas.

[Pas d'autres changements]

---

## 630. CONGÉS ANNUELS

...

630.7 Lorsqu'un membre du personnel tombe malade pendant une période de congé annuel, la durée de sa maladie est comptée comme congé de maladie, sous réserve des dispositions de l'article 740 à la condition que l'intéressé présente un rapport médical jugé acceptable et que l'OMS donne son approbation.

[Pas d'autres changements]

.....

#### 655. CONGÉ SANS TRAITEMENT

...

655.2 Lors de tout congé sans traitement accordé en vertu de l'article 655.1, les conditions suivantes sont applicables :

655.2.1 [pas de changement]

655.2.2 [pas de changement]

655.2.3 la période de congé sans traitement n'est pas comptée comme période de service normal aux fins des droits au congé annuel, des augmentations à l'intérieur de la classe, des périodes de stage, d'un engagement continu, de l'indemnité de rapatriement, de l'indemnité de résiliation d'engagement, des droits au congé dans les foyers, de l'avancement au mérite en vertu de l'article 555.2, et du versement de fin de service. Les périodes de congé sans traitement ne dépassant pas 30 jours civils n'influent en rien sur le mode de calcul des droits ;

[Pas d'autres changements]

.....

#### 740. CONGÉ DE MALADIE

740.1 Les membres du personnel, à l'exception de ceux qui sont exclus du bénéfice du présent article par le Directeur général en vertu des dispositions de l'article 1320, peuvent, avec l'approbation de l'OMS, obtenir un congé de maladie avec traitement dans les limites ci-après indiquées lorsqu'ils sont hors d'état d'exercer leurs fonctions pour cause de maladie ou de dommages corporels, ou lorsque les exigences de la santé publique s'opposent à leur présence :

[Pas d'autres changements à l'article 740.1]

740.2 Toute absence supérieure à trois jours ouvrables consécutifs qui doit être comptée comme congé de maladie doit être justifiée par un certificat d'un médecin praticien dûment qualifié attestant que le membre du personnel est hors d'état d'exercer ses fonctions et indiquant la durée probable de l'incapacité au travail. Si l'incapacité au travail se prolonge au-delà d'un mois, un rapport médical du médecin traitant est exigé. Le nombre de jours d'absence non justifiés par un certificat qui peuvent être comptés comme jours de maladie ne saurait dépasser sept jours au cours d'une année civile. Une partie ou la totalité de ces jours de congé de maladie non justifiés par un certificat pourra être accordée pour faire face à une situation familiale grave, auquel cas



l'exigence d'un certificat au-delà d'une absence supérieure à trois jours ouvrables consécutifs ne s'appliquera pas.

740.3 Tout membre du personnel qui prétend bénéficier d'un congé de maladie adresse des rapports médicaux périodiques sur son état de santé, selon que l'exige le médecin du personnel, et il est examiné par le médecin du personnel, ou par un médecin désigné par le médecin du personnel, si ce dernier en décide ainsi.

740.4 [pas de changement]

...

740.5 Un membre du personnel en congé de maladie ne peut quitter son lieu d'affectation sans l'approbation préalable du médecin du personnel ou d'un médecin désigné par le médecin du personnel.

740.6 La fin de l'engagement d'un membre du personnel met un terme, à partir de la date à laquelle elle prend effet, à tout droit à congé de maladie en application du présent Règlement.

740.7 Sur la recommandation du médecin du personnel, le Directeur général peut exiger qu'un membre du personnel prenne un congé de maladie.

---

## 750. CONGÉ DE MALADIE SOUS RÉGIME D'ASSURANCE

750.2 La période de congé de maladie sous régime d'assurance n'est pas comptée comme période de service normal aux fins des droits au congé annuel, des augmentations à l'intérieur de la classe, des périodes de stage, d'un engagement continu, de l'indemnité de rapatriement, de l'indemnité de résiliation d'engagement, des droits au congé dans les foyers et du versement de fin de service. Les périodes ne dépassant pas 30 jours civils n'influent en rien sur le mode de calcul des droits.

750.3 Un membre du personnel en congé de maladie sous régime d'assurance ne peut quitter son lieu d'affectation sans l'approbation préalable du médecin du personnel ou d'un médecin désigné par le médecin du personnel.

---

## 1050. SUPPRESSION DE POSTES

...

1050.2 Quand un poste occupé par un membre du personnel engagé à titre continu ou par un membre du personnel engagé pour une durée déterminée et qui compte au moins cinq années de service continu et ininterrompu, est supprimé ou vient à expiration, des dispositions sont prises, dans la mesure du raisonnable, pour réaffecter le membre du personnel occupant ce poste, conformément aux dispositions fixées par le Directeur général.

1050.3 La considération dominante pour la réaffectation doit être d'assurer les services de personnes qui possèdent les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité, en prenant dûment en considération les services, les qualifications et l'expérience du membre du personnel concerné.

1050.4 Le Directeur général peut établir des priorités concernant la réaffectation des membres du personnel.

1050.5 La procédure de réaffectation est coordonnée par un comité de réaffectation créé par le Directeur général comme suit :

1050.5.1 la procédure s'étend à l'ensemble des bureaux si le poste supprimé est un poste de la catégorie professionnelle ou au-dessus ; si le poste supprimé est pourvu par voie de recrutement local, cette procédure ne concerne que le personnel de la localité où se trouve le poste supprimé ;

1050.5.2 durant la période de réaffectation, les membres du personnel ont la préférence en ce qui concerne les postes vacants, compte tenu du contexte de l'article 1050.3 ;

1050.5.3 les membres du personnel peuvent être réaffectés à des postes vacants de la même classe que le poste devant être supprimé, ou d'une classe immédiatement inférieure.

1050.6 La période de réaffectation prend fin au bout d'un délai de six mois. Le Directeur général ne peut qu'exceptionnellement prolonger cette période de six mois supplémentaires.

1050.7 Durant la période de réaffectation, le membre du personnel peut recevoir une formation pour consolider certaines qualifications.

1050.8 Il sera mis fin à l'engagement du membre du personnel si aucune décision relative à la réaffectation n'a été prise durant la période de réaffectation ou si le membre du personnel refuse une réaffectation découlant de l'article 1050.5.3.

1050.9 [pas d'autres changements]

1050.10 [pas d'autres changements]

Additif 1

Appendice 1 au Règlement du Personnel

**Barème des traitements du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur : traitements de base bruts annuels et équivalents nets après déduction des contributions du personnel<sup>1</sup>**  
**(en dollars des États-Unis d'Amérique)**  
 (avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011)

Échelons

Classe		<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>	<i>XI</i>	<i>XII</i>	<i>XIII</i>	<i>XIV</i>	<i>XV</i>
			*	*	*	*	*									
D-2	Brut	<b>152 231</b>	<b>155 592</b>	<b>158 954</b>	<b>162 315</b>	<b>165 675</b>	<b>169 035</b>									
	Net F	111 950	114 135	116 320	118 505	120 689	122 873									
	Net C	102 847	104 691	106 528	108 359	110 186	112 002									
						*	*	*	*	*						
P-6/D-1	Brut	<b>139 074</b>	<b>141 896</b>	<b>144 710</b>	<b>147 532</b>	<b>150 371</b>	<b>153 320</b>	<b>156 272</b>	<b>159 222</b>	<b>162 171</b>						
	Net F	103 070	104 989	106 903	108 822	110 741	112 658	114 577	116 494	118 411						
	Net C	95 270	96 936	98 600	100 258	101 915	103 567	105 212	106 857	108 497						
											*	*	*			
P-5	Brut	<b>115 134</b>	<b>117 532</b>	<b>119 934</b>	<b>122 331</b>	<b>124 732</b>	<b>127 129</b>	<b>129 531</b>	<b>131 929</b>	<b>134 329</b>	<b>136 729</b>	<b>139 129</b>	<b>141 528</b>	<b>143 929</b>		
	Net F	86 791	88 422	90 055	91 685	93 318	94 948	96 581	98 212	99 844	101 476	103 108	104 739	106 372		
	Net C	80 629	82 079	83 524	84 969	86 412	87 849	89 286	90 720	92 152	93 581	95 008	96 431	97 853		
													*	*	*	
P-4	Brut	<b>94 268</b>	<b>96 456</b>	<b>98 642</b>	<b>100 876</b>	<b>103 194</b>	<b>105 507</b>	<b>107 825</b>	<b>110 140</b>	<b>112 456</b>	<b>114 768</b>	<b>117 087</b>	<b>119 399</b>	<b>121 715</b>	<b>124 032</b>	<b>126 349</b>
	Net F	72 373	73 948	75 522	77 096	78 672	80 245	81 821	83 395	84 970	86 542	88 119	89 691	91 266	92 842	94 417
	Net C	67 395	68 829	70 263	71 691	73 120	74 548	75 975	77 399	78 822	80 244	81 664	83 083	84 502	85 918	87 334
													*	*	*	
P-3	Brut	<b>77 101</b>	<b>79 125</b>	<b>81 150</b>	<b>83 172</b>	<b>85 199</b>	<b>87 222</b>	<b>89 244</b>	<b>91 272</b>	<b>93 296</b>	<b>95 319</b>	<b>97 346</b>	<b>99 367</b>	<b>101 476</b>	<b>103 618</b>	<b>105 759</b>
	Net F	60 013	61 470	62 928	64 384	65 843	67 300	68 756	70 216	71 673	73 130	74 589	76 044	77 504	78 960	80 416
	Net C	56 018	57 358	58 701	60 040	61 382	62 721	64 060	65 403	66 741	68 082	69 418	70 755	72 089	73 426	74 762
												*				
P-2	Brut	<b>62 856</b>	<b>64 668</b>	<b>66 476</b>	<b>68 289</b>	<b>70 100</b>	<b>71 908</b>	<b>73 721</b>	<b>75 528</b>	<b>77 340</b>	<b>79 153</b>	<b>80 961</b>	<b>82 774</b>			
	Net F	49 756	51 061	52 363	53 668	54 972	56 274	57 579	58 880	60 185	61 490	62 792	64 097			
	Net C	46 669	47 853	49 032	50 214	51 394	52 576	53 778	54 975	56 178	57 377	58 574	59 776			
P-1	Brut	<b>48 627</b>	<b>50 199</b>	<b>51 933</b>	<b>53 678</b>	<b>55 414</b>	<b>57 154</b>	<b>58 896</b>	<b>60 638</b>	<b>62 374</b>	<b>64 114</b>					
	Net F	39 388	40 643	41 892	43 148	44 398	45 651	46 905	48 159	49 409	50 662					
	Net C	37 154	38 309	39 465	40 618	41 773	42 926	44 081	45 222	46 356	47 491					

<sup>1</sup> F (famille) = taux applicable au fonctionnaire ayant un conjoint ou un enfant à charge ; C (célibataire) = taux applicable au fonctionnaire sans conjoint ni enfant à charge.

\* La période normale donnant droit à une augmentation d'un échelon à l'intérieur de la classe est d'un an, sauf pour les échelons marqués d'un astérisque, pour lesquels il faut avoir exercé deux ans à l'échelon précédent (article 550.2 du Règlement du Personnel).

## Additif 2

## Appendice 2 au Règlement du Personnel

**Allocations pour frais d'études applicables dans les cas où ces frais sont engagés dans certaines monnaies et certains pays**(année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2011)

Pays/zone monétaire	(1) Plafond des frais d'études remboursables et plafond de l'allocation pour enfants handicapés	(2) Plafond de l'allocation pour frais d'études	(3) Forfait si l'enfant n'est pas pensionnaire	(4) Forfait supplémentaire pour frais de pension (fonctionnaires en poste dans certains lieux d'affectation)	(5) Plafond de l'allocation pour les fonctionnaires en poste dans certains lieux d'affectation	(6) Plafond des frais d'études remboursables (uniquement dans le cas du forfait pour frais de pension)
<b>Partie A</b>						
<b>Euro</b>						
Allemagne	19 563	14 672	4 221	6 332	21 004	13 935
Autriche	17 555	13 166	3 776	5 664	18 830	12 520
Belgique	15 458	11 593	3 518	5 277	16 771	10 767
Espagne	16 653	12 490	3 162	4 743	17 233	12 437
France*	10 981	8 236	3 052	4 578	12 814	6 912
Irlande	17 045	12 784	3 112	4 668	17 452	12 896
Italie	20 830	15 623	3 147	4 721	20 344	16 635
Luxembourg	15 458	11 593	3 518	5 277	16 771	10 767
Monaco	10 981	8 236	3 052	4 578	12 814	6 269
Pays-Bas	17 512	13 134	3 875	5 813	18 947	12 345
Danemark (couronne danoise)	113 554	85 166	27 242	40 863	126 029	77 232
Japon (yen)	2 324 131	1 743 098	607 703	911 555	2 654 653	1 513 860
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (livre sterling)	24 941	18 706	3 690	5 535	24 241	20 021
Suède (couronne suédoise)	157 950	118 462	26 034	39 051	157 513	123 237
Suisse (franc suisse)	31 911	23 933	5 540	8 310	32 243	22 524
<b>Partie B</b>						
Dollar des États-Unis d'Amérique (hors États-Unis d'Amérique)**	20 663	15 497	3 746	5 619	21 116	15 668
<b>Partie C</b>						
Dollar des États-Unis d'Amérique (aux États-Unis d'Amérique) <sup>1</sup>	43 006	32 255	6 083	9 125	41 380	34 896

\* À l'exception des établissements scolaires suivants où s'applique un barème établi en dollars des États-Unis et égal à celui en vigueur aux États-Unis d'Amérique :

1. École américaine de Paris
2. Université américaine de Paris
3. École britannique de Paris
4. École Active Bilingue Victor Hugo
5. École européenne de management de Lyon
6. École internationale de Paris
7. Marymount International School, Paris
8. École Active Bilingue Jeannine Manuel

\*\* Comprend la Finlande et la Norvège qui ne sont plus considérées comme zones distinctes.

Lorsque les frais d'études sont engagés dans l'une des monnaies susmentionnées, le plafond applicable figure dans les colonnes (1) à (6) correspondant à cette monnaie. Lorsque les frais d'études sont engagés aux États-Unis d'Amérique, le plafond applicable figure dans les colonnes (1) à (6) correspondant à la partie C ci-dessus. Lorsque les frais d'études ne sont engagés ni dans l'une des monnaies énoncées dans la partie A ci-dessus ni aux États-Unis, le plafond applicable figure dans les colonnes (1) à (6) correspondant à la partie B ci-dessus.

<sup>1</sup> Le dollar des États-Unis d'Amérique aux États-Unis d'Amérique s'applique également, en tant que mesure spéciale, à la Chine, à la Fédération de Russie et à l'Indonésie. À compter de l'année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2011, les mesures d'exception s'appliquent aussi à la Bulgarie et à la Hongrie.

Fréquentation d'un établissement d'enseignement hors du lieu d'affectation

i) Si l'enfant est pensionnaire dans l'établissement, le montant de l'allocation représente 75 % des frais d'études autorisés et des frais de pension, à concurrence du plafond indiqué dans la colonne (1), le montant annuel de l'allocation ne pouvant pas dépasser le plafond indiqué dans la colonne (2).

ii) Si l'enfant n'est pas pensionnaire dans l'établissement, le montant de l'allocation est une somme forfaitaire indiquée dans la colonne (3), plus 75 % des frais d'études autorisés, le montant annuel de l'allocation ne pouvant pas dépasser le plafond indiqué dans la colonne (2).

Fréquentation d'un établissement d'enseignement au lieu d'affectation

iii) Le montant de l'allocation représente 75 % des frais d'études autorisés, à concurrence du plafond indiqué dans la colonne (1), le montant annuel de l'allocation ne pouvant pas dépasser le plafond indiqué dans la colonne (2).

iv) Lorsque l'allocation est versée pour couvrir les frais de pension relatifs à la fréquentation d'un établissement d'enseignement situé dans le pays du lieu d'affectation si la distance entre le lieu d'affectation ne permet pas l'aller et retour quotidien et s'il n'existe pas d'établissement d'enseignement approprié dans le voisinage immédiat du lieu d'affectation, le montant de l'allocation est calculé aux mêmes taux que ceux qui sont précisés aux alinéas i) ou ii) ci-dessus.

Persomel en poste dans certains lieux d'affectation où les établissements d'enseignement font défaut ou sont inadéquats, avec fréquentation d'un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ailleurs qu'au lieu d'affectation

v) Si l'enfant est pensionnaire dans l'établissement, le montant de l'allocation représente :

a. 100 % des frais de pension à concurrence du plafond indiqué dans la colonne (4) ; et

b. 75 % des frais d'études autorisés et de la fraction des frais de pension éventuellement en sus du plafond indiqué dans la colonne (4), le montant remboursable ne pouvant pas dépasser le plafond indiqué dans la colonne (5).

vi) Si l'enfant n'est pas pensionnaire dans l'établissement, le montant de l'allocation représente :

a. le montant forfaitaire indiqué dans la colonne (4) pour les frais de pension ; et

b. 75 % des frais d'études autorisés, le montant remboursable ne pouvant pas dépasser le plafond indiqué dans la colonne (5).

## ANNEXE 3

# **Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l’OMS en application, respectivement, de la résolution EB128.R16 et de la décision EB128(1)**

[EB128/28 – 24 janvier 2011]

Alliance internationale des Femmes : Égalité des Droits – Égalité des Responsabilités<sup>1</sup>  
Alzheimer’s Disease International<sup>1</sup>  
Association européenne des Médicaments génériques<sup>1</sup>  
Association internationale de Pédiatrie<sup>1</sup>  
Association internationale de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent et des Professions affiliées<sup>1</sup>  
Association internationale d’Ergonomie<sup>1</sup>  
Association internationale des Consultants en Lactation<sup>1</sup>  
Association internationale des Femmes Médecins<sup>1</sup>  
Association internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre nucléaire<sup>1</sup>  
Association internationale d’Hydatidologie<sup>1</sup>  
Association internationale d’Hygiène du Travail<sup>1</sup>  
Association internationale pour la Prévention du Suicide<sup>1</sup>  
Association internationale pour l’Étude scientifique de la Déficience intellectuelle<sup>1</sup>  
Association italienne des Amis de Raoul Follereau<sup>1</sup>  
Association mondiale de Psychiatrie<sup>1</sup>  
Association mondiale pour la Réadaptation psychosociale<sup>1</sup>  
Association mondiale pour la Santé sexuelle<sup>1</sup>  
Bureau international de l’Épilepsie<sup>1</sup>  
Centre international pour le Commerce et le Développement durable<sup>1</sup>  
Collaboration Cochrane<sup>1</sup>  
Comité inter-africain sur les Pratiques traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants<sup>1</sup>  
Commission internationale de la Santé au Travail<sup>1</sup>  
Confédération internationale des Sages-Femmes<sup>1</sup>  
Confédération mondiale de Physiothérapie<sup>1</sup>  
Conseil de l’Industrie pour le Développement<sup>1</sup>  
Conseil international des Femmes<sup>1</sup>  
Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode<sup>1</sup>  
Corporate Accountability International<sup>1</sup>  
Family Health International<sup>1</sup>  
Fédération internationale de Chimie clinique et Médecine de Laboratoire<sup>1</sup>  
Fédération internationale de Gynécologie et d’Obstétrique<sup>1</sup>  
Fédération internationale de la Sclérose en Plaques<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les activités portent sur la période 2008-2010.

---

Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales<sup>1</sup>  
Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques  
Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical  
Fédération internationale du Vieillissement<sup>1</sup>  
Fédération internationale pour la Planification familiale<sup>1</sup>  
Fédération mondiale de Neurologie<sup>1</sup>  
Fédération mondiale des Ergothérapeutes<sup>1</sup>  
Fédération mondiale des Sociétés de Neurochirurgie<sup>1</sup>  
Fédération mondiale des Sourds<sup>1</sup>  
Fédération mondiale pour la Santé mentale<sup>1</sup>  
HelpAge International<sup>1</sup>  
Inclusion International<sup>1</sup>  
International Association for the Study of Obesity<sup>1</sup>  
International Network of Women Against Tobacco<sup>1</sup>  
International Society for Telemedicine & eHealth  
International Society of Physical Medicine and Rehabilitation<sup>1</sup>  
International Women's Health Coalition, Inc.<sup>1</sup>  
Lifting The Burden  
Ligue internationale contre l'Épilepsie<sup>1</sup>  
Ligue internationale La Leche  
MSF International<sup>1</sup>  
Rehabilitation International<sup>1</sup>  
Société internationale d'Andrologie<sup>1</sup>  
Société internationale de Prothèse et d'Orthèse<sup>1</sup>  
Société internationale pour la Recherche biomédicale sur l'Alcoolisme<sup>1</sup>  
Stichting Global Initiative on Psychiatry – Fondation internationale pour la promotion de soins de  
santé mentale empreints d'humanité, conformes à l'éthique et efficaces dans le monde entier<sup>2</sup>  
Stichting Health Action International<sup>1</sup>  
The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect<sup>1</sup>  
The Population Council, Inc.<sup>1</sup>  
Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé<sup>1</sup>  
Union internationale de Psychologie scientifique<sup>1</sup>  
Union internationale des Sciences de la Nutrition<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les activités portent sur la période 2008-2010.

<sup>2</sup> Précédemment Global Initiative on Psychiatry.

## ANNEXE 4

# Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif

**1. Résolution EB128.R1** 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)

### 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 :

10.4 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.

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.

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.

#### (Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

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 :

- déboucher sur une amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre les décisions aux niveaux national et mondial (résultat escompté 10.5) ;
- 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.



<p><b>3. Incidences budgétaires</b></p> <p><b>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)</b> US \$2,5 millions pour la fourniture d'un appui technique et administratif à la Commission.</p> <p><b>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)</b> US \$2,5 millions au Siège.</p> <p><b>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</b> Non.</p>					
<p><b>4. Incidences financières</b></p> <p><b>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?</b> Contributions volontaires spécifiées apportées par des États Membres pour aider la Commission dans ses travaux.</p>					
<p><b>5. Incidences administratives</b></p> <p><b>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)</b> Siège.</p> <p><b>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)</b> La résolution peut être mise en œuvre par le personnel déjà en poste.</p> <p><b>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)</b> Sans objet.</p> <p><b>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)</b> De janvier 2011 à septembre 2011.</p>					
<p><b>1. Résolution EB128.R3 Amendements au Règlement financier</b></p>					
<p><b>2. Lien avec le budget programme</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Objectif stratégique :</td> <td>Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :</td> </tr> <tr> <td>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.</td> <td>13.5 Prestation des services gestionnaires et administratifs<sup>1</sup> nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.</td> </tr> </table> <p><b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b></p> <p>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.</p>		Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :	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.	13.5 Prestation des services gestionnaires et administratifs <sup>1</sup> nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.
Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :				
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.	13.5 Prestation des services gestionnaires et administratifs <sup>1</sup> nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.				

<sup>1</sup> Englobent les technologies de l'information, les ressources humaines, les ressources financières, la logistique et les services linguistiques.

**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.

**c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?**

Sans objet.

**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).

**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 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.

**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.

**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.

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

Le premier rapport annuel de certification couvrira les états financiers 2012.

**1. Résolution EB128.R4 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel****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 :

13.3 Adoption, dans le domaine des ressources humaines, de politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, à promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, à faciliter la gestion de l'exécution des tâches et à inciter au respect des règles d'éthique.

**(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)**

Les amendements figurant dans le rapport<sup>1</sup> représentent la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de la Commission de la Fonction publique internationale, lequel a été soumis à l'examen de l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-cinquième session.<sup>2</sup> Ces amendements visent à assurer que le système de rémunération de l'OMS respecte les décisions devant être prises par l'Assemblée générale.

**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)**

- i) Rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur  
Barème des traitements de base minima

Les incidences financières de l'augmentation du barème des traitements de base minima, comme indiqué dans le document EB128/36, sont estimées à US \$46 900 par an environ.

- ii) Montant de l'allocation pour frais d'études

Les incidences financières liées aux recommandations relatives à l'allocation pour frais d'études sont estimées à US \$197 400 par an environ.

- iii) Indemnités pour enfants à charge et pour personnes indirectement à charge

Les incidences financières liées aux recommandations relatives aux indemnités pour enfants à charge et pour personnes indirectement à charge sont estimées à US \$273 000 par an environ.

**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)**

La mise en œuvre débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les dépenses susmentionnées correspondent à l'exercice 2010-2011. Elles concerneront l'ensemble de l'Organisation.

**c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?**

Toutes les dépenses sont prévues dans le budget programme approuvé existant.

**4. Incidences financières**

**Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?**

Des sources de financement extrabudgétaires seront mobilisées le cas échéant.

**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)**

Oui.

**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 amendements n'exigent pas de personnel supplémentaire.

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

La mise en œuvre débutera le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

<sup>1</sup> Document EB128/36.

<sup>2</sup> Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale pour 2010. *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-cinquième session : supplément N° 30* (document A/65/30).

<b>1. Résolution EB128.R6</b> Éradication de la dracunculose	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.	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.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
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.	
<b>3. Incidences budgétaires</b>	
<b>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)</b>	
US \$30 millions sur la durée de cinq ans envisagée dans la résolution (2011-2015).	
<b>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)</b>	
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.	
<b>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</b>	
Oui.	
<b>4. Incidences financières</b>	
<b>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?</b>	
Sources extrabudgétaires existantes.	
<b>5. Incidences administratives</b>	
<b>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)</b>	
Siège, Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et pays de ces Régions.	
<b>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Sinon, préciser les besoins sous c)</b>	
Oui.	
<b>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)</b>	
Aucun.	
<b>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)</b>	
2011-2015.	

**1. Résolution EB128.R7 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.

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.

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.

8.1 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 P4.

- d) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

Une phase initiale de cinq ans.

<b>1. Résolution EB128.R8</b> Structures durables de financement de la santé et couverture universelle	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
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.	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.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
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.	
<b>3. Incidences budgétaires</b>	
<b>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)</b>	
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>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)</b>	
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*.<sup>1</sup>

**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. Résolution EB128.R9 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.

<sup>1</sup> 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.



**(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 EB128.R10** 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 P5, de la classe P4 et de la classe G4 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 P5 : US \$250 000, personnel de la classe P4 : US \$200 000 et personnel de la classe G4 : 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.

<b>1. Résolution EB128.R11</b> Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
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.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
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.	
<b>3. Incidences budgétaires</b>	
<b>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)</b>	
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>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)</b>	
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).	
<b>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</b>	
Un total de US \$400 000 est inclus pour le Siège et les Régions.	
<b>4. Incidences financières</b>	
<b>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?</b>	
Contributions volontaires et contributions des États Membres ainsi que contributions de partenaires internationaux.	
<b>5. Incidences administratives</b>	
<b>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)</b>	
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>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)</b>	
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 EB128.R12 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 EB128.R13 Paludisme**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

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.

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 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 EB128.R14 Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

#### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

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.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

12.1 Bon encadrement et ferme direction de l'Organisation assurés moyennant un renforcement de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilité et de la synergie des activités de l'OMS.

**(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)**

Une action visant à renforcer la gouvernance et le rôle de chef de file de l'OMS a des effets sur tous les résultats escomptés et indicateurs concernant cet objectif stratégique et sur la réalisation de l'ensemble des objectifs stratégiques du budget programme.



**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 Secrétariat devra organiser deux réunions intergouvernementales de cinq jours chacune. Le coût estimatif total – qui comprend le remboursement des frais de déplacement d'un représentant de chacun des pays les moins avancés, conformément à la résolution WHA50.1 – est de US \$2 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 \$1,4 million.

**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 sources de financement extrabudgétaires 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)**

Siège de l'OMS.

**b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)**

Pas entièrement. Aucun coût supplémentaire n'est envisagé pour le Bureau des Organes directeurs, le Bureau du Conseiller juridique ou le Département des Services d'appui logistique. Il faudra cependant redéployer le personnel actuel ce qui entraînera le report d'autres activités. Il sera nécessaire d'engager du personnel supplémentaire pour les réunions intergouvernementales (voir ci-dessous).

**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)**

Il faudra recruter du personnel de conférence avant, pendant et après les réunions. Les chiffres indiqués ci-dessus comprennent le coût du recrutement.

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

La résolution porte création d'un groupe de travail à durée limitée, axé sur les résultats et ouvert à tous les États Membres, chargé du processus et des méthodes d'élection du Directeur général. Le groupe de travail présentera un rapport de situation à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ; un rapport final sera ensuite soumis, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

La mise en œuvre s'étendra donc sur la période de 16 mois allant jusqu'à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

## 1. Résolution EB128.R15 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 P4 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 EB128.R16 Relations avec les organisations non gouvernementales**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectifs stratégiques :

*Lifting The Burden*

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 :

3.3 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.

3.4 Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

*Stichting Global Initiative on Psychiatry – Fondation internationale pour la promotion de soins de santé mentale empreints d’humanité, conformes à l’éthique et efficaces dans le monde entier<sup>1</sup>*

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

*La Collaboration Cochrane*

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

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

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

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.

6.6 Élaboration de politiques, de stratégies, d’interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d’un soutien technique aux États Membres pour promouvoir une sexualité à moindre risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels à risque.

4.2 Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d’interventions et de méthodes d’exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d’améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d’améliorer la santé sexuelle et génésique.

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.

9.2 Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d’évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d’origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.

<sup>1</sup> Connue sous le nom de Global Initiative on Psychiatry.

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

10.2 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.

10.5 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.

11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation

11.2 Élaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'utilisation d'un bon rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien en faveur de leur application au niveau national et/ou régional.

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

12.4 Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des États Membres, des partenaires de l'action de santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication des connaissances.

**(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)**

Lifting The Burden – La collaboration avec l'OMS est liée aux indicateurs 3.3.3 et 3.4.1. Les activités devraient aider à atteindre les cibles pour 2013, à savoir 120 États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui présentent chaque année des indicateurs de santé mentale de base, et la publication et la diffusion d'orientations factuelles sur l'efficacité des interventions pour la prise en charge de certains troubles mentaux, comportementaux ou neurologiques (y compris ceux dus à l'usage de substances psychoactives) pour 16 interventions.<sup>1</sup>

Global Initiative on Psychiatry – La collaboration est liée aux indicateurs 3.1.3 et 3.2.2. Les activités devraient aider à atteindre les cibles pour 2013, à savoir 110 États Membres dont le budget consacré à la santé mentale représente plus de 1 % du budget total de la santé et 64 États Membres ayant commencé à élaborer une politique ou une loi de santé mentale. La collaboration est également liée à l'indicateur 6.6.1 et devrait aider à atteindre la cible pour 2013 de 12 États Membres produisant des données sur les déterminants et/ou les conséquences des rapports sexuels à risque.<sup>1</sup>

La Collaboration Cochrane – La collaboration avec différents domaines techniques de l'OMS est exposée ci-après :  
Santé et recherche génésiques

Les activités sont liées à l'objectif stratégique 4. La Collaboration Cochrane apportera son concours grâce aux travaux de ses groupes d'analyse sur la grossesse et l'accouchement et sur la régulation de la fécondité, qui faciliteront la mise au point et la poursuite d'analyses systématiques à l'appui des activités normatives de l'OMS.

<sup>1</sup> Voir le document EB128/24.

#### Nutrition pour la santé et le développement

Les activités sont liées aux objectifs stratégiques 4 et 9. La Collaboration Cochrane apportera son concours en actualisant les analyses systématiques des interventions nutritionnelles à l'appui des travaux normatifs de l'OMS. Les activités feront intervenir les groupes d'analyse de la Collaboration (particulièrement ceux qui s'occupent de la grossesse et de l'accouchement, de la santé publique, des problèmes de développement, des problèmes psychosociaux et des problèmes d'apprentissage, de la santé de l'enfant et des troubles du métabolisme et troubles endocriniens) travaillant dans le cadre du bureau de rédaction de l'organisation.

#### Interventions sanitaires en cas de crise

Les activités sont liées à l'objectif stratégique 5 et concernent l'établissement des bases factuelles nécessaires pour prendre les décisions et les mesures visant à réduire les conséquences sanitaires des catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence majeure. La Collaboration Cochrane aidera à atteindre les résultats escomptés pour cet objectif stratégique en menant des travaux pour appuyer : la mise au point du programme de recherche, la création d'un groupe consultatif pour la recherche, la publication de certains travaux de recherche sur i) le renforcement des capacités et ii) la riposte dans les situations d'urgence sur le site Web de son projet Evidence Aid et sur le site Web de l'OMS avant et après une catastrophe, la mise au point de protocoles de recherche et de méthodes pour les activités liées aux situations d'urgence, et la préparation d'analyses systématiques dans des secteurs prioritaires liés aux situations d'urgence.

#### Politiques et coopération en matière de recherche, médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, et gestion et diffusion des connaissances

Les activités sont liées aux objectifs stratégiques 10, 11 et 12. Le concours de la Collaboration Cochrane portera plus particulièrement sur les résultats escomptés 4.2, 10.2, 10.5, 11.2 et 12.4 moyennant des travaux visant à fournir des bases factuelles plus solides pour la prise des décisions grâce à des méthodes systématiques, méthodologiquement fiables et transparentes ; à assurer un renforcement des capacités ainsi qu'une bonne communication et la diffusion des résultats, et à améliorer l'accès aux techniques et produits médicaux et à en relever la qualité. La collaboration convenue d'un commun accord devrait déboucher sur un développement des échanges.

### 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)**

Toutes les organisations non gouvernementales – Néant.

**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)**

Toutes les organisations non gouvernementales – Néant.

**c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?**

Toutes les organisations non gouvernementales – Sans objet.

### 4. Incidences financières

**Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?**

Toutes les organisations non gouvernementales – Sans objet.

**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)**

Lifting The Burden – Siège et bureaux régionaux de l'OMS.

Global Initiative on Psychiatry – Siège et bureaux régionaux de l'OMS.

La Collaboration Cochrane

Santé et recherche génésiques – Siège de l'OMS

Nutrition pour la santé et le développement – Siège de l'OMS

Interventions sanitaires en cas de crise – Siège de l'OMS, tous les bureaux régionaux et Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques sanitaires, Tunis

Politique et coopération en matière de recherche, médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, gestion et diffusion des connaissances – Siège et tous les bureaux régionaux de l'OMS.

**b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)**

Toutes les organisations non gouvernementales – Oui.

**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)**

Toutes les organisations non gouvernementales – Néant.

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre des activités)**

Toutes les organisations non gouvernementales – Trois ans pour la mise en œuvre, après quoi le Conseil exécutif passera en revue les relations, conformément aux Principes régissant les relations entre l'Organisation mondiale de la Santé et les organisations non gouvernementales.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> OMS, *Documents fondamentaux*, 47<sup>e</sup> éd., Genève, 2009.