



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT TRENTE-SIXIÈME SESSION
GENÈVE, 26 JANVIER-3 FÉVRIER 2015

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES

GENÈVE
2015

ABRÉVIATIONS

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

AIEA	– Agence internationale de l'énergie atomique
ANASE	– Association des nations de l'Asie du Sud-Est
BIT	– Bureau international du travail
CCRS	– Comité consultatif de la recherche en santé
CCS	– Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
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
OICS	– Organe international de contrôle des stupéfiants
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
ONU	– Organisation des Nations Unies
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 trente-sixième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 26 janvier au 3 février 2015. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les résolutions et décisions et les annexes s’y rapportant. Les procès-verbaux des débats du Conseil (en anglais seulement) et la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs sont publiés dans le document EB136/2015/REC/2.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	iii
Ordre du jour.....	ix
Liste des documents.....	xiii

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

EB136.R1	Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030.....	3
EB136.R2	Nomination du Directeur régional pour l’Afrique.....	7
EB136.R3	Remerciements au Dr Luis Gomes Sambo.....	7
EB136.R4	Nomination du Directeur régional pour l’Europe	7
EB136.R5	Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination anti-marielle recommandée pour les voyageurs	8
EB136.R6	Recommandations du Comité d’examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l’application du RSI.....	9
EB136.R7	Développer les soins chirurgicaux d’urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l’anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle.....	10
EB136.R8	Charge mondiale de l’épilepsie et nécessité d’une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l’opinion publique	16
EB136.R9	Barème des contributions 2016-2017.....	20
EB136.R10	Relations avec les organisations non gouvernementales.....	24
EB136.R11	Confirmation d’amendements au Règlement du personnel.....	25
EB136.R12	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général.....	25

	Pages
EB136.R13	Confirmation d'amendements au Règlement du personnel..... 26
EB136.R14	Confirmation d'amendements au Règlement du personnel..... 27
EB136.R15	Amendements au Statut du personnel..... 27
 Décisions	
EB136(1)	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits 28
EB136(2)	Principes destinés à faire l'objet d'un consensus mondial sur le don et la gestion du sang, de ses constituants et des produits médicaux d'origine humaine 28
EB136(3)	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques..... 29
EB136(4)	Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition..... 31
EB136(5)	Allocation stratégique des volants budgétaires..... 33
EB136(6)	Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS..... 34
EB136(7)	Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha..... 34
EB136(8)	Attribution du Prix Sasakawa pour la santé..... 34
EB136(9)	Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la santé 35
EB136(10)	Prix de l'État du Koweït pour la recherche en promotion de la santé 35
EB136(11)	Amendements aux Statuts de la Fondation de l'État du Koweït pour la promotion de la santé..... 35
EB136(12)	Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique 35
EB136(13)	Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles..... 36
EB136(14)	Agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air 36
EB136(15)	Climat et santé : résultats de la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat 36
EB136(16)	Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme 37

	Pages
EB136(17) Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.....	39
EB136(18) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.....	39
EB136(19) Date et lieu de la cent trente-septième session du Conseil exécutif.....	40
EB136(20) Date et lieu de la vingt-deuxième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration.....	40

ANNEXES

1. Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI	43
2. Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l'OMS en application de la résolution EB136.R10 et de la décision EB136(6).....	52
3. Amendements au Statut du personnel et confirmation d'amendements au Règlement du personnel.....	54
4. Allocation stratégique des volants budgétaires.....	84
5. Texte des Statuts amendés de la Fondation de l'État du Koweït pour la promotion de la santé.....	93
6. Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.....	94
7. Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et les décisions adoptées par le Conseil exécutif	112

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour²
2. Rapport du Directeur général
3. Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif
4. Rapports des comités régionaux au Conseil exécutif
5. Réforme de l'OMS
 - 5.1 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
 - 5.2 Méthode de travail des organes directeurs
 - 5.3 Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme
6. Maladies non transmissibles
 - 6.1 Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition
 - 6.2 Élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
 - 6.3 Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : informations actualisées
 - 6.4 Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (26 janvier 2015).

² **EB133(1) Suppression d'un point de l'ordre du jour**

Le Conseil exécutif a décidé :

- 1) de supprimer le point 6.3 de son ordre du jour provisoire ;
- 2) de prier le Directeur général de tenir des consultations informelles avec des États Membres de toutes les Régions en vue de parvenir à un consensus sur l'intitulé et le contenu de ce point ;
- 3) d'inscrire un point au projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif, sans intitulé et avec un appel de note renvoyant à la présente décision, étant entendu que l'intitulé et le contenu définitifs du point refléteront les résultats des consultations informelles organisées par le Directeur général.

(Deuxième séance, 29 mai 2013)

Les consultations informelles ne sont pas achevées. Le Directeur général informera les membres du Conseil exécutif de l'avancée des travaux.

- 6.5 Rapport de situation mondial sur la violence et la santé
- 6.6 Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique
- 7. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie
 - 7.1 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - 7.2 Santé et environnement
 - Prendre en compte les effets de la pollution de l'air sur la santé
 - Climat et santé : résultats de la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat
 - 7.3 Santé des adolescents
 - 7.4 Femmes et santé : 20 ans après la Déclaration et le Programme d'action de Beijing
- 8. Préparation, surveillance et intervention
 - 8.1 Résistance aux antimicrobiens
 - 8.2 Poliomyélite
 - 8.3 Application du Règlement sanitaire international (2005)
- 9. Maladies transmissibles
 - 9.1 Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015
 - 9.2 Dengue : prévention et lutte
 - 9.3 Plan d'action mondial pour les vaccins
 - 9.4 Flambée 2014 de maladie à virus Ebola
- 10. Systèmes de santé
 - 10.1 Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle
 - 10.2 Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
 - 10.3 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetment étiquetés/falsifiés/contrefaits
 - 10.4 Suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

- 10.5 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
- 10.6 Produits sanguins et autres produits médicaux d'origine humaine
- 11. Questions programmatiques et budgétaires
 - 11.1 Exécution et financement du budget programme 2014-2015 : mise à jour
 - 11.2 Projet de budget programme 2016-2017
 - 11.3 Allocation stratégique des volants budgétaires
- 12. Questions financières
 - 12.1 Projet de stratégie financière pour l'OMS
 - 12.2 Barème des contributions 2016-2017
- 13. Questions de gestion et de gouvernance
 - 13.1 Évaluation
 - 13.2 Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
 - 13.3 Rapports des comités du Conseil exécutif
 - Comité permanent des organisations non gouvernementales
 - Fondations et distinctions
 - 13.4 Ordre du jour provisoire de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et date, lieu et projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-septième session du Conseil exécutif
- 14. Questions relatives au personnel
 - 14.1 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique
 - 14.2 Nomination du Directeur régional pour l'Europe
 - 14.3 Déclaration du représentant des associations du personnel de l'OMS
 - 14.4 Ressources humaines : informations actualisées
 - 14.5 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
 - 14.6 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel

15. Questions soumises pour information

15.1 Rapports des organes consultatifs

- Comités d'experts et groupes d'étude

16. Clôture de la session

LISTE DES DOCUMENTS

EB136/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB136/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB136/1 Add.1	Proposition d'inscription d'un point supplémentaire à l'ordre du jour
EB136/2	Rapport du Directeur général à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif
EB136/3	Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif
EB136/4	Rapport des comités régionaux au Conseil exécutif
EB136/5	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ²
EB136/6	Méthodes de travail des organes directeurs
EB136/7	Réforme de l'OMS : vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme
EB136/8	Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition
EB136/9	Élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
EB136/10	Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : informations actualisées
EB136/11	Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ³
EB136/11 Add.1	Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles Proposition de plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles couvrant la période 2016-2017
EB136/12 et Corr. 1	Rapport de situation mondial sur la violence et la santé

¹ Voir page ix.

² Voir l'annexe 7.

³ Voir l'annexe 6.

EB136/13	Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique ¹
EB136/14	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
EB136/15	Santé et environnement : prendre en compte les effets de la pollution de l'air sur la santé
EB136/16	Santé et environnement Climat et santé : résultats de la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat
EB136/17	Santé des adolescents
EB136/18	Femmes et santé : 20 ans après la Déclaration et le Programme d'action de Beijing
EB136/19	Résistance aux antimicrobiens Rapport récapitulatif des progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA67.25 sur la résistance aux antimicrobiens
EB136/20	Résistance aux antimicrobiens Projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens
EB136/21	Poliomyélite
EB136/21 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
EB136/22	Application du Règlement sanitaire international (2005) Faire face aux urgences de santé publique ¹
EB136/22 Add.1	Application du Règlement sanitaire international (2005) Rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ²
EB136/23	Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015 ¹
EB136/24	Dengue : prévention et lutte
EB136/25	Plan d'action mondial pour les vaccins

¹ Voir l'annexe 7.

² Voir les annexes 1 et 7.

LISTE DES DOCUMENTS

EB136/26	Situation et difficultés actuelles – comment enrayer l'épidémie – préparation dans les pays et les Régions non touchés
EB136/27	Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle ¹
EB136/28	Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
EB136/29	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
EB136/30	Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
EB136/30 Add.1	Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement Projets de démonstration de recherche-développement en santé
EB136/31	Évaluation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
EB136/32	Produits sanguins et autres produits médicaux d'origine humaine ¹
EB136/33 Rev.1	Exécution et financement du budget programme 2014-2015 : mise à jour
EB136/34 et Corr.1	Avant-projet de budget programme pour l'exercice 2016-2017
EB136/35	Allocation stratégique des volants budgétaires ²
EB136/36	Projet de stratégie financière pour l'OMS
EB136/37	Barème des contributions 2016-2017
EB136/38	Évaluation
EB136/39	Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
EB136/40	Rapports des comités du Conseil exécutif Rapport du Comité permanent des organisations non gouvernementales ³

¹ Voir l'annexe 7.

² Voir les annexes 4 et 7.

³ Voir l'annexe 2.

EB136/41	Distinctions ¹
EB136/42	Ordre du jour provisoire de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et date, lieu et ordre du jour provisoire de la cent trente-septième session du Conseil exécutif
EB136/43	Nomination du Directeur régional pour l’Afrique
EB136/44	Nomination du Directeur régional pour l’Europe
EB136/45	Ressources humaines : informations actualisées
EB136/46	Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
EB136/47	Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel ²
EB136/47 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 ³
EB136/48 Rev.1	Rapport des organes consultatifs Comités d’experts et groupes d’étude
EB136/48 Add.1	Rapport des organes consultatifs Comités d’experts et groupes d’étude – Tableaux et comités d’experts et leur composition
EB136/49	Faire en sorte que l’OMS soit capable de se préparer et de répondre à des flambées et des urgences de grande ampleur et prolongées

Documents d’information

EB136/INF./1	Déclaration du représentant des associations du personnel de l’OMS
EB136/INF./2	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques Information sur les délibérations des comités régionaux
EB136/INF./3	Processus d’élaboration du projet de budget programme 2016-2017

¹ Voir l’annexe 5.

² Voir l’annexe 3.

³ Voir l’annexe 7.

LISTE DES DOCUMENTS

EB136/INF./4	Accélération du développement et du lancement potentiel des vaccins, traitements et produits diagnostiques face à la maladie à virus Ebola
EB136/INF./5	Mise en place de systèmes de santé résilients dans les pays touchés par la maladie à virus Ebola
EB136/INF./6	Efforts accomplis à ce jour dans la préparation des pays et Régions épargnés face à une importation potentielle de maladie à virus Ebola
EB136/INF./7	RSI et Ebola
EB136/INF./8	Situation de la maladie à virus Ebola fin 2014 : « Objectif zéro »
EB136/INF./9	Ressources humaines : informations actualisées Note sur le statut de l'OPS

Documents divers

EB136/DIV./1 Rev.1	Liste des membres et autres participants
EB136/DIV./2	Emploi du temps quotidien préliminaire
EB136/DIV./3	Décisions et liste des résolutions
EB136/DIV./4	Liste des documents

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

RÉSOLUTIONS

EB136.R1 Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport intitulé « Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015 »,¹

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA58.2 sur la lutte antipaludique, WHA60.18 sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme, et WHA64.17 sur le paludisme ainsi que les résolutions 65/273, 66/289, 67/299 et 68/308 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la consolidation des acquis et l'intensification de l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, d'ici 2015 ;

Reconnaissant les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) et des cibles fixées par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.2 ;

Reconnaissant que ces avancées offrent la possibilité, lorsque des investissements supplémentaires dans les nouvelles interventions d'un bon rapport coût/efficacité viennent les compléter, de réduire encore davantage la forte charge du paludisme et d'accélérer les progrès vers l'élimination ;

Notant que, selon les estimations, environ 200 millions de cas de paludisme sont survenus en 2013, que la maladie a tué plus de 580 000 personnes cette année-là, pour la plupart des enfants de moins de cinq ans en Afrique, qu'elle fait peser un fardeau important sur les ménages, les communautés et les services de santé des pays à forte charge et que le nombre de cas et de décès augmentera si l'on ne redouble pas d'efforts pour réduire la charge de la maladie ;

Reconnaissant que les interventions contre le paludisme présentent un très bon rapport coût/efficacité, mais qu'il faut d'urgence battre en brèche et vaincre les obstacles à l'accès universel des populations à risque aux mesures de lutte antivectorielle, aux thérapies préventives, aux tests de diagnostic de qualité garantie et au traitement antipaludique ;

¹ Document EB136/23.

² Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Reconnaissant également que la morbidité et la mortalité imputables au paludisme à travers le monde peuvent être fortement réduites moyennant un engagement politique et des ressources proportionnées, pour autant que l'on informe et sensibilise le public au sujet du paludisme et que des services de santé appropriés soient mis à disposition, en particulier dans les pays où la maladie est endémique ;

Profondément préoccupée par la menace régionale et mondiale que font peser sur la santé l'apparition et la propagation de la résistance aux insecticides et aux médicaments, y compris la résistance à l'artémisinine, et par les problèmes systémiques qui empêchent d'accomplir de nouveaux progrès, notamment la faiblesse des systèmes de santé et de surveillance des maladies dans nombre de pays touchés ;

Consciente de la gravité du fardeau économique et social que le paludisme fait peser sur les communautés les plus vulnérables et les plus pauvres des pays d'endémie palustre, et de la charge disproportionnée supportée par les pays d'Afrique subsaharienne et les groupes à haut risque, y compris les populations migrantes et mobiles ;

Consciente aussi qu'une réduction de la charge du paludisme peut améliorer les conditions sociales et sortir les communautés de la pauvreté, et qu'elle a des effets socio-économiques bénéfiques ;

Reconnaissant que les succès récents de la prévention et de la lutte contre le paludisme sont fragiles et que les progrès futurs dépendront de l'action menée au sein du secteur de la santé et au-delà, laquelle appelle des engagements politiques et financiers à long terme, une collaboration régionale solide, le renforcement des systèmes de santé et des investissements dans l'innovation et la recherche ;

Reconnaissant que, dans un monde interconnecté et interdépendant, aucun pays n'est à l'abri du risque palustre, notamment ceux qui ont récemment éliminé la maladie ou dans lesquels elle n'est pas endémique,

1. ADOPTE la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030, notamment :
 - 1) sa vision audacieuse d'un monde sans paludisme et ses cibles consistant à réduire les taux d'incidence et de mortalité d'au moins 90 % à l'échelle mondiale d'ici 2030, à éliminer la maladie dans au moins 35 nouveaux pays et à empêcher sa résurgence dans les pays qui en étaient exempts en 2015 ;
 - 2) ses objectifs intermédiaires connexes pour 2020 et 2025 ;
 - 3) ses cinq principes : accélération des efforts vers l'élimination ; appropriation et conduite par les pays avec l'engagement et la participation des communautés ; amélioration de la surveillance, du suivi et de l'évaluation ; équité de l'accès aux services de santé ; et innovation dans les outils et les approches de mise en œuvre ;
 - 4) ses trois piliers : garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut de pays exempt de paludisme ; et faire de la surveillance du paludisme une intervention de base ;
 - 5) ses deux éléments d'appui : mettre à profit l'innovation et développer la recherche ; et favoriser un environnement propice ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹
- 1) à actualiser les stratégies et plans opérationnels nationaux de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ;
 - 2) à intensifier les efforts nationaux et régionaux visant à réduire la morbidité et la mortalité imputables au paludisme dans les pays à forte charge, à accélérer les progrès vers l'élimination et, le cas échéant, à maintenir le statut de pays exempt de paludisme ;
 - 3) à renforcer les systèmes de santé, dans les secteurs public et privé, et à élaborer des plans pour instaurer et maintenir l'accès universel des populations à risque aux interventions de lutte antipaludique de base recommandées par l'OMS ;
 - 4) à intensifier les efforts nationaux, transfrontaliers, régionaux et infrarégionaux déployés pour parer à la menace que représente l'augmentation de la résistance aux insecticides et aux médicaments, y compris la résistance à l'artémisinine ;
 - 5) à promouvoir la collaboration multisectorielle, les programmes éducatifs et la participation de la communauté en vue de renforcer l'action menée pour combattre et éliminer le paludisme ;
 - 6) à créer et à renforcer, selon qu'il conviendra, des systèmes nationaux de surveillance du paludisme et de lutte antipaludique afin d'améliorer la qualité des données ainsi que l'efficacité et l'efficience des mesures nationales de lutte contre le paludisme ;
 - 7) à promouvoir la recherche fondamentale et la recherche appliquée sur le paludisme, à accélérer la mise au point et l'adoption de nouveaux outils de bonne qualité et d'un bon rapport coût/efficacité, en particulier de vaccins, de médicaments, de produits diagnostiques, de moyens de surveillance, d'insecticides et d'outils de lutte antivectorielle pour prévenir et combattre le paludisme, et à collaborer sur de nouvelles approches ;
 - 8) à renforcer les capacités en ressources humaines et les infrastructures afin d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la viabilité des mesures de lutte contre le paludisme, tout en veillant à la mise en cohérence et aux synergies avec le système de santé global ;
 - 9) à examiner les incidences financières de la présente résolution dans le contexte général du développement du secteur de la santé et à accroître le financement national, régional et international des interventions de lutte antipaludique et des initiatives transfrontalières et régionales ;
3. INVITE les partenaires internationaux, régionaux et nationaux à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, en particulier ceux du Partenariat Faire reculer le paludisme, à participer et à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ;

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

4. DEMANDE aux partenaires internationaux de l’OMS, y compris les organisations intergouvernementales et internationales, les organismes de financement, les établissements d’enseignement et de recherche, la société civile et le secteur privé, de prêter leur concours aux États Membres,¹ selon qu’il conviendra, en vue :

1) de mobiliser un financement suffisant et prévisible pour réduire plus rapidement la charge de paludisme, en particulier dans les pays à forte charge, et progresser vers l’élimination, conformément aux objectifs intermédiaires et aux cibles proposés dans la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ;

2) de soutenir la production de connaissances, la recherche et l’innovation afin d’accélérer la mise au point de nouveaux outils de lutte antivectorielle, produits diagnostiques, médicaments et vaccins et de nouvelles solutions pour la surveillance, la gestion des données, l’exécution opérationnelle et la mise en œuvre ;

3) d’harmoniser le soutien apporté aux pays pour l’adoption et la mise en œuvre des politiques et stratégies recommandées par l’OMS ;

5. PRIE le Directeur général :

1) de fournir aux États Membres¹ un soutien technique et des orientations pour mettre en œuvre, adapter au niveau national et rendre opérationnelle la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ;

2) d’actualiser régulièrement les orientations techniques sur la prévention, la prise en charge et l’élimination du paludisme, à mesure qu’on recueille de nouvelles données et qu’on dispose d’outils et d’approches novateurs ;

3) de suivre la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 et d’en évaluer l’impact du point de vue des progrès accomplis par rapport aux objectifs intermédiaires et aux cibles ;

4) de renforcer les capacités du Secrétariat de telle sorte qu’il puisse augmenter son soutien technique aux États Membres,¹ afin d’atteindre les objectifs intermédiaires et les cibles mondiaux ;

5) de veiller à ce que toutes les parties concernées de l’Organisation, au Siège, au niveau régional et dans les pays, contribuent activement et de façon coordonnée à promouvoir et à mettre en œuvre la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ;

6) de faire rapport aux Soixante-Dixième et Soixante-Douzième Assemblées mondiales de la Santé, par l’intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis, et à intervalles réguliers par la suite.

(Deuxième séance, 26 janvier 2015)

¹ Et, le cas échéant, aux organisations d’intégration économique régionale.

EB136.R2 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Vu par ailleurs la désignation faite par le Comité régional de l'Afrique à sa soixante-quatrième session,

1. NOMME le Dr Matshidiso Rebecca Moeti en qualité de Directeur régional pour l'Afrique à compter du 1^{er} février 2015 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir au bénéfice du Dr Matshidiso Rebecca Moeti un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2015, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du personnel.

(Troisième séance, 27 janvier 2015)

EB136.R3 Remerciements au Dr Luis Gomes Sambo

Le Conseil exécutif,

Désirant, à l'occasion du départ à la retraite du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional pour l'Afrique, lui exprimer sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus à l'Organisation mondiale de la Santé ;

Sachant avec quel dévouement il a servi, sa vie durant, la cause de l'action de santé internationale et retenant plus particulièrement les 10 années pendant lesquelles il a rempli les fonctions de Directeur régional pour l'Afrique ;

Rappelant la résolution AFR/RC64/R2, adoptée par le Comité régional de l'Afrique, qui décerne au Dr Luis Gomes Sambo le titre de Directeur régional émérite,

1. EXPRIME sa profonde gratitude et sa grande appréciation au Dr Luis Gomes Sambo pour son inestimable contribution à l'action de l'OMS ;
2. ADRESSE à cette occasion au Dr Luis Gomes Sambo ses vœux les plus sincères pour de nombreuses années encore au service de l'humanité.

(Troisième séance, 27 janvier 2015)

EB136.R4 Nomination du Directeur régional pour l'Europe

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Vu par ailleurs la désignation faite par le Comité régional de l'Europe à sa soixante-quatrième session,

1. **NOMME À NOUVEAU** Mme Zsuzsanna Jakab en qualité de Directeur régional pour l'Europe à compter du 1^{er} février 2015 ;
2. **AUTORISE** le Directeur général à établir au bénéfice de Mme Zsuzsanna Jakab un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2015, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du personnel.

(Troisième séance, 27 janvier 2015)

EB136.R5 Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination antiamarile recommandée pour les voyageurs

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005),¹

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant l'adoption par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé de l'annexe 7 actualisée du Règlement sanitaire international (2005)³ et le rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination,⁴ dans lequel il conclut qu'une dose unique de vaccin antiamaril suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune, qu'une dose de rappel n'est pas nécessaire et qu'un certificat de vaccination antiamarile reste valable à vie pour le sujet vacciné ;

Soulignant que les États Parties peuvent immédiatement appliquer ces modifications même si le texte amendé de l'annexe 7 du Règlement sanitaire international (2005) ne devrait entrer en vigueur qu'en juin 2016, conformément à l'article 59 du Règlement ;

Notant qu'aux fins de l'annexe 7 du Règlement sanitaire international (2005), la vaccination antiamarile peut être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'Organisation a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune,

1. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :

- 1) à préciser à l'OMS, au cours de la période de transition jusqu'en juin 2016, s'ils acceptent volontairement de prolonger à vie la durée de validité d'un certificat de vaccination antiamarile ;

¹ Voir le document EB136/22.

² Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

³ Voir la résolution WHA67.13 et le document WHA67/2014/REC/1, annexe 5.

⁴ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2013 – Conclusions et recommandations. Relevé épidémiologique hebdomadaire 2013 : 88(20):201-216 (<http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf?ua=1>, consulté le 4 mai 2015).

- 2) à donner suite à la recommandation de l'OMS concernant la définition des zones à risque de fièvre jaune ainsi qu'aux recommandations concernant la vaccination antiamarile des voyageurs ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de publier, et d'actualiser en temps réel, une liste en ligne des pays acceptant un certificat de vaccination antiamarile valable à vie ;
 - 2) de constituer un groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie du risque amaril, auquel participeront les pays comprenant des zones à risque, afin : i) d'actualiser en permanence la cartographie du risque amaril ; et ii) de fournir des orientations concernant la vaccination antiamarile des voyageurs de manière à faciliter les voyages internationaux.

(Huitième séance, 29 janvier 2015)

EB136.R6 Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI,²

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant aux États Membres leurs droits et obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et leurs responsabilités envers la communauté internationale ;

Rappelant le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la grippe pandémique A(H1N1) 2009 transmis par le Directeur général à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;⁴

Prenant en considération la constitution d'un comité d'examen comme prévu aux articles 5 et 13 du Règlement sanitaire international (2005) et conformément aux dispositions du chapitre III du titre IX du Règlement ;

¹ Voir l'annexe 1.

² Document EB136/22 Add.1.

³ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁴ Document A64/10.

Se félicitant de la conclusion fructueuse des travaux du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, de la façon dont son président a exercé ses fonctions, de l'engagement manifesté par ses membres et de la présentation de son rapport au Directeur général pour communication à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à appuyer la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de présenter un rapport de situation à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ;

2) d'apporter un soutien technique aux États Membres pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI.

(Huitième séance, 29 janvier 2015)

EB136.R7 Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport intitulé « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle »,¹

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant que chaque année, plus de 234 millions d'actes chirurgicaux sont pratiqués dans le monde pour traiter un large éventail d'affections nécessitant une prise en charge chirurgicale et touchant des patients de tous âges – dystocie, malformations congénitales, cataracte, cancer, diabète, pathologies abdominales aiguës, brûlures et traumatismes consécutifs à un accident domestique, un accident industriel ou un accident de la route, par exemple – et que les affections pour lesquelles la chirurgie est l'une des principales solutions thérapeutiques devraient devenir de plus en plus courantes dans les années à venir ;

¹ Document EB136/27.

² Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Notant que bon nombre des maladies dont le traitement repose sur un acte chirurgical sont parmi les 15 premières causes de handicap physique dans le monde et que 11 % de la charge mondiale de morbidité est attribuable à des maladies que la chirurgie permettrait de traiter avec succès, les pays à revenu faible ou intermédiaire étant les plus touchés ;

Reconnaissant que, chaque année dans le monde, plus de 100 millions de personnes sont blessées et plus de cinq millions de personnes meurent des suites d'actes de violence et de traumatismes, et que 90 % de la mortalité due à la violence et aux traumatismes dans le monde est concentrée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Notant que plus de 289 000 femmes meurent chaque année lors de l'accouchement et qu'environ un quart des décès maternels, ainsi que des décès et incapacités chez les nourrissons qui sont la conséquence d'une dystocie, d'une hémorragie ou d'une infection, pourraient être évités si des soins chirurgicaux et des services d'anesthésie étaient disponibles dans des conditions sûres partout dans le monde ;

Notant aussi que fournir durablement des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie fait partie intégrante des soins de santé primaires, permet de diminuer la mortalité et le handicap, de réduire le nombre de décès résultant de malformations congénitales et de prévenir d'autres issues défavorables des traumatismes et des maladies non transmissibles ;

Notant en outre l'importance des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et mener à bien après 2015 les chantiers inachevés, y compris la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant l'importance d'une orientation-recours sans retard et de l'existence de normes et de protocoles, tels que ceux définis dans le module de l'OMS pour la gestion intégrée des services chirurgicaux essentiels et d'urgence, pour la continuité des soins, et rappelant que dans la résolution WHA55.18 sur la qualité des soins et la sécurité des patients, les États Membres étaient instamment invités à créer sur des bases scientifiques et à renforcer les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins, y compris pour surveiller les médicaments ainsi que le matériel et la technologie médico-sanitaires ;

Reconnaissant aussi que les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie sont un complément délaissé bien qu'efficace et d'un bon rapport coût/efficacité de l'ensemble des services de santé fondamentaux, et que le développement des capacités en matière de soins chirurgicaux d'urgence, de soins chirurgicaux essentiels et d'anesthésie, en particulier dans les hôpitaux de premier recours, est une solution d'un très bon rapport coût/efficacité pour réduire la charge mondiale de morbidité ;

Notant l'importance de l'analgésie en chirurgie et en anesthésie, et rappelant qu'une forte proportion de la population mondiale n'a qu'un accès limité aux analgésiques opioïdes pour le soulagement de la douleur, que les patients souffrant de douleurs modérées ou aiguës sont souvent privés du traitement dont ils auraient besoin, que l'accès est faible voire inexistant pour 5,5 milliards de personnes (83 % de la population mondiale), qu'il est modéré pour 250 millions de personnes (4 %) et adéquat pour 460 millions (7 %), et que pour 430 autres millions (7 %), les données disponibles sont insuffisantes ;

Reconnaissant qu'une réglementation et des politiques équilibrées pour améliorer l'accès aux médicaments placés sous contrôle tout en prévenant leur usage abusif ont été mises en place avec succès dans un certain nombre de pays ;

Soulignant que les États Membres¹ doivent, avec le soutien du Secrétariat de l'OMS, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, veiller à ce que les efforts visant à empêcher le détournement des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international et leur usage illicite, conformément aux conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues, ne créent pas d'obstacles réglementaires indus à l'accès à ces médicaments pour raisons médicales ;²

Rappelant que dans la résolution WHA56.24 sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, le Directeur général était prié de fournir un appui technique pour renforcer les services de secours d'urgence et de prise en charge des victimes d'actes de violence, et que dans la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, il était recommandé aux États Membres de renforcer les services d'urgence et de réadaptation pour les victimes d'accidents de la circulation ;

Reconnaissant que 15 % de la population mondiale vit avec un handicap et rappelant que dans la résolution WHA58.23 sur les incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris, les États Membres étaient instamment invités à promouvoir une intervention rapide et à prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité, en particulier pendant la grossesse et l'enfance, et à mettre en œuvre les moyens les plus efficaces de prévenir les incapacités, parmi lesquels des interventions chirurgicales efficaces en temps voulu, le cas échéant ;

Consciente qu'il est indispensable de renforcer les systèmes de santé pour fournir un accès à des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, et rappelant la résolution WHA60.22 sur les systèmes de santé et les systèmes de soins d'urgence, qui reconnaissait que l'amélioration de l'organisation et de la planification des soins de traumatologie et d'urgence, y compris des soins chirurgicaux, est un élément essentiel de la prestation intégrée des soins de santé ;

Rappelant aussi la résolution WHA64.6 sur le renforcement des personnels de santé, dans laquelle les États Membres sont instamment invités 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, y compris à l'accès aux soins chirurgicaux d'urgence, aux soins chirurgicaux essentiels et à l'anesthésie ;

Rappelant en outre la résolution WHA66.10 sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui appelle à lutter contre les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques, et notant le rôle important que jouent les soins chirurgicaux dans le diagnostic, le traitement et la guérison d'une part significative de ces maladies ;

Consciente de l'importance majeure que revêtent l'accès à des agents antimicrobiens efficaces et leur usage responsable pour la sécurité des soins chirurgicaux, et rappelant la résolution WHA67.25 sur la résistance aux antimicrobiens, dans laquelle les États Membres sont instamment invités à agir d'urgence pour combattre la résistance aux antimicrobiens ;

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

² Voir la résolution WHA67.19.

Rappelant la résolution WHA67.19 sur le renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie, dans laquelle les États Membres¹ sont instamment invités à promouvoir la collaboration afin de disposer d'un stock adapté de médicaments essentiels pour les soins palliatifs et le Directeur général est prié d'étudier les moyens d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments utilisés pour les soins palliatifs en consultant les États Membres, les réseaux concernés et la société civile ainsi que d'autres acteurs internationaux, selon qu'il conviendra ;

Prenant note du travail déjà accompli par l'Initiative mondiale de l'OMS pour les soins chirurgicaux d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels dans le cadre du programme de l'OMS pour les soins chirurgicaux d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels, de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients et du deuxième défi mondial de l'Alliance pour la sécurité des patients, « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies » ;

Préoccupée par le fait qu'un investissement insuffisant dans l'infrastructure des systèmes de santé, une formation inadéquate du personnel chargé des soins chirurgicaux et l'absence d'approvisionnement stable en matériel et produits chirurgicaux essentiels dans de nombreux pays sont autant d'obstacles à l'amélioration de la prestation des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie ;

Reconnaissant que des moyens adaptés, judicieux et fiables pour mesurer la sécurité des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie sont nécessaires pour l'évaluation et le suivi, et pour recueillir un soutien politique et public ;

Sachant que de nombreux pays ne sont pas en mesure d'atteindre le seuil de 2,28 professionnels de santé qualifiés pour 1000 habitants et que de nombreux actes chirurgicaux, y compris les sutures les plus simples, les épisiotomies et le drainage des abcès, peuvent être accomplis avec succès par d'autres agents de santé qualifiés moyennant le partage des tâches aux niveaux du district et du sous-district ;²

Considérant que des efforts supplémentaires sont nécessaires à l'échelle mondiale pour développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie de façon à ce qu'ils soient dispensés avec efficacité et en temps voulu à ceux qui en ont besoin dans le contexte global du système de santé et des initiatives connexes de santé et de promotion de la santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à définir et à considérer comme prioritaire un ensemble de base de services chirurgicaux d'urgence, de services chirurgicaux essentiels et de services d'anesthésie au niveau des soins de santé primaires et des hôpitaux de premier recours, et à mettre au point des méthodes et des systèmes de financement pour que tous ceux qui en ont besoin aient accès à des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, y compris en favorisant l'orientation-recours en temps voulu et une utilisation plus efficace du personnel de santé moyennant le partage des tâches, le cas échéant, dans le cadre d'un réseau intégré de soins chirurgicaux afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle ;

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

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

2) à intégrer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie dans les établissements de soins primaires et les hôpitaux de premier recours, et à promouvoir les capacités dans ce domaine en tant qu'éléments indispensables à l'instauration de la couverture sanitaire universelle ;

3) à promouvoir la prestation de soins chirurgicaux d'urgence, de soins chirurgicaux essentiels et de services d'anesthésie, et à faire en sorte que les ministères de la santé jouent un rôle directeur dans ce domaine et que des mécanismes de coordination intersectorielle, y compris entre tous les dispensateurs de soins, soient en place pour contrôler et renforcer la fourniture de ces soins et services ;

4) à promouvoir l'accès à des médicaments essentiels, y compris aux médicaments placés sous contrôle, aux antibiotiques, aux dispositifs médicaux et aux produits diagnostiques utilisés en anesthésiologie et en chirurgie, qui soient de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable et utilisés de manière responsable et appropriée et conformément aux lignes directrices de l'OMS ;

5) à procéder régulièrement à l'évaluation et au suivi des capacités des établissements de santé en matière de soins chirurgicaux d'urgence, de soins chirurgicaux essentiels et d'anesthésie afin de recenser les besoins non satisfaits en infrastructures, ressources humaines, formation et fournitures ;

6) à recueillir et compiler des données sur le nombre, le type et les caractéristiques des actes chirurgicaux effectués, les orientations-recours et la mortalité péri-opératoire dans leurs pays respectifs, et à communiquer ces données selon qu'il conviendra ;

7) à renforcer la lutte anti-infectieuse en tant qu'élément essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie ;

8) à élaborer et appliquer des politiques en matière de soins chirurgicaux et d'anesthésie afin de garantir des normes minimales pour disposer d'un personnel qualifié, de matériel, d'infrastructures et de fournitures adéquats, et d'examiner, surveiller et évaluer l'accès aux services et leur qualité, lesquelles seront intégrées à des programmes et à une législation basés sur les connaissances actuelles et sur des considérations mettant en avant le droit de chacun de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ;

9) à veiller à ce que les compétences essentielles fassent partie des programmes d'études médicales, de la formation pratique et théorique des étudiants dans les diverses disciplines concernées – professions médicales, personnel infirmier, sages-femmes et autres dispensateurs de soins chirurgicaux – ainsi que de la formation continue des professions amenées à fournir des soins chirurgicaux et des services d'anesthésie ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'encourager les réseaux et les partenariats multisectoriels, les politiques et les plans d'action multidisciplinaires, et de soutenir les efforts nationaux, régionaux et mondiaux visant à élaborer, sur des bases scientifiques, des approches en matière de prévention, de dépistage et de mise en œuvre des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie, et à améliorer les programmes d'enseignement et de formation ;

- 2) de faciliter la collaboration entre les États Membres¹ pour le partage et l'échange des informations, des compétences et des technologies essentielles au renforcement des services de chirurgie et d'anesthésie ;
- 3) de faire connaître les solutions d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire la morbidité, la mortalité et prévenir ou traiter le handicap et les difformités en organisant et en planifiant mieux les services d'anesthésie et les soins chirurgicaux de façon à ce qu'ils soient adaptés aux situations où les ressources sont limitées, et de continuer à organiser régulièrement des réunions d'experts pour développer les échanges techniques et renforcer les capacités dans ce domaine ;
- 4) d'établir des mécanismes pour recueillir les données enregistrées sur les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et les services d'anesthésie afin de mieux cerner les besoins non satisfaits et de développer les capacités mondiales en chirurgie et en anesthésie dans le contexte de la couverture sanitaire universelle ;
- 5) de concevoir des moyens adaptés, judicieux et fiables pour mesurer l'accès aux soins chirurgicaux d'urgence, aux soins chirurgicaux essentiels et à l'anesthésie ainsi que leur sécurité, et de mettre à disposition un moyen d'ajuster, en fonction des risques, des indicateurs tels que le taux de mortalité péri-opératoire, de rendre compte et de faire une évaluation comparative de ces mesures ;
- 6) de recueillir, évaluer et notifier des données sur les coûts de la prestation des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et des services d'anesthésie, ainsi que sur l'impact économique de leur disponibilité ;
- 7) de soutenir les États Membres¹ dans l'élaboration et l'application d'une réglementation et de politiques garantissant l'accès à des médicaments essentiels de qualité, sûrs, efficaces et d'un coût abordable, y compris les médicaments sous contrôle pour le traitement de la douleur, les dispositifs médicaux et les produits diagnostiques utilisés pour les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie ;
- 8) de continuer, par l'intermédiaire du programme OMS d'accès aux médicaments sous contrôle, à seconder les États Membres désireux de passer en revue et d'améliorer la législation et les politiques nationales pour trouver un équilibre entre, d'une part, la prévention de l'utilisation abusive, du détournement et du trafic de substances placées sous contrôle et, d'autre part, l'accès approprié aux médicaments sous contrôle, conformément aux conventions des Nations Unies sur le contrôle international des drogues ;
- 9) de travailler avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, les ministères de la santé et les autres autorités nationales compétentes aux niveaux national, régional et mondial afin de promouvoir la disponibilité et le contrôle équilibré des médicaments sous contrôle destinés aux soins chirurgicaux d'urgence, aux soins chirurgicaux essentiels et à l'anesthésie ;

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

- 10) de coopérer aussi avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour seconder les États Membres¹ dans l'établissement d'estimations précises permettant de garantir la disponibilité des médicaments pour les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie, y compris par une meilleure mise en œuvre des recommandations sur l'estimation des besoins en substances placées sous contrôle international ;
- 11) de soutenir les États Membres¹ dans la conception de politiques et de stratégies qui améliorent les compétences des personnels de santé requis pour les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie, en particulier au niveau des soins de santé primaires et des hôpitaux de premier recours ;
- 12) de réserver des ressources suffisantes pour le Secrétariat, conformément au projet de budget programme 2016-2017 et au douzième programme général de travail, 2014-2019, pour développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle ;
- 13) de travailler avec les États Membres et d'autres partenaires concernés pour concevoir des stratégies visant à aider les États Membres à mobiliser des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs de développement des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle ;
- 14) de faire rapport à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, en 2017, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance, 29 janvier 2015)

EB136.R8 Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la charge mondiale de l'épilepsie et la nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique,²

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

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

² Document EB136/13.

³ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant la résolution WHA66.8, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, et la résolution WHA67.22 sur l'accès aux médicaments essentiels ;

Prenant note de la résolution 68/269 de l'Assemblée générale des Nations Unies et des résolutions WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, WHA66.12 sur les maladies tropicales négligées, WHA67.10 sur le Plan d'action pour la santé du nouveau-né et WHA67.15 sur le renforcement du rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, ainsi que des discussions sur la lutte contre la neurocysticercose et ses liens avec l'épilepsie lors de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ;¹

Prenant acte de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,² dans laquelle les chefs d'État et de gouvernement ont reconnu que les troubles mentaux et neurologiques sont une cause importante de morbidité et contribuent à la charge mondiale des maladies non transmissibles, rendant ainsi nécessaire un accès équitable à des programmes et des interventions de soins de santé efficaces ;

Considérant les objectifs du Millénaire pour le développement, le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, intitulé « L'avenir que nous voulons »,³ et le rapport du groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable créé en vertu de la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui propose l'objectif 3 (donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges) et la cible 3.4 (d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) ;⁴

Reconnaissant que l'épilepsie est l'une des maladies neurologiques chroniques graves les plus répandues, touchant 50 millions de personnes de tous âges dans le monde, que les personnes atteintes sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de l'ignorance, des idées fausses et des attitudes négatives qui entourent la maladie, et qu'elles font face à de graves difficultés s'agissant, par exemple, de l'éducation, de l'emploi, du mariage et de la santé génésique ;

Notant avec préoccupation que l'épilepsie, par son ampleur, sévit indépendamment de l'âge, du sexe, de la race ou du niveau de revenu et notant également que les populations pauvres et celles qui sont en situation de vulnérabilité, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, supportent une charge disproportionnée, ce qui constitue une menace pour la santé publique et le développement économique et social ;

¹ Voir le document WHA56/2003/REC/3, Summary record of the fourth meeting of Committee A.

² Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Document A/68/970.

Consciente qu'il existe de grandes différences dans le niveau de prise en charge de l'épilepsie d'un pays à l'autre, sachant par exemple que le nombre médian de neurologues dans les pays à faible revenu n'est que de 0,03 pour 100 000 habitants, que, souvent, les médicaments antiépileptiques essentiels ne sont pas disponibles et que, selon les estimations, le déficit en matière de traitement est supérieur à 75 % dans les pays à faible revenu et nettement plus important dans les zones rurales que dans les zones urbaines ;

Notant que la majorité des personnes souffrant d'épilepsie peuvent mener une vie normale sans crises si elles sont correctement traitées avec des médicaments antiépileptiques d'un bon rapport coût/efficacité et abordables ;

Reconnaissant en outre que certaines causes de l'épilepsie peuvent être évitées et qu'il est possible de promouvoir cette action préventive au sein du secteur de la santé mais aussi dans d'autres secteurs ;

Consciente qu'en 1997, l'OMS et deux organisations non gouvernementales internationales, la Ligue internationale contre l'épilepsie et le Bureau international de l'épilepsie, ont lancé la campagne mondiale contre l'épilepsie « Sortir de l'ombre » et qu'en 2008, l'OMS a mis en route le programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale », base solide sur laquelle l'OMS s'est appuyée pour continuer à diriger et coordonner les activités de développement à l'échelle mondiale concernant l'épilepsie ;

Consciente aussi que la pratique en Chine et dans d'autres pays à faible revenu a démontré qu'une action coordonnée au niveau des pays peut s'avérer très efficace pour lutter contre la maladie et améliorer la qualité de vie de millions de personnes atteintes d'épilepsie pour un coût modeste ;

Reconnaissant les progrès remarquables accomplis récemment dans les techniques de prise en charge de l'épilepsie, depuis la recherche fondamentale jusqu'au diagnostic et au traitement ;

Considérant que des organisations gouvernementales internationales, des organisations non gouvernementales, des sociétés universitaires et d'autres organismes ont récemment investi davantage dans la prise en charge de l'épilepsie et qu'ils ont accompli un travail considérable en collaboration avec les gouvernements, comme c'est le cas de la Ligue internationale contre l'épilepsie et du Bureau international de l'épilepsie, qui sont en relations officielles avec l'OMS et collaborent avec elle depuis plusieurs décennies aux fins de la prise en charge de la maladie ;

Reconnaissant qu'il incombe à l'OMS de continuer à diriger et coordonner l'action et de prendre des mesures efficaces pour la prise en charge de l'épilepsie, compte tenu de son grand impact sur la santé publique,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à renforcer le leadership et la gouvernance afin que les politiques en matière de santé, de santé mentale et de maladies non transmissibles prennent en considération les besoins spécifiques des personnes atteintes d'épilepsie, et à mettre à disposition les ressources financières, humaines et les autres ressources identifiées, selon les besoins, pour mettre en œuvre des plans et des mesures fondés sur des bases factuelles ;

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

- 2) à adopter et mettre en œuvre, si nécessaire et conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, des plans d'action nationaux pour prendre en charge l'épilepsie, afin de remédier aux inégalités et au manque d'équité dans les services de santé, les services sociaux et les autres services connexes, en vouant une attention spéciale aux personnes épileptiques en situation de vulnérabilité, par exemple celles qui vivent dans des zones pauvres et isolées, y compris en renforçant les services de santé publique et en formant le personnel local aux bonnes techniques ;
 - 3) à intégrer la prise en charge de l'épilepsie, y compris les soins et les services sociaux, en particulier les services communautaires, en considération de la couverture sanitaire universelle, réadaptation communautaire comprise, dans les soins de santé primaires, le cas échéant, pour mieux combler le déficit en matière de traitement, en formant les dispensateurs de soins non spécialisés afin qu'ils aient les connaissances de base nécessaires pour, dans la mesure du possible, diagnostiquer, traiter l'épilepsie et en assurer le suivi dans des centres de soins de santé primaires, ainsi qu'en donnant aux personnes atteintes d'épilepsie et aux aidants les moyens de recourir davantage à des programmes d'autoprise en charge et de soins à domicile, en assurant un système d'orientation-recours solide et opérationnel et en renforçant les systèmes d'information et de surveillance sanitaire pour collecter, notifier, analyser et évaluer systématiquement les tendances en matière de prise en charge de l'épilepsie ;
 - 4) à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prise en charge de l'épilepsie, en particulier pour rendre plus accessibles et plus abordables les médicaments anti-épileptiques sûrs, efficaces et de qualité garantie, et à inscrire les anti-épileptiques essentiels sur les listes nationales de médicaments essentiels ;
 - 5) à veiller à la sensibilisation et à l'éducation du public au sujet de l'épilepsie, en particulier dans les écoles primaires et secondaires, afin de contribuer à brèche les idées fausses, la stigmatisation et la discrimination auxquelles les épileptiques sont très souvent en butte dans beaucoup de pays et de Régions ;
 - 6) à promouvoir des mesures visant à prévenir les causes de l'épilepsie, moyennant des interventions reposant sur des données factuelles, dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs ;
 - 7) à investir davantage dans la recherche sur l'épilepsie et à accroître les capacités de recherche ;
 - 8) à collaborer avec la société civile et d'autres partenaires pour les mesures indiquées aux paragraphes 1.1) à 1.7) ci-dessus ;
2. INVITE les partenaires internationaux, régionaux, nationaux et locaux, dans le secteur de la santé et au-delà, à participer et concourir à la mise en œuvre des mesures énoncées aux paragraphes 1.1) à 1.8) ci-dessus ;
 3. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'examiner et d'évaluer les mesures concernant l'épilepsie que l'OMS a dirigées, coordonnées et soutenues, afin de recenser, synthétiser et unifier les meilleures pratiques dans le but de rendre ces informations largement disponibles, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

2) d'élaborer, en consultation avec les parties intéressées et sur la base des travaux demandés au paragraphe 1) du dispositif, une série de recommandations techniques qui guideront les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et services consacrés à l'épilepsie, et d'apporter un soutien technique aux États Membres qui s'efforcent de mieux prendre en charge l'épilepsie, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

3) de faire rapport à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R9 Barème des contributions 2016-2017

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le barème des contributions 2016-2017,¹

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

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹

ADOpte le barème des contributions des Membres et des Membres associés pour l'exercice 2016-2017 tel qu'il figure ci-après.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2016-2017
	%
Afghanistan	0,0050
Afrique du Sud	0,3720
Albanie	0,0100
Algérie	0,1370
Allemagne	7,1416
Andorre	0,0080
Angola	0,0100
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	0,8641
Argentine	0,4320
Arménie	0,0070
Australie	2,0741
Autriche	0,7981
Azerbaïdjan	0,0400
Bahamas	0,0170
Bahreïn	0,0390
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0080

¹ Document EB136/37.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2016-2017 %
Bélarus	0,0560
Belgique	0,9981
Belize	0,0010
Bénin	0,0030
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0090
Bosnie-Herzégovine	0,0170
Botswana	0,0170
Brésil	2,9342
Brunéi Darussalam	0,0260
Bulgarie	0,0470
Burkina Faso	0,0030
Burundi	0,0010
Cambodge	0,0040
Cameroun	0,0120
Canada	2,9842
Cabo Verde	0,0010
Chili	0,3340
Chine	5,1484
Chypre	0,0470
Colombie	0,2590
Comores	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0380
Côte d'Ivoire	0,0110
Croatie	0,1260
Cuba	0,0690
Danemark	0,6750
Djibouti	0,0010
Dominique	0,0010
Égypte	0,1340
El Salvador	0,0160
Émirats arabes unis	0,5950
Équateur	0,0440
Érythrée	0,0010
Espagne	2,9732
Estonie	0,0400
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0100
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,0080
Fédération de Russie	2,4382
Fidji	0,0030
Finlande	0,5190
France	5,5935
Gabon	0,0200
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0070
Ghana	0,0140
Grèce	0,6380
Grenade	0,0010

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2016-2017 %
Guatemala	0,0270
Guinée	0,0010
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0100
Guyana	0,0010
Haïti	0,0030
Honduras	0,0080
Hongrie	0,2660
Îles Cook	0,0010
Îles Marshall	0,0010
Îles Salomon	0,0010
Inde	0,6660
Indonésie	0,3460
Iran (République islamique d')	0,3560
Iraq	0,0680
Irlande	0,4180
Islande	0,0270
Israël	0,3960
Italie	4,4483
Jamaïque	0,0110
Japon	10,8338
Jordanie	0,0220
Kazakhstan	0,1210
Kenya	0,0130
Kirghizistan	0,0020
Kiribati	0,0010
Koweït	0,2730
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0470
Liban	0,0420
Libéria	0,0010
Libye	0,1420
Lituanie	0,0730
Luxembourg	0,0810
Madagascar	0,0030
Malaisie	0,2810
Malawi	0,0020
Maldives	0,0010
Mali	0,0040
Malte	0,0160
Maroc	0,0620
Maurice	0,0130
Mauritanie	0,0020
Mexique	1,8421
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0120
Mongolie	0,0030
Monténégro	0,0050
Mozambique	0,0030
Myanmar	0,0100

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2016-2017 %
Namibie	0,0100
Nauru	0,0010
Népal	0,0060
Nicaragua	0,0030
Niger	0,0020
Nigéria	0,0900
Nioué	0,0010
Norvège	0,8511
Nouvelle-Zélande	0,2530
Oman	0,1020
Ouganda	0,0060
Ouzbékistan	0,0150
Pakistan	0,0850
Palaos	0,0010
Panama	0,0260
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0040
Paraguay	0,0100
Pays-Bas	1,6541
Pérou	0,1170
Philippines	0,1540
Pologne	0,9211
Porto Rico	0,0010
Portugal	0,4740
Qatar	0,2090
République arabe syrienne	0,0360
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	1,9941
République démocratique du Congo	0,0030
République démocratique populaire lao	0,0020
République de Moldova	0,0030
République dominicaine	0,0450
République populaire démocratique de Corée	0,0060
République tchèque	0,3860
République-Unie de Tanzanie	0,0090
Roumanie	0,2260
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	5,1794
Rwanda	0,0020
Sainte-Lucie	0,0010
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0010
Saint-Marin	0,0030
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,0010
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0060
Serbie	0,0400
Seychelles	0,0010
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,3840
Slovaquie	0,1710
Slovénie	0,1000

Membres et Membres associés	Barème de l’OMS pour 2016-2017 %
Somalie	0,0010
Soudan	0,0100
Soudan du Sud	0,0040
Sri Lanka	0,0250
Suède	0,9601
Suisse	1,0471
Suriname	0,0040
Swaziland	0,0030
Tadjikistan	0,0030
Tchad	0,0020
Thaïlande	0,2390
Timor-Leste	0,0020
Togo	0,0010
Tokélaou	0,0010
Tonga	0,0010
Trinité-et-Tobago	0,0440
Tunisie	0,0360
Turkménistan	0,0190
Turquie	1,3281
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0990
Uruguay	0,0520
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,6270
Viet Nam	0,0420
Yémen	0,0100
Zambie	0,0060
Zimbabwe	0,0020
Total	100,0000

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R10 Relations avec les organisations non gouvernementales¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport de son Comité permanent des organisations non gouvernementales,²

1. DÉCIDE d’admettre à des relations officielles avec l’OMS les organisations non gouvernementales suivantes : l’Alliance mondiale des technologies médicales ; l’Alliance pour la promotion de la santé ; l’Association internationale d’épidémiologie ; la Fédération mondiale des sociétés de médecine chinoise ; la Fondation pour l’innovation en matière de nouveaux diagnostics ; la Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT and Radiation Therapy Trade Association ; Health Technology Assessment international ; Humatem ; l’Opération Médicaments antipaludiques ;

¹ Voir l’annexe 2 et la décision EB136(6).

² Document EB136/40.

l'Organisation internationale de physique médicale ; RAD-AID International ; la Société internationale d'audiologie ; et le Tropical Health and Education Trust ;

2. DÉCIDE EN OUTRE de mettre fin aux relations officielles avec l'Institut international des sciences de la vie.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R11 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel : rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel,²

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^{er} janvier 2015 en ce qui concerne la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R12 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,²

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

La Soixante-Huitième 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 \$174 371 par an, avec un traitement net correspondant de US \$135 560 (avec personnes à charge) ou de US \$122 754 (sans personnes à charge) ;

2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$191 856 par an, avec un traitement net correspondant de US \$147 799 (avec personnes à charge) ou de US \$133 012 (sans personnes à charge) ;

¹ Voir l'annexe 3 et, à l'annexe 7, les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/47.

3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$235 889 par an, avec un traitement net correspondant de US \$178 622 (avec personnes à charge) ou de US \$158 850 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2015.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R13 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel,²

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^{er} février 2015 en ce qui concerne l'objet du Règlement du personnel ; le rapport entre le Statut du personnel et le Règlement du personnel ; les amendements au Règlement du personnel ; les conditions d'application du Règlement du personnel ; la date d'entrée en vigueur du Règlement du personnel ; les dérogations au Règlement du personnel ; la délégation de pouvoirs ; le classement des postes ; les paiements et retenues ; les principes régissant le recrutement (articles 410.1, 410.3.2 et 410.3.3) ; les principes régissant les engagements ; les examens médicaux et les vaccinations ; la procédure relative aux engagements ; la date d'entrée en vigueur de l'engagement ; la réintégration lors du réengagement ; les mutations entre organisations ; l'obligation des membres du personnel de fournir des renseignements les concernant ; les bénéficiaires d'un membre du personnel ; l'affectation ; la formation professionnelle ; la gestion et le développement des services du personnel ; l'augmentation à l'intérieur de la classe ; l'avancement au mérite à l'intérieur de la classe ; la mutation ; le reclassement dans une classe inférieure ; la notification et la date d'entrée en vigueur des changements de situation ; les jours fériés ; les heures supplémentaires et les congés de compensation ; les congés annuels ; le congé dans les foyers ; le congé pour service ou période d'instruction militaire ; l'approbation, la notification et l'enregistrement des congés ; les autres formes de congés ; la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ; l'assurance-maladie du personnel et l'assurance-accidents et maladie ; les voyages des membres du personnel ; le droit d'association ; les représentants des membres du personnel ; le financement des activités des associations du personnel ; la démission ; la résiliation d'engagements temporaires ; la suppression de postes ; le travail non satisfaisant ou l'inaptitude aux fonctions internationales ; la faute grave ; les mesures disciplinaires ; la faute grave entraînant un préjudice financier ; l'avertissement non disciplinaire ; le congé administratif dans l'attente de l'établissement de la faute ; et la notification et le droit de réponse.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

¹ Voir l'annexe 3 et, à l'annexe 7, les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/47.

EB136.R14 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel,²

CONFIRME, conformément à l'article 12.2 du Statut du personnel, les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du personnel en ce qui concerne la fixation des traitements ; les principes régissant le recrutement (article 410.4) ; la mobilité ; et le refus de mutation, avec effet à compter de l'entrée en vigueur de la politique de mobilité de l'Organisation.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136.R15 Amendements au Statut du personnel¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel,²

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'article 12.1 du Statut du personnel, d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant les nominations, transferts, mutations et promotions des membres du personnel ; et la cessation de l'emploi,

ADOPTE l'amendement proposé à l'article 4.1 du Statut du personnel ;

ADOPTE l'amendement proposé à l'article 4.2 du Statut du personnel ;

ADOPTE l'amendement proposé à l'article 4.3 du Statut du personnel ;

ADOPTE l'amendement proposé à l'article 4.4 du Statut du personnel ;

ADOPTE l'amendement proposé à l'article 9.2 du Statut du personnel ;

DÉCIDE que ces amendements prendront effet à compter de l'entrée en vigueur de la politique de mobilité de l'Organisation.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

¹ Voir l'annexe 3 et, à l'annexe 7, les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/47.

DÉCISIONS

EB136(1) Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport de la troisième réunion du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits,¹ a décidé de demander à l'Assemblée mondiale de la Santé de reporter l'examen du dispositif d'un an, soit à 2017, ainsi que proposé dans le rapport de la réunion.

(Neuvième séance, 30 janvier 2015)

EB136(2) Principes destinés à faire l'objet d'un consensus mondial sur le don et la gestion du sang, de ses constituants et des produits médicaux d'origine humaine²

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Secrétariat sur les produits sanguins et les autres produits médicaux d'origine humaine,³

- 1) a rappelé les principes directeurs relatifs à la sécurité, à la qualité et à la disponibilité du sang et des produits sanguins défendus par l'Assemblée de la Santé dans les résolutions WHA28.72, WHA58.13 et WHA63.12, ainsi que les principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, approuvés dans la résolution WHA63.22 ;
- 2) a noté que plusieurs produits médicaux d'origine humaine, destinés à une application clinique chez l'homme, ont d'importants points communs dans la mesure où ils partagent certaines caractéristiques inhérentes à leur origine humaine ;
- 3) a reconnu que la protection du donneur est une condition préalable pour répondre aux besoins des patients en termes d'accès à des produits médicaux d'origine humaine sans risque, lequel est d'une grande importance dans le contexte de l'accès à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;
- 4) a reconnu que les produits médicaux d'origine humaine peuvent poser des problèmes de sécurité pour les donneurs et les receveurs ;
- 5) a reconnu qu'il faut parvenir à un consensus mondial sur le don et la gestion des produits médicaux d'origine humaine destinés à une application clinique chez l'homme, sur la base de mécanismes de bonne gouvernance, pour protéger les droits fondamentaux des donneurs ;

¹ Document EB136/29, annexe.

² Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

³ Document EB136/32.

6) a reconnu en outre que des normes adéquates garantissant la qualité et la sécurité des produits médicaux d'origine humaine et assurant la traçabilité, la vigilance, la surveillance et un accès équitable à ces produits sont essentielles pour le bien-être des receveurs ;

7) a prié le Directeur général d'organiser des consultations avec les États Membres et les partenaires internationaux en vue de parvenir à un consensus mondial sur des principes directeurs d'éthique concernant le don et la gestion des produits médicaux d'origine humaine mentionnés, à la mise en place de mécanismes de bonne gouvernance et à l'élaboration d'instruments communs pour assurer la qualité, la sécurité et la traçabilité, ainsi que l'accès équitable et la disponibilité, le cas échéant, ces consultations devant aboutir à un document qui sera soumis à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.

(Dixième séance, 30 janvier 2015)

EB136(3) Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques¹

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Secrétariat sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques² et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration au Conseil exécutif³ et du rapport intitulé « Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques : information sur les délibérations des comités régionaux »,⁴

1) a noté que d'importants progrès ont été faits dans l'élaboration du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques mais que des améliorations doivent encore y être apportées, en particulier mais pas exclusivement sur les questions énumérées dans l'annexe à la présente décision, en vue de son adoption par consensus à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

2) a décidé d'inviter les États Membres⁵ à soumettre au Directeur général, d'ici le 16 février 2015, des propositions précises d'amendements, d'ajouts ou de suppressions dans le texte du projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et dans les quatre politiques spécifiques figurant dans l'annexe du document EB136/5 ;

3) a prié le Directeur général :

a) de compiler ces propositions et de les communiquer aux États Membres⁶ d'ici le 9 mars 2015 ;

b) de convoquer une réunion intergouvernementale à composition non limitée du 30 mars au 1^{er} avril 2015 afin d'examiner les propositions de texte soumises par les États Membres ;⁵

¹ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/5.

³ Document EB136/3.

⁴ Document EB136/INF./2.

⁵ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

⁶ Et, le cas échéant, aux organisations d'intégration économique régionale.

c) de soumettre à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration, une version révisée du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques qui tiennent compte de l'issue de la réunion intergouvernementale susmentionnée.

ANNEXE

LISTE NON-EXHAUSTIVE DES QUESTIONS SUR LESQUELLES LES ÉTATS MEMBRES SEMBLENT ENCORE DEVOIR TRAVAILLER

Conflits d'intérêts (y compris les conflits d'intérêts individuels)

Critères de vérification diligente et processus de gestion des risques

Transparence

Détachements et mise à disposition de personnel

Rôle du secteur privé (acceptation de fonds, dispositif de mise en commun, production de données factuelles et sensibilisation)

Collaboration avec certains secteurs d'activité

Critères de classement des acteurs non étatiques dans une catégorie donnée, y compris critères appliqués pour classer certaines organisations non gouvernementales comme associations professionnelles internationales

Types de réunions auxquelles les acteurs non étatiques peuvent participer

Utilisation des fonds apportés par les acteurs non étatiques pour financer les traitements des membres du personnel de l'OMS

Relations officielles (certains aspects)

Définition de politiques, de normes et de critères

Applicabilité du cadre à tous les niveaux de l'Organisation et dans les six Régions

Principes généraux régissant la collaboration

Définition de termes (« indépendant », « ressources », etc.)

Soutien de l'élaboration des politiques au niveau national.

(Onzième séance, 30 janvier 2015)

EB136(4) Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition¹

Le Conseil exécutif, rappelant les cibles et les plans d'action internationaux de l'OMS dans ce domaine, dont les cibles mondiales 2025 de l'OMS en matière de nutrition² et le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020,³ et ayant examiné le rapport du Directeur général sur les résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition,⁴ a décidé ce qui suit :

- 1) de prendre note des engagements de la Déclaration de Rome sur la nutrition et des recommandations du Cadre d'action ;
- 2) de prier le Directeur général :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres⁵ pour honorer les engagements de la Déclaration de Rome sur la nutrition dans de multiples secteurs, en étendant les orientations de l'OMS fondées sur des bases factuelles aux domaines visés par le Cadre d'action dans les secteurs qui relèvent du mandat de l'OMS ; en élaborant, autant que de besoin, des documents d'orientation fondés sur les données scientifiques les plus solides dont on dispose pour justifier, déterminer les modalités opérationnelles et obtenir les éléments nécessaires au calcul des coûts et des avantages des politiques recommandées, avec la participation active de toutes les parties intéressées ;⁶ en renforçant les initiatives multilatérales prises aux niveaux mondial et régional pour échanger des données d'expérience sur la mise en œuvre de différentes approches politiques ou mesures législatives ; et en créant, avec le Directeur général de la FAO et en coopération avec d'autres institutions des Nations Unies, un répertoire d'exemples de plans nationaux pour la nutrition, couvrant aussi les investissements supplémentaires consentis pour améliorer l'alimentation et la nutrition, ainsi que des plans intéressant la nutrition dans les domaines de la santé, de l'agriculture, du commerce, de la protection sociale, de l'éducation, de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de l'environnement ;
 - b) de contribuer, avec le Directeur général de FAO, aux mécanismes conjoints des Nations Unies en matière de nutrition, comme le Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies, le Partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants (REACH), l'Équipe spéciale de haut niveau sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire et l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en améliorant les mécanismes de coordination interinstitutions existants et en élaborant un programme mondial des Nations Unies sur la nutrition qui tienne compte des mandats des différentes organisations ;

¹ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

² Voir dans le document WHA65/2012/REC/1, annexe 2, les cibles mondiales fixées en matière de nutrition pour 2025, qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 ; voir aussi http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/ (consulté le 5 février 2015).

³ Voir la résolution WHA66.10 ; voir aussi le document WHA66/2013/REC/1, annexe 4, appendice 2.

⁴ Document EB136/8.

⁵ Et, le cas échéant, aux organisations d'intégration économique régionale.

⁶ Conformément aux orientations que l'Assemblée mondiale de la Santé donnera sur la collaboration avec les acteurs non étatiques.

- c) de faciliter et de renforcer la coordination intersectorielle des activités et des mesures, en se fondant sur les données d'expérience et les bonnes pratiques actuelles, en préparant des documents d'orientation, si nécessaire, en collaborant comme il conviendra avec le Comité de la sécurité alimentaire mondiale et le mécanisme mondial de coordination de la lutte contre les maladies non transmissibles, et en maintenant la collaboration, notamment avec différentes plateformes multipartites comme l'initiative Renforcer la nutrition, conformément aux orientations que l'Assemblée de la Santé donnera sur la collaboration avec les acteurs non étatiques ;
- d) de contribuer, avec le Directeur général de la FAO et en étroite collaboration avec d'autres partenaires des Nations Unies, à la responsabilisation, y compris en invitant les États Membres à enregistrer leurs engagements dans chacun des domaines indiqués dans le Cadre d'action, selon qu'il conviendra ;
- e) d'aider l'Assemblée générale des Nations Unies à étudier en 2015 la possibilité d'instaurer une Décennie d'action pour la nutrition, de 2016 à 2025, dans le cadre des structures existantes et à l'aide des ressources disponibles, en préparant, conjointement avec le Directeur de la FAO et en coopération avec d'autres institutions des Nations Unies, une feuille de route qui proposera des étapes et des mesures prioritaires à prendre par les gouvernements, les organisations internationales et d'autres acteurs, et en contribuant aux discussions informelles entre les États Membres ;¹
- f) de faciliter les discussions informelles entre États Membres dans le but de permettre aux parlements nationaux de traiter du suivi de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition lors de la cent trente-deuxième Assemblée de l'Union interparlementaire, en 2015 ;
- 3) de recommander à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé :
- a) de souscrire à la Déclaration de Rome sur la nutrition ainsi qu'au Cadre d'action, qui présente une série d'options d'action et de stratégies volontaires à l'usage des gouvernements ;
- b) d'appeler les États Membres¹ à honorer les engagements de la Déclaration de Rome en appliquant une série d'options d'action volontaires définies dans le Cadre d'action ;
- c) de prier le Directeur général d'établir, en collaboration avec le Directeur général de la FAO et d'autres institutions, fonds et programmes des Nations Unies ainsi que d'autres organisations régionales et internationales concernées, un rapport biennal à présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'exécution des engagements de la Déclaration de Rome sur la nutrition.

(Douzième séance, 31 janvier 2015)

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

EB136(5) Allocation stratégique des volants budgétaires¹

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur l'allocation stratégique des volants budgétaires² et le rapport du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires,³

- 1) a accueilli avec satisfaction le rapport du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires et exprimé ses remerciements aux membres du groupe de travail pour la diligence, l'objectivité et la ponctualité avec lesquelles ils ont élaboré une méthodologie ;
- 2) a approuvé les principes directeurs recommandés par le groupe de travail ;
- 3) a prié le Directeur général, en ce qui concerne le projet de budget programme 2016-2017 :
 - a) d'appliquer les recommandations du groupe de travail concernant les segments opérationnels 2 (production de biens mondiaux et régionaux), 3 (gestion et administration) et 4 (intervention dans les situations d'urgence telles que flambées épidémiques et crises) ;
 - b) de proposer, en consultation avec le Groupe de la politique mondiale, une allocation de volants budgétaires pour le segment opérationnel 1 (coopération technique au niveau des pays) en appliquant les principes directeurs de la nouvelle méthodologie, en se fondant sur les trois piliers définis pour l'établissement du budget programme 2016-2017 (approche ascendante, chiffrage réaliste des coûts des produits, rôles et responsabilités clairement définis aux trois niveaux de l'Organisation) ainsi qu'il a été demandé dans la décision WHA66(9), et en prenant en compte les besoins des différentes Régions et les observations faites à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif ;
- 4) a prié le groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires de continuer à mettre au point le segment opérationnel 1 (coopération technique au niveau des pays) en tenant compte des questions soulevées à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif concernant la méthodologie proposée, le choix d'indicateurs appropriés et la disponibilité des données, ainsi que des observations écrites soumises par les États Membres au Secrétariat jusqu'au 28 février 2015, et de faire rapport à la cent trente-septième session du Conseil exécutif, en mai 2015 ;
- 5) a décidé d'élargir la composition du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires à deux États Membres par Région.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

¹ Voir l'annexe 4 et, à l'annexe 7, les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/35.

³ Document EB136/35, annexe.

EB136(6) Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS¹

Le Conseil exécutif, ayant procédé à l'examen et pris note du rapport de son Comité permanent des organisations non gouvernementales concernant l'examen d'un tiers de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS,² et donnant suite à la décision EB134(7), a décidé ce qui suit :

- 1) prenant note avec satisfaction de leur collaboration avec l'OMS et se félicitant de l'intérêt qu'elles continuent de manifester pour l'action de l'Organisation, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l'OMS et les 56 organisations non gouvernementales dont les noms figurent dans l'annexe au document EB136/40 ;
- 2) notant que des plans de collaboration avaient été convenus, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l'OMS et l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants, et l'Association mondiale de psychiatrie ;
- 3) notant également que la CMC– L'Action des églises pour la santé avait été intégrée dans le Conseil œcuménique des Églises et que celui-ci était convenu d'un plan de collaboration avec l'OMS, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l'OMS et la CMC – L'Action des Églises pour la santé sous le nom de Conseil œcuménique des Églises.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(7) 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 2015 au Dr Yagoub Yousef Al Mazrou (Arabie saoudite) pour son importante contribution à l'action de santé publique en Arabie saoudite. Le lauréat recevra l'équivalent de CHF 2500 en dollars des États-Unis.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(8) 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 le Prix Sasakawa pour la santé pour 2015 à la Childbirth with Dignity Foundation (Pologne), qui est récompensée pour l'importante contribution que son travail novateur a apportée à la santé publique en Pologne. Le lauréat, en tant qu'organisation, recevra US \$40 000.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

¹ Voir l'annexe 2.

² Document EB136/40.

EB136(9) 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 le Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la santé pour 2015 à la Fondation « Akogo? » (Pologne), qui est récompensée pour sa contribution novatrice à la couverture des soins de santé primaires en Pologne. Le lauréat recevra US \$20 000.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(10) 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 le Prix de l'État du Koweït pour la recherche en promotion de la santé pour 2015 au Dr Alaa Eldien Mohamed El Ghamrawy (Égypte), qui est récompensé pour sa contribution personnelle à la création du programme national contre les cardiopathies rhumatismales en Égypte. Le lauréat recevra US \$20 000.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(11) Amendements aux Statuts de la Fondation de l'État du Koweït pour la promotion de la santé¹

Le Conseil exécutif, conformément aux dispositions de l'article 11 des Statuts de la Fondation de l'État du Koweït pour la promotion de la santé, a approuvé la révision de ses Statuts, à savoir que l'article 6.3 soit supprimé et que les articles 4, 8 et 11 soient révisés pour : i) rationaliser l'utilisation des fonds ; ii) prendre en compte la modification du nom du Prix ; iii) élargir le but du Prix en prévoyant qu'il récompense une contribution remarquable à la recherche dans les domaine des soins de santé destinés aux personnes âgées et de la promotion de la santé ; iv) prévoir un mécanisme de financement supplémentaire ; et v) simplifier les processus.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(12) 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 la santé publique pour 2015 à la Fédération internationale de thalassémie (Chypre) pour sa contribution remarquable à la santé publique. Le lauréat recevra US \$100 000.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

¹ Voir l'annexe 5.

EB136(13) Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles¹

Le Conseil exécutif a décidé de prier le Directeur général de publier, dans les mois à venir, une note technique sur la manière dont il ferait rapport en 2017 à l'Assemblée générale des Nations Unies sur les engagements nationaux figurant dans le document final de 2014² et dans la déclaration politique de 2011,³ en utilisant les instruments d'enquête existants et en tenant compte des indicateurs existants aux niveaux régional et mondial.

(Quatorzième séance, 2 février 2015)

EB136(14) Agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur les effets de la pollution de l'air sur la santé,⁴ a pris note des discussions en cours sur le projet de résolution présenté au titre du point 7.2 de l'ordre du jour, qui figure dans le document EB136/CONF./9 Rev.1,⁵ et a encouragé les États Membres à mener à bien ces travaux afin que le projet de résolution soit dûment examiné par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

(Quinzième séance, 3 février 2015)

EB136(15) Climat et santé : résultats de la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat

Le Conseil exécutif a pris note du rapport du Secrétariat intitulé « Climat et santé : résultats de la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat »⁶ et a approuvé le plan de travail révisé, en demandant au Secrétariat de tenir compte des observations formulées sur le plan de travail au cours des discussions.

(Quinzième séance, 3 février 2015)

¹ Voir l'annexe 6.

² Voir le document EB136/11, annexe 1.

³ Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la résolution 66/2 (2011).

⁴ Document EB136/15.

⁵ Voir les procès-verbaux de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif, quinzième séance, section 1 (en anglais seulement).

⁶ Document EB136/16.

EB136(16) Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme¹

Le Conseil exécutif, rappelant les documents pertinents de l'OMS et les accords sur la réforme de l'OMS et ayant examiné le rapport du Secrétariat intitulé « Réforme de l'OMS : vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme » ;² reconnaissant que le pilier de la réforme de la gouvernance de l'OMS est indispensable pour amener le processus de réforme transformationnelle à l'issue souhaitée, réforme sur laquelle les organes directeurs travaillent depuis plus de quatre ans ; reconnaissant aussi que le pilier de la gouvernance peut bénéficier des résultats d'autres aspects de la réforme de l'OMS ; soulignant que le processus présenté ci-dessous a un mandat distinct et qu'il ne doit en aucune manière entraver les initiatives de réforme en cours, et rappelant en particulier les conclusions de la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola,³ ayant également examiné le rapport présenté récemment par le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance à la vingt et unième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration,⁴ où il indique que la lenteur des progrès au regard du pilier de la réforme de la gouvernance risque d'entraver le programme général de réforme de l'OMS et se dit préoccupé par le manque d'alignement des priorités entre les trois niveaux de l'Organisation,

1) a décidé :

a) de créer un processus ouvert de consultation des États Membres⁵ sur la réforme de la gouvernance, qui devra achever ses travaux avant la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et fournir, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des recommandations sur la manière d'améliorer l'efficacité de la gouvernance de l'OMS, et qui aura pour mandat de considérer :

i) les méthodes de travail des organes directeurs, notamment les propositions pertinentes du Secrétariat et la deuxième étape de l'évaluation de la réforme de l'OMS, ainsi que l'établissement de l'ordre du jour, y compris la forte augmentation du nombre de points de l'ordre du jour, de résolutions et de décisions et ses répercussions sur la gouvernance, et le fonctionnement du Bureau du Conseil exécutif et du Bureau de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

ii) les moyens concrets de mieux aligner la gouvernance aux trois niveaux de l'Organisation, pour une plus grande responsabilisation et une plus grande efficacité ;

b) que le processus de consultation des États Membres devrait prévoir deux réunions ouvertes à la participation de tous les États Membres⁵ sur un pied d'égalité, et la création d'un groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations détaillées sur les deux sous-éléments ci-dessus relatifs au mandat de ce processus consultatif. Ce groupe de travail sera composé de deux membres par Région ayant l'expérience voulue et dont les coordonnateurs régionaux basés à Genève organiseront la sélection et faciliteront les travaux, l'objectif étant de n'exclure personne ;

¹ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/7.

³ EBSS/3.

⁴ Annexe du document EBPBAC21/2, en particulier les paragraphes 28, 29 et 30.

⁵ Et, le cas échéant, des organisations d'intégration économique régionale.

- 2) a invité instamment les États Membres¹ à présenter leurs contributions et propositions concernant les sous-éléments du paragraphe 1 sur la plateforme en ligne, comme indiqué ci-dessous, d'ici le 2 mars 2015 ;
- 3) a décidé en outre :
- a) que la première réunion des États Membres se tiendrait sur une journée, juste avant la vingt-deuxième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration en mai 2015, qui sera réduite à deux jours, et que des orientations concrètes y seraient données au groupe de travail ;
 - b) que la deuxième réunion des États Membres se tiendrait en novembre 2015 au plus tard et que des recommandations y seraient formulées à l'intention du Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session ;
 - c) que le groupe de travail se réunirait au moins une fois avant la première réunion des États Membres et qu'il présenterait à celle-ci un rapport préliminaire fondé sur les contributions des États Membres et du Secrétariat, comme indiqué ci-dessous, et qu'il tiendrait au moins une autre réunion avant la deuxième réunion des États Membres, à laquelle il présenterait un rapport final assorti de recommandations ;
- 4) a prié le Directeur général :
- a) de créer une plateforme en ligne afin de faciliter la mise en commun des contributions et des propositions des États Membres,² avant la première réunion des États Membres, et de maintenir la plateforme en service tout au long de ce processus ouvert de consultation ;
 - b) de mettre les éléments suivants à disposition sur la plateforme en ligne créée au titre du paragraphe 4) a) :
 - i) un recueil des documents de base existants sur la réforme de la gouvernance, pour la première réunion du groupe de travail et la première réunion des États Membres, y compris les rapports, les évaluations, les résolutions et les décisions ;
 - ii) un récapitulatif, sur les dix dernières années, du nombre de points de l'ordre du jour, de documents, de décisions et de résolutions pour le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé, et le nombre de réunions formelles et informelles qui se sont tenues pendant et entre les sessions des organes directeurs, ainsi que les coûts occasionnés ;
 - iii) le coût actuel des réunions formelles et informelles pendant et entre les sessions des organes directeurs, y compris les différences de prix selon qu'elles se tiennent ou non à Genève ;
- 5) a prié le processus de consultation des États Membres de faire rapport sur la réforme de la gouvernance à la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, au titre d'un point distinct de l'ordre du jour, afin que les recommandations finales soient passées en revue avant d'être examinées par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

(Quinzième séance, 3 février 2015)

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

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

EB136(17) Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle¹

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Secrétariat sur l'évaluation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,²

- 1) a décidé de recommander à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé de prolonger jusqu'en 2018 le délai prévu pour l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle concernant les réalisations, les défis à relever et les recommandations pour l'avenir, sachant que celui-ci n'a pas été présenté en 2015, comme demandé dans la résolution WHA62.16 ;
- 2) a décidé également de recommander à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé de prolonger la période couverte par le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle jusqu'à 2022 ;
- 3) a prié le Directeur général de présenter à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en consultation avec les États Membres, un rapport sur les options à envisager pour procéder à l'évaluation globale et à l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle concernant les réalisations, les défis à relever et les recommandations pour l'avenir, notamment la possibilité de combiner les deux instruments, l'enchaînement des étapes, le mandat, le calendrier et les options envisageables pour créer un groupe chargé de diriger l'évaluation en vue de son achèvement d'ici 2018.

(Quinzième séance, 3 février 2015)

EB136(18) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,³ et rappelant sa décision antérieure selon laquelle la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé devrait se tenir au Palais des Nations à Genève, la session s'ouvrant le lundi 18 mai 2015 et prenant fin au plus tard le mardi 26 mai 2015,⁴ a approuvé l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, tel qu'il a été amendé.⁵

(Quinzième séance, 3 février 2015)

¹ Voir à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document EB136/31.

³ Document EB136/42.

⁴ Voir la décision EB135(8).

⁵ Voir les procès-verbaux de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif, quinzième séance, section 4 (en anglais seulement).

EB136(19) Date et lieu de la cent trente-septième session du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif, ayant examiné la proposition figurant au paragraphe 5 du document EB136/42, a décidé que sa cent trente-septième session se tiendrait les mercredi 27 et jeudi 28 mai 2015 au Siège de l'OMS, à Genève.

(Quinzième séance, 3 février 2015)

EB136(20) Date et lieu de la vingt-deuxième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration

Suite à la décision EB135(8) et compte tenu de la décision EB136(16), le Conseil exécutif a décidé que la vingt-deuxième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration se tiendrait les 14 et 15 mai 2015 au Siège de l'OMS, à Genève. Cette décision annule et remplace la décision EB135(8).

(Quinzième séance, 3 février 2015)

ANNEXES

ANNEXE 1

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXAMEN SUR UN DEUXIÈME DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE POUR LA MISE EN PLACE DE CAPACITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE ET SUR L'APPLICATION DU RSI¹

[EB136/22 Add.1, annexe 1 – 16 janvier 2015]

Rapport présenté au Directeur général par le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI

13 et 14 novembre 2014, Genève (Suisse)

[Les paragraphes 1 à 15 portaient sur le contexte, la nomination du Comité d'examen, l'organisation et le déroulement de la réunion.]

APPLICATION DU RSI

Progrès accomplis et défis à relever

16. Le Comité d'examen a noté les progrès considérables accomplis dans l'application du RSI en revenant sur les conclusions et recommandations du rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Le Comité a évoqué les principales réalisations suivantes : mise en place et fonctionnement de points focaux nationaux RSI ; transparence accrue dans la notification des événements grâce à une utilisation plus systématique des systèmes d'alerte précoce ; communication et collaboration plus satisfaisantes entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale ; efforts collectifs coordonnés des pays et des partenaires pour renforcer les capacités (par exemple Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010), Système intégré de surveillance des maladies et de riposte) ; mise en place de structures de coordination des interventions d'urgence ; et meilleurs mécanismes internationaux d'échange d'informations pour une intervention rapide. Ces réalisations sont le fruit des efforts considérables consentis par les États Parties, l'OMS et les donateurs. Les principales capacités aux niveaux central, intermédiaire et local sont des fonctions de santé publique essentielles dont tirent profit non seulement chaque pays mais la communauté mondiale dans son ensemble.

¹ Voir la résolution EB136.R6 et le document EB136/2015/REC/2, Summary record of the eight meeting, section 1.

17. Malgré les progrès réalisés dans bien des domaines, le Comité d'examen a souligné que, dans toutes les Régions, des pays restent confrontés à d'importantes difficultés qui les empêchent d'appliquer pleinement le RSI, les principaux obstacles étant notamment les suivants : pouvoir/capacité insuffisants des points focaux nationaux ; idée erronée selon laquelle l'application du RSI incombe uniquement au ministère de la santé ; participation/sensibilisation limitées des secteurs autres que la santé humaine ; investissement limité en termes de ressources financières et humaines nationales ; changements fréquents de personnel ; situations d'urgence complexes/conflits en cours ; besoins spécifiques des petits États insulaires et des États Parties comprenant des territoires d'outre-mer ; accent mis sur le prolongement des délais plutôt que sur le développement des capacités ; idée selon laquelle l'application est une procédure juridique rigide peu soucieuse des considérations opérationnelles et des enseignements tirés de l'expérience ; et solidarité internationale limitée s'agissant d'aider les pays les plus faibles à renforcer leurs capacités. L'évaluation que font eux-mêmes les États Parties de leur application du RSI est limitée par la qualité et la fiabilité inégales des informations fournies.

Demandes d'un deuxième délai supplémentaire

18. Le Comité a été saisi de demandes et de plans d'application détaillés au niveau des pays avant la réunion prévue pour leur examen. Le Secrétariat a également fourni des analyses globales des demandes d'un deuxième délai supplémentaire ; les États Parties ont été regroupés en fonction de l'exhaustivité du plan d'application accompagnant la demande de deuxième délai supplémentaire et de la notation de leur cadre de suivi. Le Comité d'examen a entendu l'analyse et les réflexions des représentants des bureaux régionaux de l'OMS.

19. Le Comité a examiné la variabilité des différentes demandes de délai supplémentaire, par exemple le nombre des capacités faisant l'objet de la demande, les raisons invoquées et le caractère plus ou moins complet des plans d'application proposés. Parmi les circonstances exceptionnelles et les obstacles à la pleine application du RSI évoqués par des États Parties dans leur demande figuraient notamment les suivants : temps insuffisant à disposition ; questions financières, économiques ou de santé publique (par exemple « *ressources qu'il fallait consacrer à des campagnes de vaccination de masse et à différentes flambées en cours* ») ; pénurie de personnel ; situations d'urgence prolongées (par exemple « *situations d'urgence durables résultant de trois décennies de conflits* », « *importantes lacunes subsistant en matière d'infrastructure, de ressources humaines, de développement humain, d'éducation et de santé* ») ; questions de politique intérieure ou extérieure (par exemple « *crise militaire et politique sans précédent ayant désorganisé le plan socio-économique, le fonctionnement de l'administration et le système de soins à tous les niveaux d'application des activités* ») ; et catastrophes naturelles.

Conclusion 1

20. Les efforts consentis pour acquérir, renforcer et maintenir les principales capacités prévues par le RSI doivent être considérés comme une activité permanente dans tous les pays.

21. L'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola illustre bien combien il est important de disposer aux niveaux national et local de fortes capacités de détection rapide, de riposte et de mise en place de mesures préventives pour endiguer une grave menace pour la santé publique. Parallèlement, elle fait ressortir la fragilité des systèmes de santé de certains pays ainsi que l'importance d'une démarche multisectorielle. Il est donc préoccupant qu'environ un tiers seulement des États Parties indiquent avoir satisfait aux exigences minimales concernant les principales capacités.

22. En formulant ses conseils à l'intention du Directeur général, le Comité d'examen a jugé indispensable de prendre en compte, en matière d'application, le stade auquel sont arrivés tous les États Parties et pas seulement ceux qui ont demandé un deuxième délai supplémentaire. Le Comité formule à l'intention du Directeur général les recommandations suivantes :

Recommandation 1

23. ***Il convient de féliciter les États Parties qui ont indiqué avoir satisfait aux exigences minimales concernant les principales capacités pour les efforts considérables qu'ils ont déployés. Parallèlement, il faut leur rappeler que l'application du RSI est un processus dynamique permanent qui doit constamment être évalué, maintenu et, au besoin, renforcé. Ils doivent être instamment invités à poursuivre leurs efforts pour maintenir et renforcer leurs principales capacités et à envisager d'apporter un appui à d'autres États Parties qui se heurtent à des obstacles techniques, financiers, politiques ou autres dans la mise en place de leurs principales capacités.***

Recommandation 2

24. ***Il convient d'accorder à tous les États Parties qui l'ont demandé (ou qui le feront ultérieurement) un deuxième délai supplémentaire pour 2014-2016. En leur accordant ce délai supplémentaire, le Directeur général devrait préciser si la demande est accompagnée d'un plan d'application et si celui-ci répond de manière satisfaisante aux critères pour l'obtention d'un délai supplémentaire dont la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a pris note. En communiquant avec l'État Partie concerné, le Directeur général peut aussi tenir compte d'autres informations pertinentes relatives à ses principales capacités. La communication du Directeur général avec l'État Partie peut également être utilisée par le bureau régional et le bureau de l'OMS dans le pays concerné pour collaborer avec l'État Partie et, le cas échéant, servir de base à la définition de priorités, à la détermination des prochaines étapes et à la mobilisation de ressources. L'OMS (au Siège, au niveau régional et dans les pays) devrait continuer à soutenir au besoin ces pays dans les efforts qu'ils font pour mettre en place leurs principales capacités.***

Recommandation 3

25. ***Il convient de rappeler aux États Parties qui n'ont pas encore communiqué leurs intentions à l'OMS l'importance de la transparence en ce qui concerne tant la lettre que l'esprit du Règlement. Ces Parties représentent probablement un groupe hétérogène comprenant à la fois des États qui satisfont aux règles concernant les principales capacités mais n'ont pas soumis de rapport à cet effet et d'autres qui n'ont fait que des progrès limités. L'OMS devrait s'efforcer à nouveau de prendre contact avec ces États Parties, de leur offrir son aide et de leur donner l'occasion de demander un délai supplémentaire si nécessaire ou d'indiquer qu'ils satisfont aux exigences minimales énoncées à l'annexe 1 du RSI, et qu'un délai supplémentaire n'est, de ce fait, pas nécessaire.***

Recommandation 4

26. ***Les États Parties, les parties prenantes et les donateurs devraient être encouragés à apporter l'aide technique et financière nécessaire. Les États Parties devraient être encouragés à utiliser les lignes directrices et les outils que l'OMS a élaborés ou pourrait élaborer à l'avenir pour faciliter l'application du RSI.***

Mesures à court terme visant à accélérer l'application du RSI

27. Le Comité a examiné les moyens d'apporter de nouvelles améliorations au cours du délai supplémentaire. On a estimé que tous les points focaux nationaux n'avaient pas les moyens d'action nécessaires et qu'ils devaient être bien placés dans le système de santé publique, à un niveau hiérarchique suffisamment élevé, et se trouver proches du lieu où les décisions sont prises, surtout dans les situations d'urgence.

28. Les services de laboratoire et les systèmes de surveillance devraient être mieux reliés entre eux pour améliorer la surveillance intégrée. L'épidémie de maladie à virus Ebola et d'autres événements ont bien démontré combien il est important d'avoir et d'utiliser des capacités et des réseaux de santé publique dans une situation d'urgence. On devrait renforcer la capacité diagnostique des laboratoires de niveau national et de niveau intermédiaire en les reliant aux réseaux de surveillance, en particulier ceux rattachés aux centres de santé, ainsi que par l'assurance de la qualité, par des programmes de contrôle de la qualité et par la gestion des risques biologiques.

29. Les capacités de surveillance multisectorielle aux niveaux local et communautaire devraient être renforcées en associant des agents qualifiés aux cliniciens, l'intégration des systèmes de surveillance des maladies transmissibles et autres dangers devrait être favorisée, et des systèmes d'alerte précoce et d'intervention devraient être mis en place là où on en a besoin.

30. On peut faire davantage pour renforcer la gestion des données en ce qui concerne aussi bien les laboratoires que la surveillance épidémiologique. Les problèmes en matière de gestion des données sont notamment les suivants : difficulté de traiter des données multiples provenant de sources différentes ; aucune donnée notifiée concernant certaines zones ; carence en matière de normes pour la gestion de données ; et corrélation insuffisante entre les séries de données. La collecte de données au niveau communautaire laisse à désirer pour beaucoup de flambées épidémiques. Les examens les concernant aux niveaux local et national devraient être encouragés et l'OMS devrait faciliter des méta-évaluations des 20 dernières flambées majeures pour dégager des orientations fondées sur des bases factuelles.

31. En matière d'application du RSI, l'une des difficultés majeures concerne le renforcement des principales capacités aux points d'entrée, notamment pour ce qui est de la surveillance, de la préparation et de la capacité de riposte. La maladie à virus Ebola a montré l'importance que revêt l'application de capacités de niveau adéquat dans les aéroports, les ports et les points de passage terrestre désignés. Les approches ou les outils intégrant la démographie, les migrations, la charge de morbidité, l'interface entre l'homme et l'animal, les centres de transport, le volume du trafic aérien, etc. dans des applications en ligne pourraient contribuer à l'évaluation des risques. La détermination des points d'entrée internationaux à haut risque de propagation des maladies pourrait permettre de prioriser sur une base plus scientifique l'application des capacités aux points d'entrée. Dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ebola, le dépistage à la sortie peut être utilisé pour la sécurité et le dépistage à l'entrée comme moyen d'éducation, de sensibilisation et de suivi. Il a été souligné que la coopération transfrontalière pour la cartographie des risques, la surveillance et les ripostes coordonnées aux maladies et aux événements joue un rôle critique.

32. Toujours dans le contexte de cette épidémie, les mesures de santé publique qui ont des répercussions sur les voyages et les échanges commerciaux soulèvent des problèmes complexes et difficiles qui doivent être examinés avec la plus grande attention. Un examen, effectué par un groupe technique spécial et/ou consistant en une analyse d'évaluation en bonne et due forme, s'impose pour tirer les leçons de l'expérience récente et évaluer, du point de vue de la santé publique et du point de vue plus large des effets sociaux et économiques, les solutions qui donnent ou ne donnent pas des résultats concluants, et les raisons des succès et des échecs enregistrés. Aux niveaux technique et

politique, les mesures supplémentaires prises par les pays qui s'écartent des recommandations provisoires du Directeur général de l'OMS lors des urgences de santé publique de portée internationale constituent un problème particulier (par exemple dans le cas de la maladie à virus Ebola, les interdictions globales de déplacement ne prévoyant pas d'exceptions sont des mesures qui vont plus loin que les recommandations provisoires). Les États Parties peuvent appliquer de telles mesures mais uniquement dans les conditions fixées à l'article 43 du Règlement. Un État Partie affecté par une mesure supplémentaire peut demander des consultations avec l'État Partie qui prend la mesure afin de trouver une solution mutuellement acceptable (article 43 paragraphe 7 du Règlement). En outre, l'OMS peut et doit chercher à connaître les raisons de santé publique justifiant la prise de mesures supplémentaires et en faire part aux autres pays. Lorsqu'aucune justification n'est fournie, il devrait en être fait état, par exemple sur le site d'information concernant l'événement.

33. La santé et la sécurité des agents de santé en première ligne lors d'une flambée épidémique ou d'autres événements de santé publique ont été jugées essentielles. Une approche fondamentale pour leur protection est la formation ; on a constaté lors de flambées récentes que lorsque les agents de santé avaient reçu une bonne formation, les cas d'infection étaient moins nombreux parmi eux. Il est également important de rendre les agents de santé plus confiants et de veiller à ce que les effectifs soient suffisants en leur apportant le soutien voulu, par exemple par l'assurance-maladie et le versement régulier des salaires. Le Comité d'examen a reconnu l'héroïsme dont avaient fait preuve de nombreux soignants en première ligne lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola, travaillant souvent dans des conditions extrêmement difficiles et, dans bien des cas, au péril de leur vie.

Recommandation 5

34. ***Le Comité recommande aux États Parties :***

- a) *de passer en revue et, le cas échéant, de renforcer les points focaux nationaux en leur donnant les moyens d'exercer de manière efficace les fonctions essentielles du RSI, de faciliter la prise de décisions et d'apporter un appui de haut niveau à la communication et à la coopération multisectorielle ;*
- b) *d'appuyer la formation d'équipes multidisciplinaires pour les enquêtes sur les flambées et la riposte, dotées, le cas échéant, d'une expertise en santé animale ;*
- c) *de privilégier une démarche pratique dans laquelle la coopération entre les pays fournit des solutions applicables et durables pour la surveillance, les laboratoires et les autres capacités dans les petits États insulaires et autres petits États ;*
- d) *d'utiliser une approche d'évaluation des risques pour prioriser les menaces pour la santé publique et les carences en matière de capacités et afin de définir les points d'entrée prioritaires pour la désignation et le renforcement des capacités ; et*
- e) *de rendre les agents de santé plus confiants en prenant des mesures générales favorisant la protection et le respect de leurs droits.*

Recommandation 6

35. ***Le Comité recommande aussi au Directeur général d'envisager la constitution de groupes de travail techniques chargés :***

- a) *de renforcer les capacités et les pratiques en matière de gestion des données ; et*

- b) *d'examiner les leçons tirées de l'application actuelle et antérieure de mesures de santé publique qui ont eu des répercussions dommageables sur les voyages, les transports et le commerce.*

Engagement à plus long terme en faveur du RSI pour prévenir la propagation internationale des menaces pour la santé publique

36. Le RSI (2005) a été mis à l'épreuve à plusieurs reprises ces dernières années du fait de l'émergence et de la réémergence constantes de maladies infectieuses comme la grippe, la poliomyélite, MERS-CoV et la maladie à virus Ebola – dans la plupart des cas des zoonoses (c'est-à-dire des maladies infectant à la fois l'homme et l'animal) –, ce qui souligne l'utilité d'une démarche s'inspirant du principe « Un monde, une santé ». Les effets dommageables potentiels liés aux menaces radiologiques et chimiques sont un autre sujet de préoccupation contribuant à la complexité croissante d'un monde qui continuera d'être confronté à toutes sortes de menaces pour la santé et le bien-être. Il est donc indispensable que le RSI soit considéré, et utilisé, comme un outil essentiel contribuant à la sécurité sanitaire mondiale.

37. Pour les États Parties, le RSI (2005) est un instrument appelé à rester longtemps en vigueur : « En décidant de ne pas limiter l'application du RSI 2005 à certaines maladies, l'idée était de préserver la pertinence et l'applicabilité du Règlement pour de nombreuses années en dépit de l'évolution continue des maladies et des facteurs qui conditionnent leur apparition et leur transmission ».¹

38. Dans ce contexte, le Comité a examiné l'acquisition à plus long terme des principales capacités prévues par le RSI et l'engagement en leur faveur. Il a relevé que les principes et les thèmes essentiels du Règlement constituent une base importante sur laquelle une approche à long terme peut être érigée :

- Le RSI reconnaît l'interdépendance entre les pays en ce qui concerne aussi bien les menaces pour la santé publique que les capacités des pays d'y faire face.
- Le RSI offre un cadre fondé sur les risques qui reconnaît la nature différente des diverses menaces et des mesures qu'elles appellent.
- La proportionnalité est une considération importante qui peut s'appliquer au renforcement des capacités (par exemple les capacités des petits États insulaires en développement ne rivaliseront jamais avec celles de grands pays), ainsi qu'aux mesures de riposte, qui doivent être en rapport avec les risques pour la santé publique et s'y limiter.
- L'application du Règlement doit être « ... guidée par le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies ... ».²

Méthodologies pour l'acquisition à court terme et à long terme des capacités prévues par le RSI

39. Pour guider les pays vers un instrument plus fonctionnel, il est indispensable de disposer de meilleures informations sur la solidité des principales capacités des États Parties. Actuellement, ceux-ci rendent compte de l'application du Règlement en procédant à une autoévaluation facilitée par les instruments de collecte de données et les outils d'appui de l'OMS. Le Comité a examiné les avantages et les inconvénients de démarches fondées sur une liste de base de méthodologies

¹ Voir l'avant-propos du Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition.

² Voir l'article 3, paragraphe 3 du RSI.

permettant de mieux évaluer la qualité et la fonctionnalité. Les options examinées sont notamment l'autoévaluation assistée, l'évaluation indépendante volontaire, l'examen par les pairs et la certification.

40. L'examen systématique des ripostes des États Parties ou des Régions aux flambées épidémiques et aux autres événements de santé publique offre un autre moyen d'évaluer les capacités de manière plus intégrée et peut-être plus utile. On a relevé qu'il n'y a actuellement aucune procédure ni aucun système en place pour institutionnaliser la collecte et la diffusion des observations et des « enseignements tirés de l'expérience ».

Conclusion 2

41. **L'application du RSI doit maintenant aller au-delà de « simples listes de vérification de l'application » et suivre une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles.**

42. Le Comité d'examen a noté que l'application du « cadre théorique » du RSI a désormais subi l'épreuve de la réalité, celle des menaces pour la santé publique et des écarts de capacités et de ressources dont disposent les États Parties pour y faire face. À la lumière de cette expérience, l'application du RSI devrait aller au-delà de simples « listes de vérification de l'application » et suivre une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles, ce qui supposera une « feuille de route » soigneusement conçue, prévoyant un engagement régional aux côtés des États Parties pour arriver à des améliorations.

Recommandation 7

43. **Le Comité d'examen recommande au Directeur général d'envisager différentes approches pour l'évaluation à court et à long terme et l'acquisition des principales capacités prévues par le RSI, comme suit :**

Les États Parties devraient d'urgence : i) renforcer le système actuel d'autoévaluation (par exemple, si cela n'a pas encore été fait, les rapports d'autoévaluation et la planification annuels devraient être renforcés grâce à des discussions multisectorielles avec l'ensemble des parties prenantes) ; et ii) entreprendre des examens approfondis des flambées épidémiques et des événements de santé publique importants. On devrait ainsi favoriser une démarche plus scientifique ou fondée sur des bases factuelles pour évaluer les principales capacités dans des conditions réelles. Parallèlement, le Secrétariat devrait promouvoir, au niveau régional, une série d'évaluations ou de méta-évaluations formelles des examens de flambées, dirigées par les bureaux régionaux, pour faciliter l'échange de connaissances entre les Régions et tirer les enseignements de l'expérience aux fins de la programmation ultérieure du RSI.

Parallèlement et dans une optique à plus long terme, le Secrétariat devrait mettre au point, par le biais de mécanismes de consultation régionaux, des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules qui associent l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants. Ces formules supplémentaires devraient notamment envisager les aspects stratégiques et opérationnels du RSI comme la nécessité d'un engagement politique de haut niveau et d'une collaboration pangouvernementale ou multisectorielle. Tout nouveau plan de suivi et d'évaluation devrait être élaboré avec la participation active des bureaux régionaux de l'OMS, puis soumis à l'ensemble des États Parties par l'intermédiaire des organes directeurs.

44. Ces informations axées sur les résultats devront être complétées par des informations persuasives démontrant aux États Parties, et surtout aux donateurs potentiels, l'utilité d'un appui supplémentaire au RSI après 2016. Un exemple de ce matériel de persuasion serait l'analyse économique des coûts des événements de santé publique internationaux comme le SRAS, la grippe aviaire, le MERS-CoV, la maladie à virus Ebola, etc., et des avantages découlant du maintien et du renforcement des principales capacités prévues par le RSI.

Recommandation 8

45. *Un plan complet priorisé en plusieurs phases pour l'application continue et le maintien du RSI visant à orienter la mise en place des capacités à plus long terme devrait être élaboré sur la base des résultats des consultations, études analytiques et analyses susmentionnées. Un tel plan devrait être à la fois réaliste et incitatif et tenir compte des écarts importants de capacités et de ressources entre les États Parties. On devrait envisager de définir les principales capacités de base qui devraient être mises en place dans tous les pays.*

Ressources nécessaires

46. L'acquisition et le maintien des principales capacités nécessitent des ressources financières et humaines considérables sur une période prolongée pour les États Parties. Comme l'a relevé le Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola, ce qui est particulièrement préoccupant, c'est la fragilité des systèmes de santé et des autres secteurs auxquels il faut faire appel pour assurer une riposte multisectorielle dans certains pays « avec des manques importants de ressources humaines, financières et matérielles, ce qui compromet leur capacité à mettre sur pied une riposte adéquate contre la flambée ».¹

47. Dans certains cas, les États Parties ne peuvent fournir à eux seuls les ressources nécessaires pour acquérir et maintenir les principales capacités et pour monter en puissance en cas d'urgence de santé publique de portée internationale. Le secteur privé a un rôle d'appui important à jouer et le Comité d'examen a souligné qu'il est dans son intérêt d'apporter une contribution à la préparation et à la riposte. Les maladies infectieuses et les autres événements de santé publique peuvent avoir des conséquences économiques directes et indirectes considérables pour le secteur privé (pour les échanges commerciaux, les voyages, le tourisme, les divertissements et les sports, par exemple), ainsi que pour les pays directement touchés.

48. Des pays et des entités intergouvernementales et non gouvernementales dotés de moyens suffisants ont apporté des contributions importantes (financières, techniques, en fournitures/matériel et en personnel) lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola. Mais la mobilisation de ces ressources a pris beaucoup de temps et a nécessité des efforts considérables. On a relevé que le Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 avait formulé deux recommandations pertinentes à ce sujet, à savoir : 1) constituer au niveau mondial une réserve plus importante de personnels de santé publique ; et 2) créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique.² Les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces recommandations se sont limités à la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique. Il est urgent que les États Parties apportent leur soutien, notamment par l'intermédiaire des organes directeurs de l'OMS.

¹ Déclaration de la première réunion du Comité d'urgence du RSI sur la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/>.

² Voir http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf.

49. Le Comité a insisté à nouveau sur les conclusions auxquelles est parvenu le Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) en mai 2011, à savoir qu'« actuellement, la capacité de l'OMS à préparer et mener une action prolongée en cas d'urgence de santé publique, quelle qu'elle soit, est sérieusement limitée par les déficits chroniques de financement, qui sont aggravés par les restrictions à l'utilisation des fonds imposées par les États Membres, les partenaires et d'autres donateurs ».¹

Recommandation 9

50. ***Le Comité d'examen recommande au Directeur général d'encourager le dialogue entre les États Parties et les partenaires des secteurs public et privé, notamment les grandes ONG, pour améliorer la coopération et l'assistance, afin :***

- a) *d'obtenir un appui pour la mise en place et le maintien de capacités nationales à long terme, plus particulièrement dans les pays demandant un délai supplémentaire ou ayant des lacunes significatives en matière de capacités ;*
- b) *de créer un fonds pour la riposte, comme recommandé par le premier comité d'examen, qui serait utilisé en cas d'urgence de santé publique de portée internationale et qui serait directement disponible quand surviennent des événements ; et*
- c) *de constituer au niveau mondial une réserve plus importante de personnels de santé publique pouvant être mobilisés dans le cadre d'une riposte durable à une urgence de santé publique de portée internationale.*

Recommandation 10

51. ***Le Comité d'examen encourage les États Parties à soutenir l'OMS en lui fournissant des ressources financières et humaines pour la préparation aux urgences de santé publique de portée internationale et pour la riposte quand surviennent de telles urgences.***

[L'annexe contenait quatre appendices.]

¹ Voir http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf.

ANNEXE 2

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ADMISES OU MAINTENUES EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS EN APPLICATION DE LA RÉOLUTION EB136.R10 ET DE LA DÉCISION EB136(6)

[EB136/40, annexe – 31 janvier 2015]

Alliance mondiale des technologies médicales
Alliance pour la promotion de la santé
Association du transport aérien international*
Association internationale contre la lèpre*
Association internationale de logopédie et phoniatry*
Association internationale d'épidémiologie
Association internationale de recherche dentaire*
Association internationale des Lions Clubs (Lions Clubs International)*
Association internationale pour l'étude de la douleur*
Association internationale pour les résidus solides*
Association mondiale de psychiatrie
Association mondiale vétérinaire*
Caritas Internationalis*
CBM*
Centre européen d'écotoxicologie et de toxicologie des produits chimiques*
CMC – L'Action des Églises pour la santé
Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants
Commission internationale de protection contre les rayonnements non ionisants*
Commission internationale de protection radiologique*
Conseil international d'ophtalmologie*
Conseil mondial de la plomberie*
CropLife International*
Fédération dentaire internationale*
Fédération internationale des associations contre la lèpre*
Fédération mondiale des sociétés de médecine chinoise
Fédération internationale des sociétés d'oto-rhino-laryngologie*
Fédération internationale de thalassémie*
Fédération internationale du diabète*
Fédération mondiale de l'hémophilie*
Fédération mondiale du cœur*
Fédération mondiale du thermalisme et du climatisme*
Fondation internationale pour les yeux*
Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics
Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT and Radiation Therapy Trade Association
Health Technology Assessment International
Helen Keller International*
Humatem
International AIDS Society*
International Association for Hospice and Palliative Care Inc.*

International Medical Corps*
International Society for Environmental Epidemiology*
International Society of Doctors for the Environment*
Ligue mondiale contre l'hypertension*
March of Dimes Foundation*
Opération Médicaments antipaludiques
ORBIS International
Organisation internationale de physique médicale
Organisation internationale de surveillance et de recherche concernant les anomalies congénitales*
Organisation mondiale contre l'accident vasculaire cérébral*
Organisation mondiale contre la cécité*
Organisation pour la prévention de la cécité*
RAD-AID International
Réseau international pour le traitement et la recherche contre le cancer*
Réseau international sur la santé, l'environnement et la sécurité de l'enfant*
Rotary International*
Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)*
Société européenne d'oncologie médicale*
Société internationale d'audiologie
Société internationale de néphrologie*
Société royale du Commonwealth pour les aveugles (Sight Savers)*
The Global Alliance for Rabies Control, Inc.*
The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*
Tropical Health and Education Trust
Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires*
Union internationale contre le cancer*
Union internationale contre les infections transmises sexuellement*
Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé
Union internationale des sociétés d'immunologie*
Union internationale de toxicologie*
Union mondiale des aveugles*
Wateraid*
World Hepatitis Alliance*
World Council of Optometry*

* Compte tenu des rapports de collaboration pour la période considérée 2012-2014, le Comité permanent des organisations non gouvernementales a recommandé le maintien des relations officielles avec les organisations non gouvernementales dont le nom est suivi d'un astérisque. Les autres organisations font l'objet de décisions particulières ou d'une résolution.

ANNEXE 3

AMENDEMENTS AU STATUT DU PERSONNEL ET CONFIRMATION D'AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT DU PERSONNEL¹

[EB136/47 – 16 janvier 2015]

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.²
2. Conformément à l'article 12.1 du Statut du personnel,² les amendements proposés au Statut du personnel sont soumis au Conseil exécutif, qui est prié d'en recommander l'adoption à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.
3. 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-neuvième session, sur la base des recommandations faites par la Commission de la fonction publique internationale dans son rapport annuel pour 2014.³ Si l'Assemblée générale n'approuve pas les recommandations de la Commission, il sera publié un additif au présent document.
4. Les amendements exposés dans la section II du présent document s'appuient sur l'expérience et vont dans le sens d'une bonne gestion des ressources humaines.
5. De même, les amendements proposés dans la section III du présent document s'appuient sur l'expérience et vont dans le sens d'une bonne gestion des ressources humaines. S'ils sont adoptés, ils prendront effet à compter de l'entrée en vigueur de la politique de mobilité de l'Organisation.
6. Les amendements ont comme incidences financières pour l'exercice 2014-2015 des dépenses supplémentaires négligeables au titre du budget programme 2014-2015, qui seront couvertes par les allocations appropriées fixées pour chaque Région et pour les activités mondiales et interrégionales. Elles sont indiquées dans le 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, de même que les incidences financières après l'exercice 2014-2015.⁴
7. Les amendements proposés au Statut du personnel et les articles du Règlement du personnel modifiés figurent dans les annexes.

¹ Voir les résolutions EB136.R11, EB136.R13, EB136.R14 et EB136.R15.

² *Documents fondamentaux*, disponibles à l'adresse http://apps.who.int/gb/bd/f/f_index.html.

³ *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-neuvième session, supplément N° 30* (document A/69/30).

⁴ Document EB136/47 Add.1.

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

Rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur

8. La Commission a recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'augmenter de 1,01 % 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^{er} janvier 2015.

9. Des amendements ont été apportés en conséquence à l'appendice 1 du Règlement du personnel ; ils figurent [dans la pièce jointe 1].

Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

10. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la recommandation indiquée au paragraphe 8 ci-dessus, le Directeur général propose, conformément à l'article 3.1 du Statut du personnel, que le Conseil exécutif recommande à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé une modification du traitement des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2015, le traitement brut des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux sera de US \$174 371 par an et le traitement net de US \$135 560 (avec personnes à charge) ou de US \$122 754 (sans personnes à charge).

11. Sur la base des ajustements de traitement susmentionnés, la modification du traitement à autoriser par l'Assemblée mondiale de la Santé concernant le Directeur général adjoint porterait, à compter du 1^{er} janvier 2015, le traitement brut à US \$191 856 par an, avec un traitement net correspondant de US \$147 799 (avec personnes à charge) ou de US \$133 012 (sans personnes à charge).

12. 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^{er} janvier 2015 sera par conséquent un traitement brut de US \$235 889 par an, soit un traitement net de US \$178 622 (avec personnes à charge) ou de US \$158 850 (sans personnes à charge).

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

Modifications générales dans l'ensemble du Règlement du personnel

13. Par souci de cohérence, le Secrétariat s'est efforcé d'harmoniser les termes dans l'ensemble du texte anglais du Règlement du personnel.¹

¹ Certaines de ces modifications n'ont pas d'incidence en français.

Objet

14. L'article 010 a été amendé pour des raisons rédactionnelles et est devenu l'article 010.1. L'ancien article 015.2 est devenu l'article 010.2.

Rapport entre le Statut du personnel et le Règlement du personnel

15. Des modifications d'ordre rédactionnel ont été apportées et l'article 015.2 a été intégré dans l'article 010.

Amendements

16. L'article 020 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Conditions d'application

17. L'article 030 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Date d'entrée en vigueur

18. L'article 040 a été amendé pour indiquer que, sous réserve de l'article 040.2, le Règlement du personnel, à l'exception de l'appendice 1, entre en vigueur le 1^{er} février 2015. L'appendice 1 (barème des traitements) prend effet le 1^{er} janvier 2015.

19. L'article 040.2 a été ajouté pour indiquer que les articles énumérés prennent effet à compter de l'entrée en vigueur de la politique de mobilité de l'Organisation.

Déroghations au Règlement du personnel

20. L'article 050 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Délégation de pouvoirs

21. L'article 060 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Classement des postes

22. À l'article 210, le membre de phrase « dans le Système mondial de gestion » a été supprimé car il n'est pas nécessaire de mentionner l'endroit où les plans de ressources humaines sont établis et approuvés. Leur emplacement peut changer avec le temps et les membres du personnel peuvent être avisés de ces changements par des notes d'information.

Paiements et retenues

23. Le Secrétariat a décidé que lorsqu'un membre du personnel a, de bonne foi, reçu un trop-perçu d'allocation ou de paiement à quelque titre que ce soit, l'Organisation, dans le cas d'un versement périodique, recouvre le montant payé en trop pendant les deux années précédant la date à laquelle elle a découvert le trop-perçu. Dans le cas d'une somme forfaitaire, l'Organisation recouvre le montant payé en trop à condition que la mise en recouvrement s'effectue dans les deux ans suivant la date du trop-perçu. L'article 380.8 a été ajouté en conséquence. L'article 380.7 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Principes régissant le recrutement

24. À l'article 410.1, les mots « les qualités de travail » ont été ajoutés pour aligner la formulation sur celle de l'article 4.2 du Statut du personnel.
25. Les articles 410.3.2.1 et 410.3.2.2 ont été amendés pour des raisons rédactionnelles.
26. À l'article 410.3.3, la mention du Manuel électronique de l'OMS a été supprimée. À la plupart des articles du Règlement du personnel correspondent des dispositions dans le Manuel électronique. Il n'est donc pas nécessaire de mentionner le Manuel dans le Règlement du personnel.

Principes régissant les engagements

27. L'article 420.4 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Examens médicaux et vaccinations

28. L'article 430.1 a été amendé pour préciser qu'il n'est pas nécessaire que l'Organisation désigne un médecin pour effectuer l'examen médical requis, seulement que le médecin doit être qualifié.
29. L'article 430.2 a été amendé pour préciser que les candidats doivent être médicalement aptes pour être nommés à un poste.
30. L'article 430.3 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.
31. L'article 430.5 a été amendé pour supprimer le caractère obligatoire de l'examen médical pour les membres du personnel qui partent en congé sans traitement, car beaucoup d'entre eux n'en ont pas besoin. Le médecin du personnel ou un médecin désigné par l'Organisation décidera si un examen médical s'impose.

Procédure relative aux engagements

32. L'article 440.1 a été amendé pour des raisons rédactionnelles. Plutôt que de préciser certaines des conditions qui doivent être remplies pour qu'une offre d'engagement puisse être faite, l'article doit mentionner les conditions en général.
33. À l'article 440.1.1, les mots « le titre et les fonctions » ont été remplacés par « l'intitulé et la classe ». Une offre d'engagement stipule la classe du poste et non les fonctions qui y sont attachées, lesquelles figurent dans la description de poste.
34. L'article 440.2 a été amendé pour des raisons rédactionnelles. Par souci de clarté, les mots « figurant à l'article 1.10 du Statut du personnel » ont été ajoutés pour éviter toute confusion concernant le serment ou la déclaration solennelle dont il est question.
35. L'article 440.3 a été amendé pour indiquer que les termes de l'engagement doivent être non seulement confirmés, mais aussi consignés. Des modifications d'ordre rédactionnel ont aussi été apportées.

Date d'entrée en vigueur de l'engagement

36. L'article 450.1 a été amendé pour indiquer que la date d'entrée en vigueur de l'engagement ne dépend pas de ce que le membre du personnel est recruté localement, mais de ce que l'Organisation a autorisé le voyage lui permettant de prendre ses fonctions.

37. L'article 450.2 a été amendé car il suffit d'indiquer qu'une personne ne peut pas voyager ni se présenter pour assumer ses fonctions tant que la procédure relative aux engagements n'est pas terminée, car l'examen médical exigé fait partie de cette procédure.

Réintégration lors du réengagement

38. L'article 470.1 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Mutations entre organisations

39. À l'article 480.1.1, les mots « de base net » ont été ajoutés pour plus de précision.

40. L'article 480.2 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Obligation des membres du personnel de fournir des renseignements les concernant

41. L'article 490.1 a été amendé pour l'aligner sur la formulation des dispositions analogues du Statut et du Règlement du personnel de l'ONU et pour souligner que les membres du personnel répondent de l'exactitude des renseignements fournis et de toutes omissions.

42. L'article 490.2 a été amendé pour l'aligner sur la formulation des dispositions analogues du Statut et du Règlement du personnel de l'ONU et pour des raisons rédactionnelles.

Bénéficiaires d'un membre du personnel

43. Sans objet en français.

Affectation

44. Sans objet en français.

Formation professionnelle

45. L'article 520 a été amendé pour souligner que la formation peut être utile aux membres du personnel aux postes qu'ils occupent actuellement et qu'ils occuperont plus tard dans l'Organisation.

Gestion et développement des services du personnel

46. L'article 530 a été amendé principalement pour des raisons rédactionnelles.

47. L'article 530.2 a été ajouté pour souligner que les membres du personnel et leurs supérieurs hiérarchiques sont ensemble responsables du succès du processus de gestion des services du personnel. Les articles 530.1, 530.3, 530.4 et 530.5 ont été renumérotés en conséquence.

48. L'article 530.4 a été amendé pour indiquer qu'il est important que les supérieurs hiérarchiques reconnaissent la qualité du travail accompli en plus de faire des suggestions d'amélioration.

49. L'article 530.5 a été amendé pour tenir compte du fait que les formulaires sont souvent validés électroniquement et non signés manuellement.

Augmentation à l'intérieur de la classe

50. Les amendements à l'article 550 sont principalement d'ordre rédactionnel.

51. À l'article 550.1, la mention de l'article 555.2 a été supprimée car cet article a été supprimé. Des modifications d'ordre rédactionnel ont été apportées.

52. L'article 550.6 a été amendé pour préciser qu'il s'agit des périodes de services ouvrant droit à une augmentation à l'intérieur de la classe. Des modifications d'ordre rédactionnel ont été apportées.

Avancement au mérite à l'intérieur de la classe

53. L'article 555.1 n'est pas obligatoire et n'est pas appliqué par l'Organisation depuis longtemps. Il a été supprimé.

54. L'article 555.2 a été supprimé car il n'y a plus de membres du personnel remplissant les conditions voulues pour cette augmentation obligatoire à l'intérieur de la classe.

Mutation

55. Sans objet en français.

Réaffectation dans une classe inférieure

56. Les articles 570, 570.1 et 570.2 ont été amendés pour des raisons rédactionnelles.

Notification et date d'entrée en vigueur des changements de situation

57. L'article 580 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

58. L'article 580.2 a été amendé pour permettre d'aviser le membre du personnel par écrit sous n'importe quelle forme, pas seulement par lettre.

Jours fériés

59. L'article 620 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Heures supplémentaires et congés de compensation

60. L'article 625 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Congés annuels

61. L'article 630 a été amendé principalement pour des raisons rédactionnelles.

62. À l'article 630.3.3, le membre de phrase « congé spécial sous régime d'assurance » a été remplacé par « congé de maladie sous régime d'assurance » pour plus d'exactitude.

63. L'article 630.7 a été amendé pour préciser que c'est le médecin du personnel qui approuve les rapports médicaux.

Congé dans les foyers

64. L'article 640 a été amendé principalement pour des raisons rédactionnelles.

65. À l'article 640.6.4, les mots « ayant droit à ce congé » ont été insérés après « enfants » car tous les enfants d'un membre du personnel n'ont pas droit au congé dans les foyers.

Congé pour service ou période d'instruction militaire

66. Les articles 660.1 et 660.3 ont été amendés pour des raisons rédactionnelles.

Approbation, notification et enregistrement des congés

67. L'article 670 a été amendé pour indiquer qu'il incombe au membre du personnel de veiller à ce que tous les congés pris soient notifiés et enregistrés rapidement. Des modifications d'ordre rédactionnel ont également été apportées.

Autres formes de congés

68. L'article 680 a été supprimé car il n'est pas nécessaire.

Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

69. L'article 710 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Assurance-maladie du personnel et assurance-accidents et maladie

70. L'article 720 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Voyages des membres du personnel

71. L'article 810 a été amendé principalement pour des raisons rédactionnelles.

72. L'article 810.5 a été amendé pour préciser les circonstances dans lesquelles l'Organisation prend à son compte les frais de voyage d'un membre du personnel en visite familiale.

73. L'article 810.7 a été ajouté pour souligner que les frais de voyage visés par l'article 810 ne doivent pas dépasser ceux du voyage entre le lieu d'affectation du membre du personnel et son lieu de résidence reconnu. Les articles 810.8 et 810.9 ont été renumérotés en conséquence.

Droit d'association

74. L'article 910 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Représentants des membres du personnel

75. L'article 920 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Financement des activités des associations du personnel

76. L'article 930 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Démission

77. Les articles 1010.2 et 1010.4 ont été amendés pour des raisons rédactionnelles.

Résiliation d'engagements temporaires

78. Sans objet en français.

79. L'article 1045.1.2 a été amendé parce que le Secrétariat a élargi la description de ce qui constitue des services non satisfaisants dans ses politiques de gestion des services du personnel, de sorte que la description figurant à l'article 1045.1.2 ne suffit plus.

Suppression de postes

80. L'article 1050.1 a été amendé pour préciser que les engagements continus comme les engagements à durée déterminée peuvent être résiliés si le poste occupé est supprimé. Des modifications d'ordre rédactionnel ont également été apportées.

Travail non satisfaisant ou inaptitude aux fonctions internationales

81. Sans objet en français.

82. L'article 1070.1 a été amendé parce que le Secrétariat a élargi la description de ce qui constitue des services non satisfaisants dans ses politiques de gestion des services du personnel, de sorte que la description figurant à l'article 1045.1.2 ne suffit plus.

Faute grave

83. L'article 1075.2 a été amendé pour des raisons rédactionnelles.

Mesures disciplinaires

84. L'article 1110.1 a été amendé pour élargir l'éventail de mesures disciplinaires. Il donnera à l'Organisation plus de souplesse pour sanctionner les membres du personnel convaincus de faute grave, les options étant actuellement trop limitées. Cet éventail élargi de mesures disciplinaires est conforme à celui des autres institutions des Nations Unies.

Faute grave entraînant un préjudice financier

85. L'article 1112 a été ajouté pour préciser qu'il peut être exigé des membres du personnel qu'ils dédommagent l'Organisation pour tout préjudice financier causé par la faute grave qu'ils ont commise.

Avertissement non disciplinaire

86. L'article 1115 a été ajouté pour prévoir un avertissement par écrit dans les cas où la faute d'un membre du personnel, bien qu'inopportune, ne justifie pas une mesure disciplinaire.

Congé administratif dans l'attente de l'établissement de la faute

87. L'article 1120 a été amendé pour préciser les conditions du congé administratif dans l'attente de l'établissement de la faute.

88. L'article 1120.1 a été amendé pour souligner que le congé administratif sans traitement est une mesure d'exception.

89. L'article 1120.2 a été amendé pour indiquer que le congé administratif peut supposer, outre l'interdiction de la présence du membre du personnel au bureau, l'interdiction d'accéder au matériel et aux documents.

90. L'article 1120.3 a été amendé pour indiquer que le congé administratif au titre de l'article 1120 n'est pas une mesure disciplinaire. Si l'accusation de faute se révèle infondée, le congé administratif prend fin immédiatement. Tout paiement retenu est rapidement effectué si la faute n'est pas établie.

Notification et droit de réponse

91. Sans objet en français.

III. AMENDEMENTS CONSIDÉRÉS COMME NÉCESSAIRES COMPTE TENU DE L'EXPÉRIENCE ET POUR UNE BONNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES QUI, S'ILS SONT CONFIRMÉS¹ ET ADOPTÉS,² PRENDRONT EFFET À COMPTER DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLITIQUE DE MOBILITÉ DE L'ORGANISATION³**Amendements proposés au Statut du personnel****Nominations, transferts, mutations et promotions**

92. Les amendements proposés au titre de l'article IV du Statut du personnel et à l'article 4.3 sont d'ordre rédactionnel.

93. Des amendements sont proposés à l'article 4.1 pour souligner que les nominations, les transferts, les mutations et les promotions sont effectués suivant les besoins du service et sans distinction de race, de sexe ou de religion.

94. Quand la politique de mobilité de l'Organisation entrera en vigueur, la plupart des postes seront pourvus par voie de mutation des membres du personnel et non par voie de concours sans restriction. Des amendements sont proposés à l'article 4.4 pour préciser ce point.

¹ Dans le cas des amendements au Règlement du personnel.

² Dans le cas des amendements proposés au Statut du personnel.

³ [Le texte existant et le nouveau texte proposé figurent dans la pièce jointe 3.]

Cessation de l'emploi

95. Le fait qu'un membre du personnel refuse une mutation ou néglige d'y donner suite, y compris au titre de la politique de mobilité de l'Organisation, sera un motif suffisant pour résilier son engagement. Il est proposé d'amender l'article 9.2 en conséquence.

Amendements au Règlement du personnel

Fixation des traitements

96. L'article 320.3.1 a été ajouté pour indiquer la base de calcul du traitement d'un membre du personnel qui est reclassé dans une classe inférieure dans le cadre du processus de mobilité. L'article 320.3.3 a été renuméroté en conséquence et des modifications d'ordre rédactionnel y ont été apportées.

Principes régissant le recrutement

97. L'article 410.4 a été amendé pour préciser que la plupart des postes soumis à rotation occupés par des membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée seront pourvus par voie de mutation en vertu de la politique de mobilité de l'Organisation.

Mobilité

98. L'article 515 a été ajouté. Il accorde la priorité, dans le cadre du programme de mobilité, à certains membres du personnel dont le poste a été supprimé.

Refus de mutation

99. L'article 1072 a été ajouté. Il indique quelles sont les conséquences quand un membre du personnel refuse une mutation ou néglige d'y donner suite.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

100. [Ce paragraphe contenait cinq projets de résolutions qui ont été adoptés par le Conseil à sa quatorzième séance sous les cotes EB136.R11, EB136.R12, EB136.R13, EB136.R14 et EB136.R15.]

Pièce jointe 1
(Appendice 1 du Règlement du personnel)
Barème des traitements du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur : traitements bruts annuels et équivalents nets
après déduction des contributions du personnel (en dollars des États-Unis d'Amérique)
 (avec effet au 1^{er} janvier 2015)
Échelons

Classe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
D-2 Brut	143 073	146 104	149 138	152 264	155 427	158 589									
Net F	113 443	115 656	117 871	120 085	122 299	124 512									
Net C	104 219	106 087	107 948	109 804	111 655	113 495									
D-1 Brut	130 745	133 410	136 066	138 730	141 395	144 053	146 719	149 379	152 129						
Net F	104 444	106 389	108 328	110 273	112 218	114 159	116 105	118 047	119 990						
Net C	96 540	98 228	99 915	101 595	103 274	104 948	106 615	108 282	109 943		*	*	*		
P-5 Brut	108 148	110 412	112 678	114 941	117 210	119 471	121 740	124 003	126 268	128 533	130 799	133 062	135 329		
Net F	87 948	89 601	91 255	92 907	94 563	96 214	97 870	99 522	101 176	102 829	104 483	106 135	107 790		
Net C	81 704	83 174	84 638	86 102	87 564	89 020	90 477	91 930	93 381	94 829	96 276	97 716	99 158	*	*
P-4 Brut	89 035	91 056	93 075	95 094	97 115	99 133	101 249	103 434	105 621	107 804	109 993	112 175	114 362	116 549	118 736
Net F	73 338	74 934	76 529	78 124	79 721	81 315	82 912	84 507	86 103	87 697	89 295	90 888	92 484	94 081	95 677
Net C	68 294	69 746	71 200	72 646	74 095	75 542	76 989	78 431	79 873	81 315	82 752	84 191	85 629	87 064	88 498
P-3 Brut	73 181	75 051	76 922	78 787	80 659	82 528	84 396	86 268	88 137	90 006	91 878	93 746	95 616	97 485	99 353
Net F	60 813	62 290	63 768	65 242	66 721	68 197	69 673	71 152	72 628	74 105	75 584	77 059	78 537	80 013	81 489
Net C	56 766	58 123	59 484	60 840	62 201	63 558	64 914	66 275	67 631	68 990	70 343	71 699	73 049	74 405	75 759
P-2 Brut	60 025	61 697	63 370	65 043	66 715	68 385	70 059	71 729	73 401	75 076	76 746	78 419			
Net F	50 420	51 741	53 062	54 384	55 705	57 024	58 347	59 666	60 987	62 310	63 629	64 951			
Net C	47 292	48 491	49 686	50 884	52 080	53 278	54 494	55 708	56 927	58 142	59 354	60 574			
P-1 Brut	46 956	48 453	49 941	51 548	53 152	54 759	56 367	57 977	59 580	61 186					
Net F	39 913	41 185	42 450	43 723	44 990	46 260	47 530	48 802	50 068	51 337					
Net C	37 649	38 820	39 991	41 160	42 329	43 499	44 669	45 824	46 974	48 124					

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).

Pièce jointe 2

Texte des articles amendés du Règlement du personnel

010. OBJET
- 010.1 Le Règlement du Personnel fait application des dispositions du Statut du Personnel et régit les conditions d'emploi de l'Organisation mondiale de la Santé (l'« Organisation ») concernant son personnel.
- 010.2 Le Règlement du Personnel est établi par le Directeur général en vertu du Statut du Personnel, sous réserve de confirmation par le Conseil exécutif. Ses dispositions doivent être compatibles avec celles du Statut du Personnel.
-

015. RAPPORT ENTRE LE STATUT DU PERSONNEL ET LE RÈGLEMENT DU PERSONNEL

- 015.2 [Supprimé]
-

020. AMENDEMENTS

Sous réserve de confirmation par le Conseil exécutif, le Directeur général peut apporter au Règlement du Personnel tous amendements compatibles avec le Statut du Personnel sans préjudice des droits acquis par les membres du personnel en vertu de ce Statut.

.....

030. CONDITIONS D'APPLICATION

Le Règlement du Personnel est applicable à tous les membres du personnel de l'Organisation, sauf disposition contraire dudit Règlement. Aucune disposition du Règlement du Personnel n'empêche le Directeur général d'accorder des engagements temporaires de soixante (60) jours ou moins à des conditions différentes de celles qui sont spécifiées dans ledit Règlement, lorsque le Directeur général estime que l'intérêt de l'Organisation l'exige.

.....

040. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

- 040.1 Sous réserve de l'article 040.2 et à l'exception de l'appendice 1, le présent Règlement du Personnel entre en vigueur le 1^{er} février 2015. Il annule et remplace toutes les règles en vigueur avant cette date. L'appendice 1 prend effet le 1^{er} janvier 2015.
- 040.2 Les amendements aux articles 320.3, 410.4, 515 et 1072 prennent effet à compter de l'entrée en vigueur de la politique de mobilité de l'Organisation.
-

050. DÉROGATIONS AU RÈGLEMENT DU PERSONNEL

Le Directeur général peut décider de dérogations au Règlement du Personnel. Aucune d'elles ne doit être incompatible avec un article du Statut du Personnel ou une décision de l'Assemblée mondiale de la Santé. De plus, dans chaque cas, la dérogation doit être acceptée par le membre du personnel directement intéressé et ne doit pas, de l'avis du Directeur général, porter préjudice aux intérêts d'un autre membre du personnel ou d'un groupe de membres du personnel.

.....

060. DÉLÉGATION DE POUVOIRS

Le Directeur général peut déléguer à d'autres fonctionnaires de l'Organisation ceux de ses pouvoirs qu'il juge nécessaires pour la bonne application du Règlement du Personnel.

.....

210. CLASSEMENT DES POSTES

Le Directeur général établit et approuve des plans de ressources humaines 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.

.....

380. PAIEMENTS ET RETENUES

...

380.7 L'Organisation n'acceptera aucune demande d'allocation ou de paiement à quelque titre que ce soit, qui lui serait présentée plus d'un an après la date à laquelle le paiement initial aurait dû être effectué.

380.8 Lorsqu'un membre du personnel a, de bonne foi, reçu un trop-perçu d'allocation ou de paiement à quelque titre que ce soit, l'Organisation, aux conditions fixées par le Directeur général :

380.8.1 dans le cas d'un versement périodique, recouvrera le montant payé en trop pendant les deux années précédant la date à laquelle l'Organisation a découvert le trop-perçu ; et

380.8.2 dans le cas d'une somme forfaitaire, recouvrera le montant payé en trop à condition que la mise en recouvrement s'effectue dans les deux ans suivant la date du trop-perçu.

.....

410. PRINCIPES RÉGISSANT LE RECRUTEMENT

410.1 Les considérations essentielles qui régissent le choix des membres du personnel sont les qualités de travail, la compétence et l'intégrité. Pour les postes de la catégorie professionnelle et au-dessus, la question de la représentation géographique reçoit également toute l'attention requise. Cette question n'intervient pas pour les postes pourvus par voie de recrutement local.

...

410.3.2 Un membre du personnel uni à un autre membre du personnel par un lien de parenté spécifié dans les articles 410.3 et 410.3.1 :

410.3.2.1 n'est pas affecté à un poste hiérarchiquement supérieur ou subordonné à celui occupé par le membre du personnel apparenté ;

410.3.2.2 ne prend part ni au processus de sélection, d'affectation, de réaffectation ou de mutation du membre du personnel apparenté, ni à la prise ou à la révision d'une décision administrative touchant celui-ci.

410.3.3 Le mariage entre un membre du personnel et un autre ne modifie pas la situation contractuelle de chaque époux ; toutefois, leurs droits ou avantages sont modifiés conformément au Règlement du Personnel. Les mêmes modifications concernent un membre du personnel dont le conjoint est fonctionnaire d'une autre organisation appliquant le régime commun des Nations Unies.

420. PRINCIPES RÉGISSANT LES ENGAGEMENTS

...

420.4 Un « engagement temporaire » est un engagement à durée limitée de deux ans au plus. La durée totale des services ininterrompus accomplis au titre d'engagements temporaires consécutifs ne doit pas dépasser deux ans. Un membre du personnel qui a accompli la période maximale de services ininterrompus au titre d'un ou de plusieurs engagements temporaires ne peut être employé par l'Organisation tant qu'un délai supérieur à 30 jours civils ne s'est pas écoulé depuis son départ de l'Organisation. Tout futur emploi est soumis aux conditions fixées par le Directeur général.

[Pas d'autres changements]

430. EXAMENS MÉDICAUX ET VACCINATIONS

430.1 Toute personne dont l'engagement est envisagé doit subir un examen réglementaire effectué par un médecin qualifié, 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 l'examen montre que le candidat n'est pas médicalement apte à occuper le poste, 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 exigé par le médecin du personnel.

...

430.5 Avant qu'un membre du personnel parte en congé sans traitement, il peut être appelé à se soumettre à un examen médical auquel procède le médecin du personnel ou un médecin désigné par l'Organisation.

[Pas d'autres changements]

.....

440. PROCÉDURE RELATIVE AUX ENGAGEMENTS

440.1 Toute personne dont la candidature est retenue pour un poste reçoit notification de l'engagement envisagé et des conditions à remplir pour qu'une offre d'engagement puisse être faite. Si ces conditions sont remplies, le candidat reçoit une offre d'engagement qui :

440.1.1 définit la nature de l'engagement, sa durée, la période de stage requise, l'intitulé et la classe du poste, le traitement et les indemnités ;

...

440.1.3 est accompagnée d'un exemplaire du Statut du Personnel et du Règlement du Personnel et précise que l'offre est subordonnée aux dispositions en vigueur desdits Statut et Règlement ainsi que de tous amendements ultérieurs ;

...

440.2 Le candidat signe et retourne à l'Organisation l'avis dans lequel il accepte les conditions contenues dans l'offre d'engagement, reconnaît le Statut du Personnel et le Règlement du Personnel comme parties constitutives de son contrat et adhère au serment ou à la déclaration solennelle figurant à l'article 1.10 du Statut du Personnel.

- 440.3 L'offre d'engagement, y compris le Statut du Personnel et le Règlement du Personnel, et l'avis d'acceptation constituent le contrat. Les termes de l'engagement sont confirmés et consignés au moment où l'intéressé se présente pour assumer ses fonctions et ils sont ultérieurement modifiés, selon les besoins, pour tenir compte de tout changement survenu dans la situation du membre du personnel.

[Pas d'autres changements]

.....

450. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ENGAGEMENT

- 450.1 La date d'entrée en vigueur de l'engagement est la date à laquelle le membre du personnel se présente pour assumer ses fonctions en cas de voyage non autorisé. En cas de voyage autorisé, c'est la date à laquelle il commence son voyage sous réserve que cette date ne soit pas antérieure à celle à laquelle il aurait dû partir pour accomplir le voyage selon l'itinéraire et le mode de transport désignés par l'Organisation.
- 450.2 Une personne ne doit pas se présenter pour assumer ses fonctions ni entreprendre un voyage pour venir assumer ses fonctions tant que la procédure relative aux engagements stipulée à l'article 440 n'est pas terminée.
-

470. RÉINTÉGRATION LORS DU RÉENGAGEMENT

- 470.1 Tous les membres du personnel – excepté ceux qui sont engagés à titre temporaire au sens de l'article 420.4 – qui sont réengagés dans l'année qui suit la cessation de leur emploi peuvent, au choix de l'Organisation, être réintégrés. En pareil cas, ils bénéficient à nouveau du statut qu'ils avaient au moment où leur emploi a cessé et leur temps d'absence dans l'intervalle est compté comme congé annuel et congé sans traitement selon qu'il y a lieu ; ils remboursent à l'Organisation tous les versements qu'ils ont reçus en raison de la cessation de leur emploi.

[Pas d'autres changements]

.....

480. MUTATIONS ENTRE ORGANISATIONS

- 480.1 Sous réserve des conditions prévues aux articles 430 et 440 du Règlement du Personnel (« Examens médicaux et vaccinations ») et « Procédure relative aux engagements », un membre du personnel d'une autre institution des Nations Unies engagé par l'Organisation à la suite d'une mutation :
- 480.1.1 peut, si cela est nécessaire pour le maintenir à son niveau de traitement de base net, être nommé à un échelon supérieur de la classe correspondante au poste auquel il va être affecté ;

...

- 480.2 Un membre du personnel muté de l'Organisation à une autre institution des Nations Unies ne perçoit ni allocation de rapatriement ni prestation quelconque de fin d'engagement. Les droits que le membre du personnel muté a acquis au moment de sa mutation sont intégralement pris en charge par la nouvelle organisation. Les droits qu'il acquiert après sa mutation sont acquis en conformité du règlement de la nouvelle organisation.

490. OBLIGATION DES MEMBRES DU PERSONNEL DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS LES CONCERNANT

- 490.1 Les membres du personnel doivent fournir à l'Organisation, lors du dépôt de leur candidature et après leur nomination, tous renseignements et pièces justificatives permettant de déterminer leur situation administrative au regard du Règlement du Personnel ou de prendre les dispositions administratives que requiert leur engagement. Les membres du personnel répondent personnellement de l'exactitude des renseignements fournis et de toutes omissions.
- 490.2 Les membres du personnel doivent informer par écrit et sans retard l'Organisation de tout changement qui viendrait modifier leur situation administrative au regard du Règlement du Personnel, et fournir tous les renseignements et pièces justificatives à ce sujet.

[Pas d'autres changements]

520. FORMATION PROFESSIONNELLE

Les membres du personnel peuvent recevoir une formation professionnelle appropriée selon que l'Organisation l'estime nécessaire pour accroître leur rendement dans les fonctions qu'ils exercent actuellement et qu'ils exerceront plus tard dans l'Organisation.

530. GESTION ET DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DU PERSONNEL

- 530.1 Le processus de gestion et de développement des services du personnel sert de base pour aider un membre du personnel à rendre les meilleurs services à l'Organisation et pour décider quant à sa situation et à son maintien dans l'Organisation.
- 530.2 La gestion et le développement des services du personnel est une responsabilité partagée entre les membres du personnel et leurs supérieurs hiérarchiques.
- 530.3 Les supérieurs hiérarchiques sont tenus :
- 530.3.1 de faciliter l'adaptation des membres du personnel à leur travail ;

- 530.3.2 d'établir un plan de travail en consultation avec chaque membre du personnel ;
- 530.3.3 de guider le personnel sous leurs ordres.
- 530.4 Les supérieurs hiérarchiques, en plus des discussions et des entretiens normaux qu'ils ont avec eux au sujet de leur travail, établissent des rapports périodiques pour apprécier le travail, la conduite et les possibilités de perfectionnement de chacun des membres du personnel qui sont sous leurs ordres. Cette évaluation est faite aux intervalles qu'exige le travail de l'intéressé mais une fois par an au minimum. Les supérieurs hiérarchiques discutent leurs conclusions avec le membre du personnel intéressé, reconnaissent la qualité de son travail et lui font des suggestions précises en vue de l'amélioration de ses services selon que de besoin. Si un membre du personnel exerce des fonctions de supervision, les rapports indiquent comment il s'en acquitte, et notamment comment il assume ses responsabilités en matière de gestion et de développement des services du personnel.
- 530.5 Les services accomplis par les membres du personnel au cours de l'année écoulée sont évalués conformément aux procédures établies par le Directeur général. Le formulaire adéquat est validé par les supérieurs hiérarchiques et par le membre du personnel intéressé. Les membres du personnel peuvent joindre au rapport une déclaration concernant toute partie du rapport sur leurs services qu'ils contestent et cette déclaration fera partie du dossier concernant leur travail.

550. AUGMENTATION À L'INTÉRIEUR DE LA CLASSE

- 550.1 Les membres du personnel dont le travail a fait l'objet d'un rapport favorable de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ont droit à une augmentation de traitement d'un échelon à l'intérieur de leur classe à la fin de chaque période unitaire de service définie à l'article 550.2. Pour les membres du personnel engagés pour une durée déterminée et soumis à une période de stage, la date à laquelle prend effet l'augmentation ne doit pas être antérieure à la date de confirmation de l'engagement, sauf dans le cas prévu à l'article 480. La date effective de l'augmentation est le premier jour du mois le plus proche de la date à laquelle l'intéressé a accompli de manière satisfaisante la période de service exigée. Des augmentations peuvent être accordées jusqu'à ce que l'intéressé ait atteint le traitement maximum de sa classe. Ce maximum pourra toutefois être dépassé en cas d'application de l'article 1310.9.
- 550.2 La période unitaire de service est le temps minimum de service qui doit être accompli à un échelon donné pour donner droit à une augmentation à l'intérieur de la classe conformément aux dispositions de l'article 550.1. Les périodes unitaires de service sont les suivantes :
- 550.2.1 une année de service à plein temps dans toutes les classes et à tous les échelons, excepté ceux indiqués à l'article 550.2.2 ;

...

550.2.3 toute période de service à plein temps que le Directeur général peut fixer pour les postes pourvus par voie de recrutement local conformément à l'article 1310 ;

...

550.6 Les périodes de service ouvrant droit à une augmentation à l'intérieur de la classe sont comptées à partir de la plus récente des circonstances suivantes :

550.6.1 entrée en fonctions ;

550.6.2 dernière augmentation à l'intérieur de la classe ;

550.6.3 reclassement dans une catégorie inférieure en vertu de l'article 570.1.2 ; ou

550.6.4 promotion à une classe supérieure.

.....
555. [Supprimé]

.....
570. RECLASSEMENT DANS UNE CLASSE INFÉRIEURE

570.1 Tout membre du personnel peut faire l'objet d'un reclassement dans une classe inférieure à la suite du reclassement du poste qu'il occupe ou d'une mutation à un poste différent de classe inférieure. Dans ce dernier cas, la mesure peut :

570.1.1 résulter de la demande même du membre du personnel, pour des raisons qui lui sont propres ;

570.1.2 résulter du caractère non satisfaisant de ses services ou de sa conduite ; ou

570.1.3 représenter une solution de rechange à la résiliation de l'engagement en vertu de l'article 1050.

570.2 Aucun membre du personnel ne peut être reclassé dans une classe inférieure par suite du caractère non satisfaisant de ses services avant d'avoir reçu notification par écrit de la décision envisagée et des raisons qui la motivent, et d'avoir eu la possibilité de répondre à cette notification. Sa réponse doit être présentée par écrit dans les huit jours civils qui suivent la réception de la notification.

.....
580. NOTIFICATION ET DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES CHANGEMENTS DE SITUATION

580.1 Les membres du personnel sont avisés par écrit, individuellement ou collectivement, de tout changement de leur situation, qu'il résulte de mesures prises en vertu du Règlement du Personnel ou de toute autre modification survenue dans leur situation individuelle ou

dans leur emploi et reconnue par l'Organisation. Cet avis constitue un amendement aux termes de l'engagement visés à l'article 440.3.

- 580.2 Tout membre du personnel est avisé à l'avance par écrit de tout reclassement dans une classe inférieure ou de toute diminution de traitement, la durée du préavis étant la même que celle qui est prévue à l'article 1050.9 pour les résiliations.

620. JOURS FÉRIÉS

Dix jours fériés sont observés chaque année. Sauf si le Directeur général en décide autrement, les dates de huit de ces dix jours sont fixées, autant que possible, d'après les jours fériés le plus communément observés dans la localité, et deux jours sont pris par chaque membre du personnel à la date de son choix, compte tenu des nécessités du service.

625. HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET CONGÉS DE COMPENSATION

- 625.1 Lorsque le supérieur hiérarchique compétent a donné son autorisation, un membre du personnel peut être appelé à faire des heures supplémentaires qui, sous réserve des modalités fixées par le Directeur général, peuvent donner lieu à compensation dans les conditions suivantes :

625.1.1 les membres du personnel occupant des postes de la catégorie professionnelle et au-dessus peuvent bénéficier de congés de compensation ;

625.1.2 les membres du personnel occupant des postes pourvus par voie de recrutement local bénéficient de congés de compensation ou d'une indemnité en espèces.

630. CONGÉS ANNUELS

- 630.1 Les congés annuels sont prévus pour procurer aux membres du personnel un repos, une détente et la possibilité de s'occuper de leurs affaires personnelles. Les absences qui ne sont pas visées par le Règlement du Personnel sont imputées sur les congés annuels dans la mesure du nombre des jours de congé annuel accumulés ou avancés par l'Organisation.

...

- 630.3 Tous les membres du personnel acquièrent des droits à congé annuel, sauf :

630.3.1 ceux qui sont engagés sur une base journalière en vertu de l'article 1320 pour les conférences et pour d'autres services de courte durée ;

...

630.3.3 ceux qui sont en congé de maladie sous régime d'assurance pendant plus de 30 jours.

...

630.5 Les membres du personnel ne peuvent normalement reporter d'une année à l'autre plus de 15 jours du congé annuel qu'ils ont acquis au cours d'une année civile donnée. Au 31 décembre de chaque année, le nombre de jours reportés sur l'année suivante ne peut dépasser 60.

...

630.7 Lorsqu'un membre du personnel tombe malade pendant une période de congé annuel, la durée de sa maladie pendant cette période de congé annuel 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 le médecin du personnel donne son approbation.

[Pas d'autres changements]

.....

640. CONGÉ DANS LES FOYERS

...

640.2 Le droit au congé dans les foyers s'acquiert à l'expiration de 24 mois de service reconnus valables à cet effet, sauf dans le cas des lieux d'affectation désignés par le Directeur général comme ayant des conditions de vie et de travail difficiles. Dans les lieux d'affectation ainsi désignés, le droit au congé dans les foyers s'acquiert à l'expiration de 12 mois de service reconnus valables à cet effet. La date peut être déterminée selon des critères fixés par le Directeur général s'il y a mutation ou reclassement de lieux d'affectation. Tous les lieux d'affectation sont classés à cette fin, selon le cycle applicable de congé dans les foyers, en « lieux d'affectation à cycle de 24 mois » ou « lieux d'affectation à cycle de 12 mois ».

640.3 Tout membre du personnel a droit au congé dans les foyers :

...

640.6.4 il faut qu'il y ait un laps de temps raisonnable entre le congé dans les foyers et d'autres voyages autorisés du membre du personnel, de son conjoint et de ses enfants ayant droit à ce congé, et que le moment choisi soit compatible avec les exigences du service.

[Pas d'autres changements]

.....

660. CONGÉ POUR SERVICE OU PÉRIODE D'INSTRUCTION MILITAIRE

660.1 Sur leur demande, les membres du personnel, excepté ceux qui sont engagés à titre temporaire au sens de l'article 420.4, peuvent, s'ils sont requis par leur gouvernement d'accomplir une période de service ou d'instruction militaire, bénéficier d'un congé pouvant se prolonger pendant la durée complète de cette période. Au choix du membre du personnel, ces congés sont comptés soit comme congés sans traitement, soit comme congés annuels, dans la mesure où le membre du personnel a acquis des droits à congé annuel, puis comme congés sans traitement. Pendant toute la période de congé sans traitement accordé pour cette raison, l'article 655.2 est applicable.

...

660.3 Sur demande présentée par le membre du personnel dans les 90 jours qui suivent la fin de la période de service militaire, l'intéressé reprend ses occupations actives auprès de l'Organisation et est réintégré dans la même situation que celle qu'il avait au moment où il a commencé son service militaire, sous réserve qu'il y ait, dans sa catégorie, un poste disponible non occupé par une personne ayant plus de titres à être maintenue. À défaut de poste de ce genre, la situation et les droits du membre du personnel sont déterminés conformément aux dispositions de l'article 1050.

670. APPROBATION, NOTIFICATION ET ENREGISTREMENT DES CONGÉS

L'octroi de tout congé prévu aux articles 625, 630, 640, 650 et 655 est subordonné aux nécessités du service et doit faire l'objet de l'approbation préalable des fonctionnaires compétents. Dans la mesure du possible, il sera tenu compte de la situation personnelle de l'intéressé. Il incombe au membre du personnel de veiller à ce que tous les congés pris soient notifiés et enregistrés rapidement.

710. CAISSE COMMUNE DES PENSIONS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES

Les membres du personnel sont membres participants de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies si les dispositions du Statut et des Règlements de la Caisse l'exigent.

720. ASSURANCE-MALADIE DU PERSONNEL ET ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIE

Assurance-maladie du personnel :

720.1 les membres du personnel sont affiliés à l'assurance-maladie du personnel, laquelle couvre également leur conjoint et leurs ayants droit à charge, conformément aux dispositions fixées par le Directeur général de concert avec les représentants du personnel. Ils participent au coût de cette assurance.

Assurance-accidents et maladie :

- 720.2 les membres du personnel sont affiliés à une assurance-accidents et maladie qui les protège contre les risques de décès et d'invalidité dans la mesure fixée par la police d'assurance-accidents et maladie qui les concerne. Ils participent au coût de cette assurance.

.....

810. VOYAGES DES MEMBRES DU PERSONNEL

...

- 810.5 pour les visites familiales, une fois entre les dates où est ouvert le droit au congé dans les foyers (ou une fois pendant un engagement de durée équivalente) comme prévu à l'article 640.2, paiement des frais de voyage du lieu d'affectation au lieu où résident le conjoint et les enfants auxquels s'applique l'article 820.1, ainsi que des frais de retour au lieu d'affectation, sous réserve :

...

- 810.5.2 que l'affectation du membre du personnel doive continuer pendant six mois au moins après son retour s'il est en poste dans un lieu d'affectation à cycle de 24 mois, ou pendant trois mois au moins s'il est en poste dans un lieu d'affectation à cycle de 12 mois ; et

- 810.5.3 qu'il y ait un intervalle raisonnable entre le voyage de visite familiale et le voyage au titre du congé dans les foyers (voir également l'article 640.6.4) ;

- 810.6 lors de la cessation de leur emploi, sauf dans le cas prévu à l'article 1010.2, paiement des frais de voyage pour se rendre de leur lieu d'affectation à leur lieu de résidence reconnu, ou à tout autre lieu ;

- 810.7 Les frais que l'Organisation prend à son compte pour les voyages visés par le présent article ne dépassent en aucun cas ceux du voyage entre le lieu d'affectation du membre du personnel et son lieu de résidence reconnu.

- 810.8 en cas de maladie ou de dommages corporels nécessitant la mise en œuvre de moyens de traitements spéciaux, le Directeur général peut autoriser le voyage aller et retour d'un membre du personnel que l'Organisation est tenue de rapatrier entre le lieu d'affectation et le lieu le plus proche où de tels moyens existent, ce lieu étant déterminé sur avis du médecin du personnel. Dans la mesure du possible, un tel voyage sera considéré par la suite comme un voyage accompli en vertu des articles 810.4, 810.5, 810.6 et 870.

- 810.9 Dans des circonstances exceptionnelles et selon les conditions fixées par le Directeur général, le voyage aller et retour d'un membre du personnel que l'Organisation n'est pas tenue de rapatrier peut être autorisé en cas de maladie ou de dommages corporels nécessitant la mise en œuvre de moyens de traitement spéciaux.
-

910. DROIT D'ASSOCIATION

Dans tous les lieux d'affectation et localités, les membres du personnel ont le droit de constituer une association officielle en vue de mettre sur pied des activités les intéressant et de faire connaître leurs propositions et leur opinion à l'Organisation sur toute question concernant les principes et les conditions de travail applicables au personnel. Dans les différents lieux d'affectation et localités, les membres du personnel ont le droit de constituer une association de l'ensemble du personnel pour les mêmes objets. Les membres du personnel de l'Organisation peuvent s'associer avec ceux des autres institutions des Nations Unies en vue de mettre sur pied des activités communes et d'exprimer l'opinion du personnel sur les questions qui concernent la fonction publique internationale.

.....

920. REPRÉSENTANTS DES MEMBRES DU PERSONNEL

Dans toutes les consultations qui portent sur les principes ou les conditions de travail applicables au personnel, les représentants dûment élus des membres du personnel sont reconnus par l'Organisation comme exprimant les vues de la partie du personnel qui les a élus. Toute proposition tendant à modifier le Statut du Personnel ou le Règlement du Personnel de l'Organisation est communiquée aux représentants élus des membres du personnel pour leur permettre de formuler leurs observations.

.....

930. FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DES ASSOCIATIONS DU PERSONNEL

Les associations du personnel ont le droit de demander une cotisation volontaire à leurs membres. L'Organisation peut accorder une aide financière à ces associations pour leur permettre d'entreprendre des activités utiles aux membres du personnel, sous réserve que les membres de l'association contribuent eux-mêmes de façon importante à soutenir ces activités. La comptabilité de toute association du personnel qui bénéficie d'une aide de l'Organisation est soumise aux vérifications qui ont l'agrément de l'Organisation.

.....

1010. DÉMISSION

...

1010.2 Les membres du personnel – titulaires d'un engagement d'un an ou plus ou d'un engagement inférieur à un an mais qui, ultérieurement prolongé, entraîne une période de service ininterrompue d'un an ou plus –, qui démissionnent avant d'avoir accompli une année de service, perdent tous leurs droits au paiement, par l'Organisation, des frais afférents à leur rapatriement, à celui de leur conjoint et des enfants à leur charge et au transport de leurs biens.

.....

- 1010.4 Les membres du personnel en poste dans un lieu d'affectation à cycle de 12 mois qui démissionnent dans les trois mois qui suivent la plus tardive des deux dates suivantes : soit la date de leur voyage de retour d'un congé dans les foyers, soit la date d'ouverture du droit à ce congé, ou dans les trois mois qui suivent leur voyage de retour d'un congé prévu par l'article 810.5, perdent tous leurs droits au paiement par l'Organisation de leur voyage de rapatriement et de celui des membres de leur famille qui les ont accompagnés lors de ce congé. Si un membre du personnel se prévaut du droit prévu à l'article 820.2.6 et démissionne dans les trois mois qui suivent la date du début de ce voyage du conjoint, il perd tous ses droits au paiement par l'Organisation de son voyage de rapatriement. Des exceptions peuvent être accordées par le Directeur général en cas de démission imposée par des circonstances exceptionnelles.
-

1045. RÉSILIATION D'ENGAGEMENTS TEMPORAIRES

...

- 1045.1.2 si le membre du personnel ne s'acquitte pas de son travail de façon satisfaisante, ou s'il se révèle inapte à exercer des fonctions internationales.

[Pas d'autres changements]

1050. SUPPRESSION DE POSTES

- 1050.1 Sous réserve des articles 1050.2 et 1050.3, l'engagement continu ou à durée déterminée d'un membre du personnel peut être résilié si le poste qu'il occupe est supprimé.

[Pas d'autres changements]

1070. TRAVAIL NON SATISFAISANT OU INAPTITUDE AUX FONCTIONS INTERNATIONALES

- 1070.1 L'engagement continu ou de durée déterminée d'un membre du personnel peut être résilié si l'intéressé ne s'acquitte pas de son travail de façon satisfaisante ou s'il se révèle inapte à exercer des fonctions internationales.

[Pas d'autres changements]

1075. FAUTE GRAVE

...

1075.2 En cas de faute très grave, un membre du personnel peut être révoqué immédiatement si la gravité de la faute le justifie à condition que, comme le stipule l'article 1130, il ait été avisé des accusations portées contre lui et ait eu la possibilité d'y répondre. Le membre du personnel ne reçoit pas de préavis de licenciement et il n'a pas droit à indemnité, allocation de rapatriement ou versement de fin de service.

1110. MESURES DISCIPLINAIRES

1110.1 Tout membre du personnel qui enfreint les règles de conduite énoncées à l'article I du Statut du Personnel et à l'article 110 du présent Règlement peut faire l'objet d'une mesure disciplinaire. Suivant la gravité de la faute, cette mesure peut consister en une ou plusieurs des sanctions suivantes :

1110.1.1 blâme écrit, qui sera conservé dans le dossier individuel du membre du personnel pendant cinq ans, au bout desquels il en sera retiré ;

1110.1.2 amende jusqu'à concurrence de trois mois de traitement de base net ;

1110.1.3 perte d'échelons de classe jusqu'à concurrence de trois échelons ;

1110.1.4 suspension avec traitement partiel ou sans traitement pendant un mois au plus ;

1110.1.5 rétrogradation ;

1110.1.6 révocation ;

1110.1.7 révocation immédiate pour faute très grave.

1112. FAUTE GRAVE ENTRAÎNANT UN PRÉJUDICE FINANCIER

Il peut être exigé d'un membre du personnel dont la faute grave a entraîné un préjudice financier pour l'Organisation qu'il dédommage partiellement ou intégralement l'Organisation.

1115. AVERTISSEMENT NON DISCIPLINAIRE

Si la faute d'un membre du personnel n'est pas suffisamment grave pour être passible d'instance disciplinaire ou de mesure disciplinaire, il peut se voir adresser un avertissement par écrit. Cet avertissement ne constitue pas une mesure disciplinaire.

1120. CONGÉ ADMINISTRATIF DANS L'ATTENTE DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA FAUTE
- 1120.1 En cas d'allégation de faute grave concernant un membre du personnel, s'il est considéré que le maintien en fonctions de l'intéressé est de nature à porter préjudice à l'Organisation, l'intéressé peut être mis en congé administratif, avec traitement ou, exceptionnellement, sans traitement, en attendant les conclusions concernant l'allégation de faute.
- 1120.2 Au moment où il est mis en congé administratif, l'intéressé est avisé par écrit du motif et de la durée probable du congé ainsi que de la situation dans laquelle il se trouvera pendant celui-ci. L'avis peut aussi stipuler les conditions auxquelles le membre du personnel peut avoir accès aux locaux, au matériel et aux documents de l'OMS.
- 1120.3 Le congé administratif en vertu du présent article, avec ou sans traitement, ne vaut pas mesure disciplinaire. Si la faute n'est pas établie, le congé administratif prend fin immédiatement. Si le membre du personnel est mis en congé administratif sans traitement et que la faute n'est pas établie, le montant retenu est rapidement versé au membre du personnel.

Pièce jointe 3

Texte des amendements proposés au Statut du personnel

Texte existant	Texte proposé
STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE IV Nominations et promotions	STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE IV Nominations, transferts, mutations et promotions
4.1 Le Directeur général nomme les membres du personnel suivant les besoins du service.	4.1 Le Directeur général nomme, transfère, mute et promeut les membres du personnel suivant les besoins du service sans distinction de race, de sexe ou de religion.
4.2 La considération dominante dans la nomination, le transfert, la mutation ou la promotion des membres du personnel doit être d'assurer à l'Organisation les services de personnes qui possèdent les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité. L'importance d'un recrutement effectué sur une base géographique aussi large que possible sera dûment prise en considération.	4.2 [pas de changement en français]
4.3 Les membres du personnel seront choisis sans distinction de race, de croyance ou de sexe. Dans la mesure du possible, le recrutement se fera par voie de concours ; toutefois, la présente disposition ne s'applique pas dans le cas d'un poste pourvu par transfert ou par mutation d'un membre du personnel sans promotion quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation.	4.3 Les membres du personnel seront choisis sans distinction de race, de croyance ou de sexe. Dans la mesure du possible, le recrutement se fera par voie de concours ; toutefois, la présente disposition ne s'applique pas dans le cas d'un de postes pourvus par transfert ou par mutation d'un membre du personnel sans promotion quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation.
4.4 Sans entraver l'apport, aux divers échelons, de talents nouveaux, il y aura lieu de nommer aux postes vacants des personnes déjà en service dans l'Organisation, plutôt que des personnes venant de l'extérieur. Cette règle s'applique également, sur la base de la réciprocité, au personnel des Nations Unies et des institutions spécialisées reliées à l'Organisation des Nations Unies.	4.4 Sans entraver l'apport, aux divers échelons, de talents nouveaux, il y aura lieu de nommer aux pourvoir les postes vacants des personnes déjà en service dans l'Organisation par voie de mutation de membres du personnel, selon les modalités et aux conditions fixées par le Directeur général, plutôt que des de préférence à d'autres personnes venant de l'extérieur. Cette règle s'applique également, sur la base de la réciprocité, au personnel des Nations Unies et des institutions spécialisées reliées à l'Organisation des Nations Unies.
STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE IX Cessation de l'emploi ...	STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE IX Cessation de l'emploi ...
9.2 Le Directeur général peut résilier le contrat d'un membre du personnel conformément aux termes du contrat de l'intéressé, ou si les nécessités du service exigent la suppression de son poste ou une réduction de personnel, si ses services ne donnent pas satisfaction, ou si, en raison de son état de santé, l'intéressé n'est plus capable de remplir ses fonctions.	9.2 Le Directeur général peut résilier le contrat d'un membre du personnel conformément aux termes du contrat de l'intéressé, ou si les nécessités du service exigent la suppression de son poste ou une réduction de personnel, si ses services ne donnent pas satisfaction, s'il refuse une mutation équitable ou néglige d'y donner suite ou si, en raison de son état de santé, l'intéressé n'est plus capable de remplir ses fonctions.

Texte existant**RÈGLEMENT DU PERSONNEL**

320. FIXATION DES TRAITEMENTS
- 320.3 En cas de reclassement dans une classe inférieure d'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée :
- 320.3.1 pour des raisons autres que le caractère non satisfaisant de ses services, son inaptitude à remplir des fonctions internationales, ou une faute grave, le traitement de base net du membre du personnel est fixé, dans la nouvelle classe, à l'échelon qui correspond au traitement de base net jusqu'alors perçu par l'intéressé ou, s'il n'y a pas d'échelon correspondant exactement à ce traitement, à l'échelon immédiatement inférieur ;
- 320.3.2 parce que ses services ne sont pas satisfaisants, parce qu'il est inapte à remplir des fonctions internationales, ou à la suite d'une faute grave, le traitement de base net peut être fixé à un échelon inférieur dans la nouvelle classe.

Texte proposé**RÈGLEMENT DU PERSONNEL**

320. FIXATION DES TRAITEMENTS
- 320.3 En cas de reclassement dans une classe inférieure d'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée :
- 320.3.1 **pour des raisons de mobilité découlant de la politique de mobilité de l'Organisation, ou de mutation en vertu de l'article 1050, le traitement de base net du membre du personnel demeure, à titre personnel, celui applicable à sa classe et à son échelon avant sa mutation à un poste de classe inférieure en vertu de la mobilité ou de l'article 1050 ;**
- 320.3.2 parce que ses services ne sont pas satisfaisants, parce qu'il est inapte à remplir des fonctions internationales, ou à la suite d'une faute grave, le traitement de base net peut être fixé à un échelon inférieur dans la nouvelle classe- ;
ou
- 320.3.43 ~~pour des toute autre raisons autres que le caractère non satisfaisant de ses services, son inaptitude à remplir des fonctions internationales, ou une faute grave,~~ le traitement de base net du membre du personnel est fixé, dans la nouvelle classe, à l'échelon qui correspond au traitement de base net jusqu'alors perçu par l'intéressé ou, s'il n'y a pas d'échelon correspondant exactement à ce traitement, à l'échelon immédiatement inférieur. ;

Texte existant	Texte proposé
410. PRINCIPES RÉGISSANT LE RECRUTEMENT	410. PRINCIPES RÉGISSANT LE RECRUTEMENT
410.4 À l'exception des postes pourvus par voie d'engagements à court terme, les postes des classes inférieures à celles de Directeur qui deviennent vacants sont normalement portés à la connaissance du personnel lorsqu'ils offrent des possibilités d'avancement pour tout membre du personnel, quel qu'il soit, et le choix du titulaire est normalement opéré par voie de concours. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux postes qui, dans l'intérêt de l'Organisation, doivent être pourvus par voie de mutation sans promotion.	410.4 Les postes soumis à rotation, ainsi qu'en décide le Directeur général, occupés par des membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée de la catégorie professionnelle, y compris des classes de directeur, À l'exception des postes pourvus par voie d'engagements à court terme, les postes des classes inférieures à celles de Directeur qui deviennent vacants sont normalement pourvus par voie de mutation des membres du personnel au titre de la politique de mobilité de l'Organisation. portés à la connaissance du personnel lorsqu'ils offrent des possibilités d'avancement pour tout membre du personnel, quel qu'il soit, et le choix du titulaire est normalement opéré par voie de concours. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux postes qui, dans l'intérêt de l'Organisation, doivent être pourvus par voie de mutation sans promotion.
NOUVELLE SECTION	515. MOBILITÉ
	515.1 En vertu de l'article 1.2 du Statut du Personnel et de l'article 510.1 du Règlement du Personnel, les membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée de la catégorie professionnelle, y compris des classes de directeur, autres que ceux détachés auprès de l'Organisation, peuvent faire l'objet d'une réaffectation suivant un programme de mobilité dirigé par un comité mondial de la mobilité aux conditions fixées par le Directeur général.
	515.2 Les membres du personnel dont le poste a été supprimé et qui sont en droit de participer à la procédure de réaffectation en vertu de l'article 1050 se voient accorder la priorité pour pourvoir les postes vacants dans le cadre du programme de mobilité.
NOUVELLE SECTION	1072. REFUS DE MUTATION
	1072.1 Si un membre du personnel refuse une mutation équitable ou néglige d'y donner suite, son engagement est résilié avec un préavis de trois mois.
	1072.2 Les membres du personnel dont l'engagement est résilié en vertu de l'article 1072.1 ont droit à une indemnité conformément au barème stipulé à l'article 1050.10.

ANNEXE 4

ALLOCATION STRATÉGIQUE DES VOLANTS BUDGÉTAIRES¹

[EB136/35, annexe – 9 janvier 2015]

Rapport du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires

CONTEXTE

1. Le groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires a été créé en vertu d'une décision prise par le Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session. À la vingtième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration, les membres du groupe de travail ont présenté le rapport figurant dans le document EBPBAC20/5.

2. Le groupe de travail a présenté les résultats de ses premières délibérations concernant la portée, les principes et les critères d'une nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources. Il a également proposé des critères pour les quatre segments opérationnels afin que le Comité en débattenne et formule des observations.

3. Le groupe de travail a admis que la mise au point d'une nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources à l'OMS était assez complexe et dépendait de nombreuses autres réformes en cours, par exemple celles concernant la planification ascendante, le calcul du coût des produits et prestations, le rôle et les fonctions des trois niveaux de l'Organisation et l'examen du financement des coûts de l'administration et de la gestion.

4. Les membres du groupe de travail ont également jugé important que l'élaboration de la méthodologie d'allocation stratégique des ressources s'appuie sur les travaux entrepris dans le cadre de ces initiatives, et vice versa. Ils ont expliqué que les travaux devaient se poursuivre compte tenu de leur complexité et des liens d'interdépendance avec plusieurs initiatives en cours à l'OMS.

5. Les États Membres ont accueilli favorablement le rapport, y compris la feuille de route, et ont salué les efforts déployés par le groupe de travail. Ils sont également convenus d'intituler l'initiative « allocation stratégique des volants budgétaires » au lieu d'« allocation stratégique des ressources ».

6. Le Conseil exécutif, ayant examiné la recommandation du Comité du programme, du budget et de l'administration de ne pas modifier la composition du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires afin de faciliter la poursuite des travaux,

- 1) a décidé, à titre exceptionnel, de maintenir la composition actuelle du groupe de travail sur l'allocation stratégique, à savoir la Belgique, le Cameroun, l'Égypte, la Malaisie, les Maldives et le Mexique ;

¹ Voir la décision EB136(5).

- 2) a demandé que le Comité du programme, du budget et de l'administration fasse rapport au Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session sur les résultats des délibérations du groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires.
7. À la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2014, les États Membres sont convenus qu'il fallait approfondir l'analyse et les discussions et ont approuvé la feuille de route pour l'élaboration d'un projet de méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires pour examen par le Conseil exécutif en janvier 2015.¹
8. Les 12 et 13 novembre 2014, le groupe de travail a tenu sa deuxième réunion en présentiel dans le double objectif de convenir d'une approche méthodologique d'allocation stratégique des volants budgétaires et d'élaborer des recommandations pour examen par le Conseil exécutif.
9. Les discussions sur l'allocation stratégique des volants budgétaires qui ont eu lieu lors des dernières sessions des comités régionaux, ainsi que les exposés du Secrétariat sur la planification, la budgétisation, le financement et le coût de l'administration et de la gestion, ont orienté les délibérations du groupe de travail durant ces deux jours de réunion.
10. Le présent rapport rend compte des résultats des délibérations du groupe de travail et donne des précisions sur la méthodologie soumise par celui-ci à l'examen du Conseil exécutif.

MÉTHODOLOGIE D'ALLOCATION STRATÉGIQUE DES VOLANTS BUDGÉTAIRES

11. Le but du groupe de travail était de définir une approche objective et transparente d'allocation stratégique des volants budgétaires en se fondant sur les principes directeurs et sur les besoins, les priorités et les résultats mis en évidence dans le programme général de travail et au moyen de la planification ascendante.
12. Le groupe de travail a réaffirmé son adhésion à la segmentation actuelle et aux principes directeurs précédemment établis pour ce processus. Il a souligné que la nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires devait s'appuyer sur les initiatives de réforme de l'OMS en cours, et vice versa, et que la méthodologie proposée serait donc un prototype destiné à être évalué et amélioré selon que de besoin.
13. Le groupe de travail a fait valoir que l'allocation stratégique devrait être flexible, afin de pouvoir affecter et réaffecter les volants budgétaires, et se fonder sur les meilleures données disponibles. Il a également recommandé que la proportion des volants alloués aux différents segments soit revue à l'avenir dans le cadre des réformes de l'OMS en cours.
14. Aux fins de cet exercice, le groupe de travail s'est servi de la ventilation du budget programme 2014-2015 comme point de départ pour examiner chaque segment (voir le Tableau 1 ci-dessous).

¹ Voir le document WHA67/2014/REC/3, Summary record of third meeting of Committee A of the Sixty-seventh World Health Assembly, section 2.

Tableau 1. Budget programme 2014-2015 ventilé par segment opérationnel et niveau de l'Organisation (%)

Sur la base des coûts prévus

Segments opérationnels	Siège	Bureaux régionaux	Bureaux de pays	Total
1. Coopération technique au niveau des pays	0	0	23	23
2. Production de biens mondiaux et régionaux	20	13	0	33
3. Gestion et administration	11	6	5	22
4. Intervention dans les situations d'urgence telles que flambées épidémiques et crises	1	1	20	22
Total	32	20	48	100

Portée

15. La méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires sert à allouer les contributions fixées et les contributions volontaires de manière intégrée, à l'appui du plan de travail et budget (budget programme) de l'Organisation.

Principes directeurs

16. Les principes généraux suivants ont guidé l'élaboration de la nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires et pourraient en régir l'application à l'avenir :

- **prise en compte des besoins et des données factuelles** : l'allocation stratégique des volants budgétaires devrait apporter un soutien aux pays dont les besoins sont les plus grands et devrait être fondée sur les meilleures données disponibles, y compris sur les résultats de la recherche, sur des données validées par la science et sur des valeurs de référence objectivement mesurables ;
- **gestion axée sur les résultats** : l'allocation stratégique des volants budgétaires devrait inclure une planification ascendante solide et un calcul réaliste des coûts des produits et des prestations, en se référant aux priorités recensées dans le programme général de travail et en s'attachant à déterminer comment et où allouer au mieux les ressources pour obtenir un impact important et faire un investissement rentable ;
- **justice et équité** : l'allocation stratégique des volants budgétaires entre les segments fonctionnels ou zones géographiques devrait être effectuée selon des critères objectifs, communément acceptés et appliqués de façon cohérente ;
- **responsabilisation et transparence** : ces principes devraient être au cœur de la planification, de l'allocation stratégique des volants budgétaires et de l'établissement des rapports sur l'emploi des ressources ;
- **définition claire des rôles et des fonctions** : ceux-ci devraient, aux trois niveaux de l'Organisation, faciliter la prise de décisions concernant la répartition des tâches et l'allocation des volants budgétaires et renforcer la responsabilisation ;
- **amélioration des résultats** : cet aspect devrait être pris en compte dans l'allocation des volants budgétaires afin de parvenir aux résultats et réalisations escomptés.

Critères par segment opérationnel

17. La méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires est scindée en quatre segments opérationnels.¹ Des critères et une approche ont été déterminés pour chacun d'eux et sous-tendent le modèle méthodologique proposé.

Segment 1 : Coopération technique au niveau des pays

18. Ce segment se rapporte aux fonctions exécutées et aux activités menées dans les pays, dont ces derniers bénéficient directement. Il peut s'agir de renforcement des capacités, d'appui technique, de l'organisation d'un dialogue sur les politiques, de l'adaptation de lignes directrices ou du renforcement de systèmes de collecte, d'analyse et de diffusion de données. Le Tableau 2 ci-dessous présente, pour le segment 1, la répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel telle que figurant dans le budget programme 2014-2015.

Tableau 2. Segment 1 : répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel (%) dans le budget programme 2014-2015

Budget prévu pour 2014-2015	
Coût des activités	65
Dépenses de personnel	35

19. S'agissant de l'allocation des volants budgétaires de la coopération technique au niveau des pays, il a été suggéré de procéder en deux étapes. La première consiste à déterminer le volant budgétaire agrégé au niveau régional, suivant la méthodologie présentée aux paragraphes 20 à 25 ci-dessous, et la deuxième à allouer le volant budgétaire de la coopération technique au niveau des pays en se basant sur la planification ascendante et en tenant compte des principaux critères, comme expliqué au paragraphe 28 ci-dessous.

20. Le processus utilisé pour l'allocation régionale comptait quatre étapes : i) étalonnage des indicateurs ; ii) regroupement des pays par décile ; iii) pondération des pays ; et iv) allocations régionales. Cette méthodologie est décrite dans l'appendice.

21. Le groupe de travail a examiné plusieurs modèles reposant sur différents indicateurs, les avantages et les inconvénients de chaque indicateur et la manière dont les modèles ont été élaborés. Les indicateurs examinés étaient les suivants :

- PIB par habitant à parité de pouvoir d'achat (PPA) en US \$;
- espérance de vie ;
- couverture du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3)
- accouchements en présence de personnel qualifié ;

¹ Voir le document EB134/10.

- total des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) par habitant ; DALY imputables aux affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles par habitant ; DALY imputables aux maladies non transmissibles et aux traumatismes par habitant ;
- taux de change PPA en US \$ par rapport au taux de change avec l'US \$;
- pourcentage de la population vivant en zone urbaine, densité de la population, densité routière ;
- pourcentage de la population confronté à des sécheresses, des inondations et des températures extrêmes ;
- application du Règlement sanitaire international (2005) ; et
- coefficient de Gini de l'inégalité des revenus.

On trouvera à l'appendice une explication plus détaillée de la méthodologie présentant notamment les avantages et les inconvénients des indicateurs et les modèles composites qui ont été élaborés.

22. Le Tableau 3 ci-dessous donne un aperçu des allocations par Région, en pourcentage, pour chaque modèle composite examiné par le groupe de travail.

Tableau 3. Segment 1 : allocations par Région, en pourcentage, pour chaque modèle composite examiné

Région de l'OMS	Budget prévu 2014-2015	Moyenne d'après le modèle de validation 2006	Modèle composite 1(B) ¹	Modèle composite 2(S) ²	Modèle composite 3(T) ³	Modèle composite 4(U) ⁴	Modèle composite 5(V) ⁵
Afrique	43,00	47,67	42,53	45,00	45,70	44,31	44,87
Amériques	8,00	10,24	11,15	13,35	12,48	10,78	10,16
Méditerranée orientale	15,00	10,45	13,96	10,97	10,22	11,67	13,69
Europe	5,00	11,86	10,81	13,61	14,91	16,67	12,51
Asie du Sud-Est	16,00	10,44	12,74	7,89	7,74	8,61	10,84
Pacifique occidental	14,00	9,34	8,81	9,91	8,95	7,96	7,92

¹ Indicateurs examinés : PIB par habitant à PPA en US \$; espérance de vie ; accouchements en présence de personnel qualifié ; couverture du DTC3.

² Indicateurs examinés : PIB par habitant à PPA en US \$; accouchements en présence de personnel qualifié ; couverture du DTC3 ; total des DALY ; niveau des prix ; densité de la population ; coefficient de Gini.

³ Indicateurs examinés : PIB par habitant à PPA en US \$; accouchements en présence de personnel qualifié ; couverture du DTC3 ; DALY imputables aux affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles ; DALY imputables aux maladies non transmissibles et aux traumatismes ; densité de la population ; coefficient de Gini.

⁴ Indicateurs examinés : PIB par habitant à PPA en US \$; accouchements en présence de personnel qualifié ; couverture du DTC3 ; total des DALY ; niveau des prix ; densité de la population.

⁵ Indicateurs examinés : PIB par habitant à PPA en US \$; accouchements en présence de personnel qualifié ; couverture du DTC3 ; total des DALY ; densité de la population.

23. Après avoir débattu des avantages de chaque indicateur, le groupe de travail a examiné plusieurs modèles composites. Il a ensuite déterminé qu'un modèle composite, associant les indicateurs présentant les données les plus stables, les plus robustes statistiquement et les plus largement disponibles, était le meilleur choix pour le segment 1.

24. Les membres du groupe de travail étaient généralement en faveur du modèle 5 en raison de la disponibilité des données et de la stabilité des indicateurs qui le composent (à savoir, PIB par habitant à PPA en US \$, accouchements en présence de personnel qualifié, couverture du DTC3, total des DALY et densité de la population). Plusieurs d'entre eux ont néanmoins indiqué préférer d'autres modèles composites, comme le modèle 1 (B), qui regroupe moins d'indicateurs et permet une distribution plus proportionnée des volants budgétaires entre les Régions.

25. Le groupe de travail propose une période de transition pour l'application du modèle proposé, durant laquelle toute modification de l'allocation budgétaire serait limitée à 2 % par exercice biennal, le point de départ étant les allocations budgétaires régionales du budget programme 2014-2015 pour le segment 1. Cela laissera du temps aux Régions pour s'adapter à un nouveau niveau d'allocation des volants budgétaires.

26. Les principaux facteurs examinés par le groupe de travail lors de ses délibérations sur l'allocation stratégique des volants budgétaires étaient la disponibilité de données de qualité et les différences entre les pays du point de vue du contexte général, des niveaux de développement, des ressources disponibles et des besoins sanitaires.

27. Le groupe de travail a reconnu qu'il fallait améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources au fil du temps, mais noté également la difficulté pour certaines Régions d'améliorer la qualité des services alors que la quantité des services fournis ou disponibles continue de poser problème. Il a été proposé que les Régions échangent leurs bonnes pratiques en matière d'amélioration des résultats afin qu'elles puissent démontrer que les ressources sont correctement utilisées et que les réalisations et les programmes justifient les coûts. Par conséquent, l'allocation stratégique des volants budgétaires doit être considérée au niveau mondial, à l'échelle des grands bureaux, et à l'intérieur des Régions.

28. Afin de procéder à l'allocation des volants budgétaires régionaux à l'appui de la coopération technique au niveau des pays, il est recommandé de prendre en compte :

- les besoins et les priorités du pays dans le cadre de la planification ascendante ;
- l'alignement sur la stratégie de coopération avec le pays et sur le plan national d'investissement ;
- l'avantage comparatif de l'OMS ; et
- l'alignement sur les priorités définies dans le programme général de travail.

Segment 2 : Production de biens publics mondiaux et régionaux

29. Ce segment couvre les fonctions et les programmes exécutés au Siège et dans les bureaux régionaux de l'OMS, conformément à l'article 2 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, au bénéfice de l'ensemble des États Membres et de l'Organisation. Il peut s'agir, par exemple, de l'établissement par l'OMS de normes, de politiques, de lignes directrices ou encore d'analyses et de la gestion et de la diffusion d'informations sanitaires par l'Organisation.

30. Le Tableau 4 ci-après présente, pour le segment 2, la répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel telle que figurant dans le budget programme 2014-2015.

Tableau 4. Segment 2 : répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel (%) dans le budget programme 2014-2015

Budget prévu pour 2014-2015	
Coût des activités	38
Dépenses de personnel	62

31. Le groupe de travail a reconnu que le segment 2 repose largement sur les résolutions des organes directeurs, les engagements internationaux et les priorités en matière de santé publique internationale définis dans le programme général de travail, et qu'il est conforme aux autres initiatives de réforme de l'OMS en cours. Partant, il est recommandé que l'allocation stratégique des volants budgétaires suive la pratique actuelle et se fonde sur l'évaluation et l'identification des besoins et des priorités mondiaux et régionaux en matière de santé, en tenant compte des critères suivants :

- les priorités définies dans le programme général de travail ;
- les besoins et les priorités des pays ;
- les résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS ;
- l'avantage comparatif de l'OMS ;
- le rôle et les fonctions des trois niveaux de l'Organisation (compte dûment tenu de l'efficience et de l'efficacité) ;
- le calcul réaliste des coûts des produits et des prestations ; et
- une approche conforme à la gestion de projets.

Segment 3 : Administration et gestion

32. Ce segment se rapporte aux fonctions nécessaires à la bonne marche de l'Organisation. Les coûts de l'administration et de la gestion peuvent être classés dans deux catégories générales :

- administration générale et gouvernance, comprenant l'ensemble des services institutionnels et des fonctions d'appui (leadership, administration et gouvernance) ; et
- infrastructure et appui administratif, comprenant les frais de fonctionnement, les frais de maintenance, les dépenses pour les technologies de l'information et la sécurité, ainsi que les autres services d'appui administratif. La plupart de ces coûts figurent dans la catégorie 6 du douzième programme général de travail (2014-2019), mais certains sont inscrits dans les catégories techniques 1 à 5.

33. Le Tableau 5 ci-après présente, pour le segment 3, la répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel telle que figurant dans le budget programme 2014-2015.

Tableau 5. Segment 3 : répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel (%) dans le budget programme 2014-2015

Budget prévu pour 2014-2015	
Coût des activités	25
Dépenses de personnel	75

34. Le groupe de travail a reconnu que le segment 3 induisait des coûts fixes élevés, notamment pour l'administration générale et la gouvernance (par exemple le coût des réunions des organes directeurs et des structures de gouvernance, ou celui du personnel de la direction générale). S'agissant des fonctions d'administration et de gestion, il a également admis qu'un travail de rationalisation important avait été accompli en vue d'harmoniser les coûts et de réaliser des économies.

35. Par conséquent, le groupe de travail recommande de conserver l'approche actuelle d'allocation des volants budgétaires pour les fonctions d'administration et de gestion jusqu'à ce que la réforme de l'OMS soit menée à bien, en veillant à ce que le leadership et la gouvernance, d'une part, et l'administration et la gestion, d'autre part, forment des sous-catégories du segment.

36. En outre, les mesures d'économie devraient devenir partie intégrante des pratiques du système et être institutionnalisées à l'échelle de l'Organisation de sorte que l'OMS réalise un retour sur investissement dont elle puisse se prévaloir.

37. Il est également proposé que le Comité du programme, du budget et de l'administration soit régulièrement tenu informé des mesures d'économie.

Segment 4 : Intervention dans les situations d'urgence telles que flambées épidémiques et crises

38. Ce segment couvre les interventions en cas de flambée épidémique et de crise et l'éradication de la poliomyélite. Comme les interventions en cas de flambée et de crise répondent à des événements imprévisibles, les ressources nécessaires sont habituellement importantes, mais difficiles à prévoir au moment de l'établissement du budget. L'éradication de la poliomyélite est actuellement considérée comme une urgence programmatique pour la santé publique mondiale, et une certaine souplesse s'impose donc pour pouvoir augmenter rapidement le budget et répondre ainsi aux besoins programmatiques.

39. Le Tableau 6 présente, pour le segment 4, la répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel telle que figurant dans le budget programme 2014-2015.

Tableau 6. Segment 4 : répartition entre le coût des activités et les dépenses de personnel (%) dans le budget programme 2014-2015

Budget prévu pour 2014-2015	
Coût des activités	78
Dépenses de personnel	22

40. Le groupe de travail a admis qu'une méthodologie pour l'éradication de la poliomyélite existait déjà sous la forme du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. Par conséquent, il n'a pas recommandé de nouvelle approche pour l'allocation des volants budgétaires dans ce domaine.

41. Il est proposé d'envisager la création d'un fonds renouvelable mondial pour faire face aux urgences sanitaires de portée internationale, tout en tenant compte des autres mécanismes de financement au sein du système des Nations Unies. Des fonds d'urgence régionaux devraient également être mis en place pour répondre aux situations d'urgence dans chaque Région.

Recommandations générales

42. Dans le cadre de l'élaboration d'une méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires, le groupe de travail a examiné plusieurs questions touchant à la réforme de l'OMS. Il formule en conséquence les recommandations suivantes pour examen par le Conseil :

- le Secrétariat devrait continuer de renforcer la planification et la budgétisation axées sur les résultats, et notamment d'améliorer la transparence, l'efficacité, l'efficacités et la responsabilisation ;
- la réforme de la gouvernance devrait être poursuivie, en particulier concernant la définition des rôles et des fonctions des trois niveaux de l'Organisation, afin de mieux aligner l'allocation des volants budgétaires sur les rôles et les fonctions des trois niveaux de l'Organisation et de mieux répondre aux priorités fixées dans le budget programme.

43. Le Secrétariat devrait présenter plus clairement dans le budget programme les informations qui orientent les processus de planification et de budgétisation, y compris les résolutions et les autres engagements mondiaux de l'OMS.

[L'appendice présentait la méthodologie d'allocation des volants budgétaires pour le segment 1.]

ANNEXE 5

TEXTE DES STATUTS AMENDÉS DE LA FONDATION DE L'ÉTAT DU KOWEÏT POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ¹

[EB136/41, section 5 – 31 janvier 2015]

Article 4

But

Le but de la Fondation est de décerner un prix (« Prix Son Altesse le Sheikh Sabah Al-Ahmad Al-Jaber Al-Sabah pour la recherche dans les domaines des soins de santé destinés aux personnes âgées et de la promotion de la santé ») à une ou plusieurs personnes, institutions ou organisations non gouvernementales ayant apporté une contribution exceptionnelle à la recherche dans les domaines des soins de santé destinés aux personnes âgées et de la promotion de la santé. Les critères précis qui s'appliquent pour évaluer les travaux menés par le ou les candidats sont déterminés par le Groupe de sélection de la Fondation.

Article 8

Le Prix

1. Le Prix consistera en un certificat, en une plaque commémorative offerte par le fondateur et en une somme en espèces, qui ne sera attribuée qu'une fois par an, qui sera prélevée sur les intérêts produits par le capital placé de la Fondation et les revenus cumulés non utilisés, et qui pourra être complétée par le fondateur. Le montant du Prix initialement fixé pourra être ajusté de temps à autre par le Groupe de sélection, en fonction de l'évolution du capital de la Fondation, de la variation des taux d'intérêt et d'autres facteurs pertinents.
2. Si le Prix est décerné à plusieurs personnes, institutions ou organisations non gouvernementales, la somme en espèces sera répartie proportionnellement entre les différents lauréats.

Article 11

Révision des Statuts

Sur motion de l'un de ses membres, le Groupe de sélection peut proposer la révision des présents Statuts. Toute motion de cet ordre, si elle est acceptée par la majorité des membres du Groupe de sélection, sera soumise à l'approbation du Conseil exécutif.

¹ Voir la décision EB136(11).

ANNEXE 6

SUIVI DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU 2014 DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES CONSACRÉE À UN EXAMEN ET À UNE ÉVALUATION APPROFONDIS DES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES¹

[EB136/11 – 21 novembre 2014]

1. Les représentants de 63 États Membres ont participé à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (New York, 10 et 11 juillet 2014), où étaient présents des ministres et des représentants de gouvernement. Conformément à la résolution 68/271 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la portée et les modalités de cet examen et de cette évaluation approfondis, le but de la réunion de haut niveau était de faire le point des progrès accomplis en vue de tenir les engagements pris par les chefs d'État et de gouvernement dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (ci-après, la « Déclaration politique »).² La réunion de haut niveau avait également pour objet de recenser et de pallier les lacunes et de réaffirmer la volonté politique de remédier aux problèmes posés par les maladies non transmissibles.

2. Le document final de la réunion de haut niveau 2014 (ci-après, le « document final »),³ adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 68/300, indique les efforts continus et accrus qui sont indispensables pour tenir les engagements de la feuille de route qui figure dans la Déclaration politique. Le paragraphe 30 recense plusieurs mesures que les États Membres devront appliquer à l'horizon 2015 et 2016. Le Secrétaire général de l'ONU et le Directeur général présenteront à l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2017, un rapport sur les progrès accomplis qui servira à préparer une troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en 2018.

3. Le présent rapport fait suite à la décision prise par l'Assemblée de la Santé, en mai 2014, de prier le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur le rôle de l'OMS dans le suivi de la réunion de haut niveau 2014.⁴

¹ Voir la décision EB136(13).

² Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la résolution 66/2 (2011).

³ Voir [l'appendice 1 du présent document].

⁴ Voir le document WHA67/2014/REC/3, Summary record of seventh meeting of Committee A of the Sixty-seventh World Health Assembly, section 2.

CONCLUSIONS DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU 2014

Contexte

4. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée en septembre 2011 par les chefs d'État et de gouvernement,¹ renfermait une feuille de route assortie d'engagements concrets, y compris celui de promouvoir, d'établir ou de soutenir et de renforcer, d'ici 2013, selon qu'il conviendra, des politiques et des plans nationaux multisectoriels dans ce domaine. Dans la Déclaration politique, les chefs d'État et de gouvernement ont également prié l'OMS de s'acquitter de plusieurs tâches au niveau mondial en vue de traduire l'idéal de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles,² ainsi que les engagements de la feuille de route figurant dans la Déclaration politique, en des orientations et mesures pratiques pour soutenir les États Membres dans leurs efforts nationaux. Il y était également demandé que soient menés en 2014 un examen et une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles.

Engagements nationaux

5. Dans le document final de la réunion de haut niveau 2014, il est pris acte des progrès remarquables accomplis au niveau national depuis septembre 2011, notamment l'augmentation du pourcentage de pays ayant une politique opérationnelle de lutte contre les maladies non transmissibles dotée du budget nécessaire à son exécution, lequel est passé de 32 % en 2010 à 50 % en 2013.

6. Reconnaissant également que les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles ont été insuffisants et très inégaux, et que des efforts continus et accrus sont indispensables, les ministres se sont engagés au paragraphe 30 du document à traiter comme une priorité un ensemble de mesures dans quatre domaines : gouvernance, prévention et réduction des facteurs de risque, soins de santé et surveillance. En particulier, les ministres se sont engagés à prendre quatre mesures prioritaires dans un délai fixé à 2015 et 2016 :

- d'ici 2015, envisager de fixer des cibles nationales pour 2025 et établir des indicateurs de processus, en fonction des situations nationales, en tenant compte des neuf cibles mondiales volontaires relatives aux maladies non transmissibles ;³
- d'ici 2015, envisager d'élaborer des politiques et plans multisectoriels nationaux ou de renforcer ceux qui existent déjà pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2025, en tenant compte du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;⁴
- d'ici 2016, selon qu'il conviendra, réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les déterminants sociaux sous-jacents en mettant en œuvre des interventions et des mesures propres à créer des environnements favorables à la santé, sur la base des orientations énoncées à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;⁵

¹ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Résolution WHA53.17.

³ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 30.a)i) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 30.a)ii) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁵ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 30.b) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- d'ici 2016, selon qu'il conviendra, renforcer et orienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle tout au long de la vie, comme indiqué à l'appendice 3 du Plan d'action mondial.¹

Engagements internationaux

7. En rapport avec les tâches mondiales confiées à l'OMS dans la Déclaration politique, les hauts responsables ont salué dans le document final :

- l'adoption par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé du cadre global mondial de suivi, y compris la série de neuf cibles volontaires à atteindre à l'échelle mondiale d'ici 2025 et une série de 25 indicateurs pouvant être appliqués aux niveaux régional et national pour suivre les tendances et évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles ;²
- l'adoption par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020² et l'approbation par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé des neuf indicateurs utilisés pour faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ;³
- la création de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et l'adoption de son mandat par le Conseil économique et social le 13 juin 2014 ;⁴
- la décision prise par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter le mandat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles et de prendre note de son plan de travail couvrant la période 2014-2015.³

8. Reconnaissant la nécessité de continuer à renforcer la coopération internationale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, les ministres ont, dans le document final, invité le Comité d'aide au développement de l'OCDE à envisager de mettre au point un code-objet pour les maladies non transmissibles qui permettrait de déterminer avec précision quelle part de l'aide publique au développement va à l'appui des activités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles.⁵

¹ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 30.c) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Voir la résolution WHA66.10.

³ Voir le document WHA67/2014/REC/3, Summary record of seventh meeting of Committee A of the Sixty-seventh World Health Assembly, section 2.

⁴ Voir les résolutions E/RES/2013/12 et E/RES/2014/10 du Conseil économique et social des Nations Unies.

⁵ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 33 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

9. Afin de renforcer les contributions faites par les acteurs non étatiques en vue de tenir les engagements de la Déclaration politique, les ministres ont prié le Secrétariat d'élaborer avant la fin de 2015, en consultation avec les États Membres, une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier les contributions du secteur privé, d'entités philanthropiques et de la société civile à la réalisation des neuf cibles volontaires en matière de lutte contre les maladies non transmissibles.¹

10. En préparation de l'examen complet, par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018, des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles, les ministres ont prié le Secrétaire général de l'ONU, agissant en collaboration avec les États Membres, l'OMS et les organismes compétents du système des Nations Unies, de soumettre à l'Assemblée générale des Nations Unies, avant la fin de 2017, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration politique et du document final.²

LACUNES QUI N'ONT PAS ÉTÉ ABORDÉES DURANT LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU 2014

11. Durant les préparatifs de la réunion de haut niveau 2014, les États Membres ont eu un débat animé sur la nécessité d'élaborer une série d'indicateurs de processus qui puissent être appliqués dans tous les contextes nationaux pour évaluer les progrès accomplis dans l'exécution des engagements de la feuille de route figurant dans la Déclaration politique.

12. Selon un point de vue exprimé, une telle série d'indicateurs de processus, si elle était élaborée, pourrait guider le Secrétaire général de l'ONU et le Directeur général dans l'établissement du rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration, qu'ils présenteront en 2017 à l'Assemblée générale des Nations Unies. Les indicateurs destinés à rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration politique au niveau national, adoptés en octobre 2012³ par le Comité régional de la Méditerranée orientale, ont été cités en exemple.

13. Selon un autre point de vue, les neuf indicateurs destinés à rendre compte de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020⁴ et/ou les 25 indicateurs de résultats destinés à évaluer les progrès accomplis vers les neuf cibles mondiales volontaires,⁵ pourraient être utilisés pour faire rapport en 2017 à l'Assemblée générale des Nations Unies.

14. Comme les États Membres ne sont pas parvenus à un consensus sur cette question, le document final ne donne pas d'indications sur la façon dont le Directeur général devrait rendre compte à l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2017, des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration politique et du document final. Il faudra peut-être débattre encore de cette question à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif et à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

¹ Conformément au paragraphe 37 de la résolution 66/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Conformément au paragraphe 38 de la résolution 66/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Voir la résolution EM/RC59/R.2.

⁴ Adopté par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé (voir le document WHA67/2014/REC/3, Summary record of seventh meeting of Committee A of the Sixty-seventh World Health Assembly, section 2).

⁵ Voir la résolution WHA66.10.

RÔLE DE L'OMS DANS LE SUIVI DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU 2014

15. **Assistance technique fournie aux États Membres par le Secrétariat.** Le Secrétariat publiera au premier semestre 2015 une série de notes d'orientation afin de fournir aux États Membres des indications techniques sur l'application de chaque mesure énoncée au paragraphe 30 du document final. Ces notes d'orientation serviront également à préparer la première conférence mondiale des points focaux nationaux chargés des maladies non transmissibles, que le Secrétariat organisera au deuxième semestre 2015. Une plateforme électronique de formation à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques sera lancée fin 2015. Afin de renforcer encore l'action menée par l'OMS pour développer les moyens qu'ont les pays d'affronter les problèmes que ces maladies posent à un haut niveau en matière de gouvernance, de prévention et de réduction des facteurs de risque, de soins de santé et de surveillance, le Secrétariat s'attachera à élaborer, dans la limite des ressources disponibles, un nouveau modèle pour accroître l'assistance technique qu'il fournit aux États Membres, en s'appuyant sur les enseignements tirés des projets mis en œuvre au moyen des contributions volontaires de la Fédération de Russie, de la Fondation Bill & Melinda Gates et de Bloomberg Philanthropies. Le plan de travail de l'OMS pour agir contre les maladies non transmissibles (méthode de travail), en cours d'élaboration, permettra d'obtenir des synergies et d'aligner les activités, aux trois niveaux de l'Organisation, en 2015 et après.

16. **Assistance technique fournie aux États Membres par les Membres de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.** Conformément au paragraphe 9 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies et au paragraphe 2 de la résolution E/RES/2013/12 du Conseil économique et social, et pour donner suite à la résolution E/RES/2014/10 du Conseil économique et social, le Secrétariat prévoit de maintenir et de renforcer son rôle de leadership et de coordination en vue de promouvoir l'action mondiale contre les maladies non transmissibles en lien avec le travail effectué par les autres organismes des Nations Unies compétents, les banques de développement et d'autres organisations internationales, l'objectif étant de combattre les maladies non transmissibles de manière coordonnée. L'OMS et le PNUD publieront début 2015 une note d'orientation pour aider les États Membres à tenir l'engagement qu'ils ont pris d'intégrer des mesures concernant les maladies non transmissibles dans le processus de conception et de mise en œuvre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.¹ En vue d'appuyer les gouvernements dans l'action qu'ils mènent au niveau national contre les maladies non transmissibles, les Membres de l'Équipe spéciale interorganisations dépêcheront sur le terrain en 2015 six missions conjointes d'assistance technique en faisant fond sur les résultats des trois précédentes missions de 2014. Pour faciliter au niveau national l'utilisation des technologies mobiles pour combattre ces maladies, le Secrétariat s'efforcera d'accroître l'assistance technique fournie au titre du Programme mondial conjoint UIT/OMS sur la santé mobile et les maladies non transmissibles (« Be he@lthy, be mobile »).² Des initiatives sont actuellement prises pour commencer à mettre en œuvre avec d'autres organismes des Nations Unies, en 2015, des programmes conjoints mondiaux du même type.

17. **Facilitation et amélioration de la coordination des activités, participation des parties prenantes et action multisectorielle.** Conformément au paragraphe 11 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies et à la décision prise par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé d'approuver le mandat du mécanisme mondial de coordination pour la lutte

¹ Conformément à l'engagement des ministres et des représentants d'État et de gouvernement et des chefs de délégation qui figure au paragraphe 30.a)v) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Voir http://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/eHEALTH/Pages/Be_Healthy_intro.aspx (consulté le 27 octobre 2014).

contre les maladies non transmissibles,¹ le Directeur général a créé le 15 septembre 2014, au sein du bureau du Sous-directeur général chargé du Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale, un secrétariat distinct pour le mécanisme mondial de coordination. Conformément au plan de travail du mécanisme mondial de coordination couvrant la période 2014-2015,² dont la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a pris note,¹ le secrétariat du mécanisme mondial de coordination créera au quatrième trimestre 2014 deux groupes de travail chargés de recommander des moyens d'encourager les États Membres et les acteurs non étatiques à tenir les engagements figurant, respectivement, aux paragraphes 44 et 45.d) de la Déclaration politique. Chaque groupe de travail se réunira au premier trimestre de 2015 pour commencer ses travaux, étant entendu que le rapport final de chacun d'eux sera soumis au Directeur général fin 2015. Des travaux sont actuellement menés afin que des dialogues, des plateformes en ligne et des communautés de pratique soient mis en place au premier semestre de 2015. Conformément au paragraphe 15 de l'appendice 1 du document A67/14 Add.1, le projet de plan de travail pour le mécanisme mondial de coordination couvrant la période 2016-2017 est soumis pour examen dans le document connexe EB136/11 Add.1.

18. Élaboration d'une approche pouvant être utilisée pour enregistrer et publier les contributions faites par les acteurs non étatiques en vue d'atteindre les neuf cibles mondiales volontaires de lutte contre les maladies non transmissibles. Conformément au paragraphe 37 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Secrétariat élaborera avant la fin de 2015, en consultation avec les États Membres, une approche pour enregistrer et publier les contributions du secteur privé, d'entités philanthropiques et de la société civile à la réalisation des neuf cibles volontaires en matière de lutte contre les maladies non transmissibles. À cette fin, le Secrétariat prévoit de publier au deuxième trimestre de 2015 un premier document de réflexion proposant une approche pour une consultation en ligne, puis un deuxième document de réflexion, au troisième trimestre de 2015, lequel servira à préparer une consultation avec les États Membres qui se tiendra au quatrième trimestre en vue d'achever les travaux.

19. Élaboration d'un cadre d'action dans les pays visant à mobiliser les secteurs autres que celui de la santé. Conformément au paragraphe 10 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies et au paragraphe 3.1) de la résolution WHA67.12, le Secrétariat préparera, pour examen par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en consultation avec les États Membres, les organismes du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales, et dans la limite des ressources disponibles, un cadre d'action dans les pays adaptable à différents contextes, en tenant compte de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques. À cette fin, le Secrétariat publiera au quatrième trimestre de 2014 un premier document de réflexion présentant le projet de cadre d'action dans les pays en vue d'une consultation en ligne. Les résultats de la consultation en ligne serviront à établir la version finale du document que le Secrétariat présentera à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

20. Actualisation de la liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles afin de seconder les États Membres dans la mise en œuvre de mesures visant à atteindre les neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale. Aux termes des paragraphes 15, 24, 30.b) et 30.c) de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, et conformément au paragraphe 3.10) de la résolution WHA66.10, le Secrétariat examinera les données factuelles en 2015 en vue de proposer une actualisation de l'appendice 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 à la lumière des nouvelles données scientifiques et de la présenter à la Soixante-

¹ Voir le document WHA67/2014/REC/3, Summary record of seventh meeting of Committee A of the Sixty-seventh World Health Assembly, section 2.

² Figurant dans le document A67/14 Add.3 Rev.1.

Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en 2016, par l'intermédiaire du Conseil exécutif. L'examen des données factuelles en 2015 comportera des analyses systématiques, selon qu'il conviendra.

21. **Actualisation des rapports de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles.** Au titre de la mesure 39.e) du Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles 2008-2013 et de la mesure 60.b) du Plan d'action mondial 2013-2020, le Secrétariat est prié de publier en 2014, 2016 et 2021 des rapports sur la situation mondiale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles décrivant l'évolution de ces maladies et de leurs facteurs de risque et la capacité des pays à y faire face, et donnant des orientations en matière de prévention et de lutte, sur le modèle du premier rapport de ce type publié par l'OMS en 2010.¹ Le deuxième rapport sur la situation mondiale est en cours d'élaboration et devrait être publié au premier trimestre de 2015. Il renfermera des données sur la mortalité et les facteurs de risque en 2010, fournissant ainsi une base de comparaison mondiale pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des neuf cibles mondiales volontaires d'ici 2025. Il présentera également les dernières statistiques, données factuelles et données d'expérience dont les États Membres ont besoin pour mener une action puissante propre à honorer les engagements assortis d'échéances qui figurent au paragraphe 30 du document final.

22. **Rapports présentés à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis.** Comme demandé au paragraphe 3.9) de la résolution WHA66.10, le Secrétariat rendra compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, en 2016, 2018 et 2021. Conformément à la mesure 60.b) du Plan d'action mondial 2013-2020, le Secrétariat procédera en 2017 et en 2020 à une évaluation indépendante de la mise en œuvre du Plan d'action et il en reprendra les conclusions dans ces rapports de situation. Le Secrétariat présentera également des rapports sur les progrès accomplis dans la réalisation des neuf cibles mondiales volontaires, en 2016, 2021 et 2026. Ces rapports de situation donneront notamment les résultats des enquêtes que l'OMS conduira en 2015, 2017 et 2019 afin d'évaluer les capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles.

23. **Rapport présenté au Conseil économique et social des Nations Unies sur les progrès accomplis.** Comme il est prié de le faire au paragraphe 3 de la résolution E/RES/2014/10 du Conseil économique et social des Nations Unies, le Secrétariat établira à l'intention du Secrétaire général de l'ONU un rapport sur la mise en œuvre de la résolution E/RES/2013/12 du Conseil économique et social, que le Secrétaire général présentera au Conseil économique et social pour examen à sa session de 2015.

24. **Rapport présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis.** Comme demandé au paragraphe 38 de la résolution 68/300 de l'Assemblée générale des Nations Unies, le Secrétariat, agissant en collaboration avec les États Membres et les organismes compétents du système des Nations Unies, établira un rapport en 2017 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du document final et de la Déclaration politique.

25. **Préparation de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.** Dans le cadre de la préparation de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et s'appuyant sur les résultats positifs de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, 28-29 avril 2011), qui ont joué un rôle déterminant dans la préparation de

¹ Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

la première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,¹ le Secrétariat étudie la possibilité d'organiser une deuxième conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, en 2016.

26. Un tableau présentant la chronologie des rapports et des évaluations énumérés aux paragraphes 15 à 25 du présent rapport figure à [l'appendice 2 du présent document].

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

27. [Dans ce paragraphe, le Conseil était invité à prendre note du rapport et à donner des indications supplémentaires sur la nécessité éventuelle d'élaborer une série d'indicateurs de processus pouvant être appliqués dans tous les contextes nationaux pour évaluer les progrès accomplis dans l'exécution des engagements de la feuille de route figurant dans la Déclaration politique et des engagements prioritaires du document final, en vue de fournir des éléments utiles au rapport que le Directeur général présentera en 2017 à l'Assemblée générale des Nations Unies.]

Appendice 1

Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Résolution 68/300 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 juillet 2014

L'Assemblée générale

Adopte le document final suivant :

Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Nous, ministres et représentants d'État et de gouvernement et chefs de délégation, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies les 10 et 11 juillet 2014 pour faire le point sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements figurant dans la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 66/2 du 19 septembre 2011.

Intensifier nos efforts pour libérer le monde du fardeau évitable des maladies non transmissibles

1. Réaffirmons la déclaration politique, qui a joué un rôle catalyseur et conserve un fort potentiel pour susciter des résultats durables en matière de santé et de développement humain ;
2. Réaffirmons notre engagement à lutter contre le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale et qui constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, nuisent au développement économique et social partout dans le monde, compromettent la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international et peuvent accroître les inégalités au sein des pays et des populations et entre eux ;

¹ Voir la résolution WHA64.11.

3. Rappelons que les maladies non transmissibles les plus fréquentes, c'est-à-dire les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont essentiellement liées à quatre facteurs de risque courants, à savoir le tabagisme, l'abus d'alcool, une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique ;

4. Réitérons notre préoccupation face à l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans différentes régions, notamment chez les enfants et les jeunes ;

5. Reconnaissons que les troubles mentaux et neurologiques sont une cause importante de morbidité et contribuent au fardeau que représentent les maladies non transmissibles à l'échelle mondiale, d'où la nécessité d'assurer un accès équitable à des programmes et à des interventions efficaces en matière de soins de santé, comme décrit dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 adopté par l'Organisation mondiale de la Santé ;¹

6. Rappelons la Déclaration de Moscou, adoptée lors de la première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, tenue en avril 2011,² de même que toutes les initiatives prises à l'échelon régional pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles, notamment la déclaration des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des Caraïbes, intitulée « Unis pour arrêter l'épidémie des maladies chroniques non transmissibles », adoptée en septembre 2007, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, adoptée en août 2008, la déclaration des chefs d'État et de gouvernement du Commonwealth sur la lutte contre les maladies non transmissibles, adoptée en novembre 2009, la déclaration d'engagement du cinquième Sommet des Amériques, adoptée en juin 2009, la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, adoptée par les États membres de la région Europe de l'Organisation mondiale de la Santé en mars 2010, la Déclaration de Doubaï sur le diabète et les maladies chroniques non transmissibles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, adoptée en décembre 2010, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée en novembre 2006, l'Appel d'Aruba pour la lutte contre l'obésité, de juin 2011, et le Communiqué de Honiara consacré au défi que représentent les maladies non transmissibles dans la région du Pacifique, adopté en juillet 2011 ;

Faire le point sur les progrès accomplis depuis 2011

7. Nous félicitons de l'élaboration par l'Organisation mondiale de la Santé, conformément au paragraphe 61 de la déclaration politique, d'un cadre de suivi mondial incluant les 9 cibles mondiales volontaires à atteindre d'ici à 2025 et 25 indicateurs à appliquer dans des contextes régionaux et nationaux pour suivre les tendances et évaluer les progrès en ce qui concerne la mise en œuvre de stratégies et de plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, et de l'adoption de ce cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé ;

8. Nous félicitons également de l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020¹ et des neuf indicateurs qui serviront de base aux rapports sur les progrès accomplis dans l'exécution du Plan d'action mondial ;

9. Nous félicitons en outre de la création de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de l'approbation de son mandat par le Conseil économique et social en date du 13 juin 2014 ;

¹ Organisation mondiale de la Santé, document WHA66/2013/REC/1.

² A/65/859, annexe.

10. Nous félicitons de la demande adressée au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé tendant à ce qu'il prépare, pour examen par l'Assemblée mondiale de la Santé à sa soixante-huitième session, en consultation avec les États Membres, les organismes des Nations Unies et d'autres parties prenantes, selon qu'il conviendra, et dans la limite des ressources disponibles, un cadre d'action à l'échelle nationale pour adaptation à différents contextes, compte dûment tenu de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, adoptée à la huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé et qui vise à appuyer les efforts faits à l'échelon national pour améliorer la santé et assurer la protection sanitaire des citoyens, ainsi que pour garantir l'équité en matière de santé et un bon fonctionnement des systèmes de santé, y compris grâce à une action intersectorielle sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque de maladies non transmissibles, en se fondant sur les meilleures connaissances et données disponibles ;
11. Nous félicitons également de l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé du mandat du mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;
12. Prenons acte des progrès remarquables accomplis au niveau national depuis septembre 2011, notamment l'augmentation du pourcentage de pays qui ont mis en place une politique opérationnelle de lutte contre les maladies non transmissibles dotée du budget nécessaire à son exécution, lequel est passé de 32 pour cent en 2010 à 50 pour cent en 2013 ;
13. Reconnaissons que les progrès enregistrés en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles sont insuffisants et très inégaux, en raison notamment de la complexité et de la nature même de ces maladies, et que des efforts continus et accrus sont indispensables pour libérer notre monde du fardeau évitable des maladies non transmissibles ;
14. Reconnaissons que, malgré quelques améliorations, les engagements pris pour promouvoir, élaborer et appuyer ou renforcer, d'ici à 2013, des politiques et plans nationaux multisectoriels de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles et pour accroître les budgets alloués et leur accorder la priorité n'ont souvent pas été suivis d'effets en raison d'un certain nombre de facteurs, dont l'insuffisance des capacités nationales ;
15. Reconnaissons que nombre de pays, notamment de pays en développement, s'efforcent de concrétiser leurs engagements et, à cet égard, demandons de nouveau aux États Membres d'envisager de mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, dans le cadre national, des politiques et des interventions fondées sur l'observation, peu coûteuses, d'un bon rapport coût-efficacité, accessibles à tous et multisectorielles, incluant une réduction de l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles, telles que décrites à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;
16. Reconnaissons que des interventions d'un coût raisonnable visant à réduire les risques sanitaires liés à l'environnement et au travail sont disponibles et que donner un degré de priorité élevé à ces interventions et les mettre en œuvre en fonction de la situation nationale peut contribuer à réduire le fardeau que constituent les maladies non transmissibles ;
17. Demandons de nouveau aux États Membres d'envisager de mettre en œuvre, selon qu'il conviendra et en fonction des circonstances nationales, des politiques et des plans d'intervention multisectoriels, peu coûteux et d'un bon rapport coût-efficacité pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles¹ en vue d'atteindre les neuf cibles mondiales volontaires concernant les maladies non transmissibles d'ici à 2025 ;

¹ Tels que ceux visés à l'appendice 3 de l'annexe à la résolution WHA66.10.

Réaffirmer notre rôle de chef de file : engagements et actions

18. Réaffirmons notre engagement à promouvoir la mise en œuvre de plans d'intervention multisectoriels d'un bon rapport coût-efficacité et touchant la population tout entière afin de réduire l'impact des quatre grands facteurs de risques comportementaux pour les maladies non transmissibles, grâce à l'application effective d'accords internationaux, de stratégies, de politiques nationales, de législations et de priorités de développement pertinents, y compris des mesures d'ordre éducatif, réglementaire et budgétaire, sans préjuger du droit des nations souveraines à déterminer et à fixer leur politique fiscale et d'autres politiques, le cas échéant, avec la participation de tous les secteurs, groupes de la société civile et communautés concernés, selon qu'il conviendra ;

19. Reconnaissons que la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé,¹ la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool,² la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, et l'Ensemble de recommandations de l'Organisation sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants,³ selon qu'il conviendra, accéléreront les efforts faits pour réduire les maladies non transmissibles, et demandons de nouveau aux États Membres de mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires à cette fin ;

20. Renouvelons notre ferme intention d'accélérer la mise en œuvre, par les États parties, de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac⁴ et encourageons les autres à envisager de devenir parties à la Convention ;

21. Engageons les États Membres à prendre des mesures, y compris, s'il y a lieu, à adopter une législation efficace, des structures intersectorielles, des processus et des méthodes assortis de ressources, qui créeront des conditions permettant la mise en œuvre de politiques sociétales tenant compte de l'impact sur les déterminants de la santé, la protection sanitaire, l'équité en matière de santé et le fonctionnement des systèmes de santé, et s'efforçant d'y remédier, et qui permettront de mesurer et de suivre les déterminants économiques, sociaux et environnementaux et les disparités en matière de santé ;

22. Demandons aux États Membres de mettre en place, selon qu'il convient, une structure institutionnelle dotée des connaissances et des compétences appropriées pour évaluer l'impact sanitaire des initiatives d'ordre général prises dans tous les secteurs, identifier des solutions et négocier des politiques intersectorielles afin d'améliorer les résultats en matière de santé et d'équité dans ce domaine ainsi que le fonctionnement des systèmes de santé ;

23. Reconnaissons l'importance d'assurer une couverture sanitaire universelle dans le cadre des systèmes de santé nationaux et invitons les États Membres, notamment les pays en développement, à renforcer leur système de santé, y compris les infrastructures de soins, les ressources humaines et les systèmes de protection sanitaire et sociale, afin de pouvoir répondre de manière efficace et équitable aux besoins des personnes souffrant de maladies non transmissibles tout au long de leur vie ;

¹ Organisation mondiale de la Santé, document WHA57/2004/REC/1, résolution 57.17, annexe.

² Organisation mondiale de la Santé, document WHA63/2010/REC/1, annexe 3.

³ Organisation mondiale de la Santé, document WHA63/2010/REC/1, annexe 4.

⁴ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 2302, N° 41032.

24. Continuons de développer, s'il y a lieu, plusieurs interventions dont l'efficacité est avérée et d'un bon rapport coût-efficacité, notamment celles identifiées à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;

25. Rappelons qu'il importe d'améliorer l'accès aux programmes de dépistage du cancer d'un bon rapport coût-efficacité en fonction des situations nationales et, dans le cadre de programmes nationaux de vaccination, aux programmes de vaccination d'un bon rapport coût-efficacité pour prévenir les infections associées au cancer ;

26. Reconnaissons que les progrès faits pour mettre en œuvre le paragraphe 44 de l'annexe à la résolution 66/2 de l'Assemblée générale sont limités et que, même si un nombre croissant d'entreprises du secteur privé ont commencé à fabriquer et à promouvoir des produits alimentaires adaptés à un régime sain, ceux-ci ne sont pas toujours à la portée de tous, ni accessibles par tous ou disponibles dans toutes les communautés au sein des pays ;

27. Continuons à prôner des politiques qui stimulent la production et la fabrication d'aliments pour une alimentation saine et qui facilitent l'accès à ces denrées, tout en encourageant l'utilisation de produits et de denrées alimentaires sains issus de l'agriculture locale, contribuant de la sorte aux efforts faits pour relever les défis de la mondialisation et tirer parti des possibilités qu'elle offre tout en assurant la sécurité alimentaire et l'équilibre nutritif ;

28. Réaffirmons que c'est aux gouvernements qu'incombe au premier chef la responsabilité de relever le défi que représentent les maladies non transmissibles, y compris en assurant la participation des organisations non gouvernementales, du secteur privé et d'autres secteurs de la société, afin de trouver des solutions pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles aux niveaux mondial, national et local ;

29. Rappelons que, pour être efficaces, la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles exigent une volonté politique et des approches multisectorielles de la santé au niveau gouvernemental, y compris, éventuellement, des politiques et des approches globales touchant des secteurs dépassant le cadre de la santé, tout en protégeant les politiques de santé publique en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles de toute contrainte liée à un conflit d'intérêt réel, perçu ou potentiel ;

Aller de l'avant : engagements nationaux

30. Nous engageons à traiter les maladies non transmissibles comme une priorité dans les plans nationaux de développement, le cas échéant en fonction des contextes nationaux et des objectifs internationaux de développement, et à prendre les mesures ci-après avec la participation de tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les communautés, selon qu'il conviendra :

a) Renforcer la gouvernance :

i) D'ici à 2015, envisager de fixer des objectifs nationaux pour 2025 et établir des indicateurs en fonction des situations nationales, en tenant compte des neuf objectifs volontaires mondiaux pour les maladies non transmissibles et en s'appuyant sur les directives de l'Organisation mondiale de la Santé, mettre l'accent sur les efforts à faire pour remédier aux conséquences des maladies non transmissibles et évaluer les progrès accomplis s'agissant de la prévention et de la maîtrise de ces maladies ainsi que les facteurs de risque et leurs déterminants ;

- ii) D'ici à 2015, envisager d'élaborer des politiques et plans multisectoriels nationaux ou de renforcer ceux qui existent déjà pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2025, en tenant compte du Plan d'action mondial ;
 - iii) Continuer à développer, à renforcer et à mettre en œuvre, selon qu'il conviendra, des politiques publiques et des plans d'action multisectoriels visant à promouvoir l'éducation et l'alphabétisation sanitaires, l'accent étant mis sur les populations peu sensibilisées et/ou peu informées sur ce sujet ;
 - iv) Faire prendre davantage conscience du fardeau pour la santé publique nationale que représentent les maladies non transmissibles et des liens qui existent entre les maladies non transmissibles, la pauvreté et le développement économique et social ;
 - v) Intégrer des mesures concernant les maladies non transmissibles dans les plans relatifs à la santé et les plans et politiques nationaux de développement, y compris le processus de conception et de mise en œuvre du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ;
 - vi) Envisager de créer, en fonction du contexte national, un mécanisme multisectoriel, tel qu'une commission, un organisme ou une équipe spéciale de haut niveau, qui assurerait la participation, la cohérence de l'action et la responsabilité des différentes sphères décisionnelles ayant un impact sur les maladies non transmissibles, afin de mettre en œuvre des politiques et des approches globales impliquant tous les acteurs publics et la société tout entière ainsi que de suivre les déterminants des maladies non transmissibles, notamment les déterminants sociaux et environnementaux, et d'agir en conséquence ;
 - vii) Renforcer selon qu'il conviendra les moyens, les mécanismes et les mandats des autorités compétentes afin de faciliter et d'assurer l'action dans tous les secteurs gouvernementaux ;
 - viii) Renforcer la capacité des ministères de la santé à jouer un rôle stratégique de direction et de coordination en matière d'élaboration des politiques qui garantisse la participation de toutes les parties prenantes au sein du gouvernement comme des organisations non gouvernementales, de la société civile et du secteur privé, de façon que la question des maladies non transmissibles soit traitée de manière appropriée, coordonnée, globale et intégrée ;
 - ix) Aligner la coopération internationale dans le domaine des maladies non transmissibles avec les plans nationaux concernant ces maladies, de façon à renforcer l'efficacité de l'aide et l'impact sur le développement des ressources extérieures à l'appui de la lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - x) Élaborer et mettre en œuvre des politiques et plans nationaux, selon qu'il conviendra, avec des ressources financières et humaines allouées expressément à la question des maladies non transmissibles, compte tenu des déterminants sociaux ;
- b) D'ici à 2016, selon qu'il conviendra, réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les déterminants sociaux sous-jacents en mettant en œuvre des interventions et des mesures propres à créer des environnements favorables à la santé, sur la base des orientations énoncées à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;

c) D'ici à 2016, renforcer et orienter comme il se doit les systèmes de santé afin de traiter de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles ainsi que des déterminants sociaux sous-jacents par le biais de soins de santé primaires axés sur la personne et d'une couverture médicale universelle tout au long de la vie, comme indiqué à l'appendice 3 du Plan d'action mondial ;

d) Examiner les liens possibles entre les maladies non transmissibles et certaines maladies transmissibles, comme le VIH/sida, préconiser l'intégration selon le cas des réactions au VIH/sida et aux maladies non transmissibles et, à cet égard, demander qu'il soit prêté attention aux personnes vivant avec le VIH/sida, notamment dans les pays à forte prévalence, conformément aux priorités nationales ;

e) Continuer à promouvoir l'inclusion de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles dans les programmes de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle et infantile, notamment au niveau des soins de santé primaires, ainsi que dans les programmes de lutte contre les maladies transmissibles, telles que la tuberculose, s'il y a lieu ;

f) Prendre en compte les synergies entre les principales maladies non transmissibles et d'autres affections telles que décrites à l'appendice 1 du Plan d'action mondial, afin de mettre au point une réponse globale en matière de prévention et de maîtrise de ces maladies qui prenne en compte les conditions de vie et de travail des individus ;

g) Suivre les tendances et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès accomplis dans leur prévention et leur maîtrise :

i) Évaluer les progrès accomplis en ce qui concerne les cibles mondiales volontaires et faire rapport sur les résultats à l'aide des indicateurs fixés dans le cadre mondial de suivi, en fonction des délais prévus, et se servir des résultats de la surveillance des 25 indicateurs et des 9 cibles volontaires ainsi que d'autres sources de données pour informer et guider les politiques et les programmations, de façon à maximiser l'impact des interventions et des investissements sur l'issue des maladies non transmissibles ;

ii) Fournir à l'Organisation mondiale de la Santé des informations sur les tendances en matière de maladies non transmissibles, en fonction des délais prévus pour ce qui est des progrès accomplis dans la mise en œuvre de plans d'action nationaux, et sur l'efficacité des politiques et stratégies nationales, en coordonnant les rapports des pays avec les analyses mondiales ;

iii) Développer ou renforcer, selon qu'il conviendra, les systèmes de surveillance afin de détecter les disparités sociales dans les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, en tant que première étape pour remédier aux inégalités, et mettre en œuvre et promouvoir des approches fondées sur des données ventilées par sexe, par âge et par incapacité, afin de remédier aux différences critiques entre hommes et femmes en ce qui concerne les risques de morbidité et de mortalité dus à des maladies non transmissibles ;

h) Continuer à renforcer la coopération internationale à l'appui des plans nationaux, régionaux et mondiaux de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, notamment grâce à l'échange des meilleures pratiques dans les domaines de la promotion de la santé, de la législation et de la réglementation ainsi que du renforcement des systèmes de santé, de la formation du personnel de santé et du développement d'infrastructures de soins de santé et de diagnostics appropriés, et en encourageant le renforcement et la diffusion de transferts de technologie appropriés, abordables et durables, dans des conditions convenues d'un commun accord, pour la production de médicaments et de vaccins accessibles, sûrs, efficaces et de qualité, tout en reconnaissant le rôle de premier plan de l'Organisation mondiale de la Santé en tant que principale institution spécialisée à cet égard ;

31. Continuons à renforcer la coopération internationale grâce à une coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles afin de promouvoir aux échelons national, régional et international un environnement propice à des modes de vie et à des choix sains, en gardant présent à l'esprit que la coopération Sud-Sud ne saurait se substituer à la coopération Nord-Sud mais devrait plutôt la compléter ;

32. Continuons à rechercher des ressources suffisantes, prévisibles et durables par des voies nationales, bilatérales, régionales et multilatérales, y compris des mécanismes de financement traditionnels ou novateurs volontaires ;

Prochaine étape : engagements internationaux

33. Invitons le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques à envisager de mettre au point un code-objet pour les maladies non transmissibles qui permettrait de déterminer avec précision quelle part de l'aide publique au développement va à l'appui des activités nationales de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles ;

34. Réaffirmons notre engagement à promouvoir des investissements nationaux et internationaux et à renforcer les capacités nationales en matière de recherche-développement de qualité pour tous les aspects relatifs à la lutte contre les maladies non transmissibles, de manière durable et financièrement efficace, tout en notant l'importance de continuer à encourager l'innovation en matière de santé publique, telle que, le cas échéant, l'adoption d'un système équilibré et solide de droits de propriété intellectuelle, notamment pour la mise au point de nouveaux médicaments, comme l'a reconnu la Déclaration de Doha sur l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) et la santé publique ;

35. Réaffirmons le droit de se prévaloir pleinement des dispositions de l'Accord sur les ADPIC, de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, de la décision du Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce, en date du 30 août 2003, concernant la mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration, et, lorsque les procédures d'acceptation seront achevées, de l'amendement à l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC, qui prévoient des assouplissements aux fins de la protection de la santé publique et, en particulier, dans le but de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous et d'encourager la fourniture d'une assistance aux pays en développement à cet égard ;

36. Envisageons de traiter la question des maladies non transmissibles à l'occasion de l'élaboration du programme de développement pour l'après-2015, en tenant compte en particulier de leurs graves conséquences socioéconomiques ainsi que de leurs déterminants et de leurs liens avec la pauvreté ;

37. Demandons à l'Organisation mondiale de la Santé d'élaborer avant la fin de 2015, en consultation avec les États Membres, dans le contexte du mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et tout en assurant une protection suffisante contre les groupes d'intérêt, une approche qui puisse être utilisée pour enregistrer et publier des contributions du secteur privé, d'entités philanthropiques et de la société civile à la réalisation des neuf cibles volontaires pour les maladies non transmissibles ;

Le monde que nous voulons : suivi

38. Prions le Secrétaire général, agissant en collaboration avec les États Membres, l'Organisation mondiale de la Santé et les fonds, programmes et institutions spécialisés pertinents du système des Nations Unies, de soumettre à l'Assemblée générale, avant la fin de 2017, pour examen par les États Membres, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du présent document final et de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, en prévision d'un bilan global, en 2018, des progrès accomplis en la matière.

*100^e séance plénière
10 juillet 2014*

Appendice 2

Chronologie des rapports, des enquêtes et des évaluations

	Assemblée générale des Nations Unies	Conseil économique et social des Nations Unies	Assemblée mondiale de la Santé			Évaluation	État de la situation et orientations	Enquête d'évaluation des capacités nationales en matière de lutte contre les maladies non transmissibles
	Rapport sur les progrès accomplis	Rapport sur la mise en œuvre de la résolution E/RES/2013/12 (Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles)	Rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Rapports sur les progrès accomplis dans la réalisation des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	Actualisation de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Évaluation indépendante de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Rapports OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles	
2015		X					X	X
2016			X	X	X		X	
2017	X					X		X
2018	Troisième réunion de haut niveau		X ←					
2019								X
2020						X		
2021			X ←	X			X	

	Assemblée générale des Nations Unies	Conseil économique et social des Nations Unies	Assemblée mondiale de la Santé			Évaluation	État de la situation et orientations	Enquête d'évaluation des capacités nationales en matière de lutte contre les maladies non transmissibles
	Rapport sur les progrès accomplis	Rapport sur la mise en œuvre de la résolution E/RES/2013/12 (Équipe spéciale pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles)	Rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Rapports sur les progrès accomplis dans la réalisation des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	Actualisation de l'appendice 3 du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Évaluation indépendante de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020	Rapports OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles	
2022								
2023								
2024								
2025								
2026				X				

ANNEXE 7

INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRÉTARIAT LES RÉSOLUTIONS ET LES DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

1. Résolution EB136.R1 Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030
2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf) Catégorie : 1. Maladies transmissibles Secteur de programme : Paludisme Réalisation 1.3 Élargissement de l'accès au traitement antipaludique de première intention pour les cas confirmés de paludisme Produits : 1.3.1 Nombre de pays mis en mesure d'appliquer leurs plans stratégiques de lutte antipaludique, en mettant l'accent sur l'amélioration du diagnostic et du traitement et sur la surveillance et le suivi de l'efficacité thérapeutique grâce à un renforcement des capacités 1.3.2 Mise à jour des recommandations politiques et des directives stratégiques et techniques relatives à la lutte antivectorielle, aux tests de diagnostic, au traitement antipaludique, à la prise en charge intégrée des affections fébriles, à la surveillance, à la détection des épidémies et à la riposte En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ? La résolution entérine pleinement la stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030 ; elle permettra au Secrétariat de renforcer les moyens dont il dispose pour seconder les États Membres dans la mise en œuvre des principes et des piliers définis dans la stratégie tout en conservant un processus solide d'élaboration des politiques sur la base de données factuelles. Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non) Oui
3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme a) Coût total Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près) i) Le calendrier de la résolution est conforme au programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, et de nombreuses activités définies dans la résolution seront permanentes. ii) Un processus de mise à jour du plan du secteur de programme a été engagé afin de renforcer les trois niveaux du Secrétariat de façon à leur donner la capacité d'apporter l'appui nécessaire aux États Membres pour réaliser la vision présentée dans la stratégie. Les estimations ci-dessous comprennent uniquement le montant demandé pour le Siège ; le montant total demandé, y compris pour les bureaux régionaux et les bureaux de pays, figurera dans la documentation soumise à l'examen de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

La résolution comprend des éléments qui vont au-delà du budget préalablement convenu pour le paludisme, en particulier pour apporter un appui aux États Membres soucieux d'intensifier leurs programmes nationaux de lutte antipaludique en vue d'éliminer la maladie.

D'après le coût indicatif pour l'exercice 2016-2017, le coût des travaux à entreprendre par le secrétariat du Programme mondial de lutte antipaludique au Siège est actuellement estimé à US \$33,9 millions (personnel : US \$22,6 millions ; activités : US \$11,3 millions), soit US \$5 millions de plus que le montant actuellement prévu au budget pour l'exercice 2016-2017. Ce montant ne comprend pas encore les coûts encourus au niveau des Régions et des pays, qui seront fixés définitivement dans le rapport sur les incidences financières et administratives du projet de résolution qui sera examiné par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

US \$ néant (personnel : US \$ néant ; activités : US \$ néant)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Sans objet

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Sans objet

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Le Secrétariat est actuellement en train de mettre à jour le plan du secteur de programme et indiquera tous les postes supplémentaires en termes de prestation d'ici à la fin du premier trimestre de 2015 ; il ressort cependant des premières estimations que quatre membres du personnel en équivalent plein temps seront nécessaires pour le reste de l'exercice 2014-2015.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Sans objet

1. Résolution EB136.R5 Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination antiamarile recommandée pour les voyageurs

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention

Secteur de programme : Capacités d'alerte et d'intervention

Secteur de programme : Maladies à tendance épidémique et pandémique

Réalisation 5.1 Tous les pays ont, pour l'ensemble des risques, les principales capacités d'alerte et d'intervention requises à titre minimum par le Règlement sanitaire international (2005)

Produit 5.1.1 Les pays ont acquis les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005)

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Elle facilitera et renforcera les orientations concernant la vaccination pour les voyages internationaux.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) La résolution n'est pas limitée dans le temps, son application nécessite la réunion annuelle d'un groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie géographique du risque amaril.

ii) Total : US \$100 000 par an (coût de la réunion annuelle du groupe consultatif)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$100 000 (coût de la première réunion du groupe consultatif)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

US \$100 000

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$100 000. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

<p>1. Résolution EB136.R6 Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 5. Préparation, surveillance et intervention</p> <p>Secteur de programme : Capacités d'alerte et d'intervention Réalisations :</p> <p>Secteur de programme : Maladies à tendance épidémique et pandémique</p> <p>5.1 Tous les pays ont, pour l'ensemble des risques, les principales capacités d'alerte et d'action requises à titre minimum par le Règlement sanitaire international (2005)</p> <p>5.2 Tous les pays ont amélioré leur capacité de renforcer leur résilience et d'acquérir une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémie ou de pandémie de grande ampleur</p> <p>Produits :</p> <p>5.1.1 Les pays ont acquis les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005)</p> <p>5.2.1 Les pays ont acquis la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des plans opérationnels, conformément aux recommandations de l'OMS sur le renforcement de la résilience et de la préparation au niveau national, portant sur la grippe pandémique et les maladies épidémiques et émergentes</p> <p>En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?</p> <p>Elle donnera un élan à l'application des recommandations du Comité d'examen.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>i) Un an (couvrant l'année 2015)</p> <p>ii) Total : US \$2,1 millions (personnel : US \$1,5 million ; activités : US \$600 000)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Total : US \$2,1 millions (personnel : US \$1,5 million ; activités : US \$600 000)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>Au Siège et dans les six Régions</p> <p>Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)</p> <p>Non</p> <p>Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p> <p>US \$2,1 millions – les coûts ne sont actuellement pas prévus dans le budget programme 2014-2015 ; toutefois, les activités seront repriorisées dans le réseau de la catégorie et un volant budgétaire supplémentaire pourra être demandé au besoin.</p>

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

- un membre du personnel de la classe P.4 à temps complet pendant un an dans chacune des Régions
- un membre du personnel de la classe P.4 à temps complet pendant six mois au Siège

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$2,1 millions ; source(s) de fonds : le déficit de financement sera comblé grâce à un effort de mobilisation des ressources coordonné à l'échelle de l'Organisation.

1. Résolution EB136.R7 Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Services de santé intégrés centrés sur la personne

Réalisation 4.2 Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires sont disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne

Produits :

4.2.1 Options de politique générale, outils et soutien technique aux pays en vue d'assurer la prestation de services intégrés centrés sur la personne qui soient équitables et le renforcement des approches de santé publique

4.2.2 Les pays ont acquis la capacité de planifier et de mettre en œuvre des stratégies qui sont conformes à la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé et au Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

4.2.3 Lignes directrices, outils et soutien technique aux pays en vue d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services, et d'autonomiser les patients

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La résolution contribuera à l'obtention en temps voulu de soins chirurgicaux d'urgence, de soins chirurgicaux essentiels et de services d'anesthésie sûrs dans les établissements de soins primaires et les hôpitaux de premier recours en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle. Elle favorisera les réseaux et les partenariats multisectoriels, les politiques et les plans d'action multidisciplinaires, et permettra de soutenir les efforts nationaux, régionaux et mondiaux visant à accroître les effectifs de personnel de santé qualifié et les mesures favorisant l'accès aux soins chirurgicaux d'urgence, aux soins chirurgicaux essentiels et aux services d'anesthésie ainsi que leur sécurité.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total</p> <p>Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)</p> <p>i) Cinq ans (couvrant la période 2014-2018)</p> <p>ii) Total : US \$22,98 millions (personnel : US \$10,48 millions ; activités : US \$12,50 millions)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015</p> <p>Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)</p> <p>Total : US \$9,20 millions (personnel : US \$4,20 millions ; activités : US \$5 millions)</p> <p>Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant</p> <p>Au Siège et dans les six bureaux régionaux</p> <p>Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)</p> <p>Oui</p> <p>Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p> <p>c) Incidences au plan du personnel</p> <p>La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)</p> <p>Non</p> <p>Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant</p> <p>Au cours de l'exercice 2016-2017, au moins un membre du personnel supplémentaire de la classe P.4 au Siège et un membre du personnel de la classe P.4 dans chacun des bureaux régionaux seront nécessaires.</p>			
<p>4. Financement</p> <p>Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)</p> <p>Non</p> <p>Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)</p> <p>Le déficit de financement est estimé à US \$2,98 millions pour la période allant de mai à décembre 2015 compris (huit mois). Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.</p>			
<p>1. Résolution EB136.R8 Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique</p>			
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)</p> <p>Catégorie : 2. Maladies non transmissibles</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Réalisation 2.2 Accès amélioré aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances</p> <p>Produit 2.2.2 Les services de promotion, de prévention, de traitement et de rétablissement en santé mentale sont améliorés au moyen de la sensibilisation, de conseils améliorés et d'outils favorisant leur intégration</p> </td> </tr> </table>		<p>Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives</p>	<p>Réalisation 2.2 Accès amélioré aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances</p> <p>Produit 2.2.2 Les services de promotion, de prévention, de traitement et de rétablissement en santé mentale sont améliorés au moyen de la sensibilisation, de conseils améliorés et d'outils favorisant leur intégration</p>
<p>Secteur de programme : Santé mentale et abus de substances psychoactives</p>	<p>Réalisation 2.2 Accès amélioré aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances</p> <p>Produit 2.2.2 Les services de promotion, de prévention, de traitement et de rétablissement en santé mentale sont améliorés au moyen de la sensibilisation, de conseils améliorés et d'outils favorisant leur intégration</p>		

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

L'examen et l'évaluation des mesures de lutte contre l'épilepsie que l'OMS a dirigées, coordonnées et soutenues permettront de définir une série de meilleures pratiques à l'intention des États Membres, en particulier des pays à revenu faible ou intermédiaire. En outre, l'instauration de programmes et de services nationaux consacrés à l'épilepsie permettra d'apporter un soutien technique et, si possible, financier aux États Membres dans la lutte contre l'épilepsie. Surtout, l'application des mesures proposées dans la résolution – renforcement du leadership et de la gouvernance et mise en œuvre de politiques et de plans pour prévenir et combattre l'épilepsie ; intégration de la prise en charge de l'épilepsie dans les soins de santé primaires ; sensibilisation ; investissement dans la recherche ; suivi de l'action coordonnée menée au niveau national par les États Membres pour prévenir et combattre l'épilepsie ; et création de partenariats internationaux – permettra d'améliorer l'accès aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances (réalisation 2.2).

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Cinq ans et demi (couvrant la période juillet 2015-décembre 2020, jusqu'au terme du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020)

ii) Total : US \$25 millions (personnel : US \$11 millions ; activités : US \$14 millions)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$700 000 (personnel : US \$200 000 ; activités : US \$500 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Il n'y aura pas besoin de personnel supplémentaire pour l'exercice 2014-2015. Le personnel de l'OMS dirigera la conceptualisation et l'instauration – et définira le calendrier – du programme de lutte contre l'épilepsie, dont la mise en œuvre débutera en 2016. À partir de janvier 2016, les effectifs supplémentaires suivants seront nécessaires :

Au Siège, 1,5 membre du personnel (un expert international de la santé publique et de la neurologie (100 % en équivalent plein temps) de la classe P.4 et un/une secrétaire (50 % en équivalent plein temps) de la classe G.5).

Dans chacune des six Régions, 0,5 membre du personnel (six experts internationaux de la santé publique et de la neurologie connaissant les besoins dans leurs Régions respectives (50 % en équivalent plein temps ; classe P.4)).

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

US \$500 000 doivent être mobilisés pour couvrir la mise en œuvre des activités destinées à prévenir et à combattre l'épilepsie, de juillet à décembre 2015, au moyen du plan de mobilisation coordonnée des ressources destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015, mis en place par l'Organisation. Les activités seront menées à bien avec l'aide de centres collaborateurs de l'OMS et d'un réseau d'experts et d'acteurs de la société civile. Pour le deuxième semestre 2015, la mise en œuvre sera assurée par le personnel existant, et du personnel qualifié supplémentaire sera recruté à partir de janvier 2016.

1. Résolution EB136.R11 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel : rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur

Résolution EB136.R12 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

Résolution EB136.R13 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel

Résolution EB136.R14 Confirmation d'amendements au Règlement du personnel

Résolution EB136.R15 Amendements au Statut du personnel

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 6. Services institutionnels et fonctions d'appui

Secteur de programme : Gestion et administration

Réalisation 6.4 Gestion et administration efficaces et efficaces dans toute l'Organisation

Produit 6.4.2 Gestion efficace et efficiente des ressources humaines dans le but de recruter et de conserver un personnel motivé, expérimenté et compétent, dans un environnement favorable à l'apprentissage et à l'excellence

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Les amendements visés dans le document EB136/47 contribuent au secteur de programme susmentionné en simplifiant et en clarifiant plusieurs articles du Règlement du personnel, en offrant à l'Organisation une plus grande souplesse pour l'imposition de mesures disciplinaires et en jetant les bases statutaires de la politique de mobilité de l'Organisation.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) La résolution n'est pas limitée dans le temps

ii) Le coût total de la mise en œuvre de la politique de mobilité de l'Organisation s'élèvera à environ US \$9,2-10,2 millions pour l'exercice 2016-2017, durant lequel elle commencera à s'appliquer. Sur ce montant, US \$8 à 9 millions correspondent à des dépenses liées à l'augmentation des mouvements de personnel. Environ US \$1,2 million correspondent aux dépenses de personnel liées au recrutement de personnel pour aider à gérer la mise en œuvre de la politique.

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$0 (personnel : US \$0 ; activités : US \$0)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Sans objet

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Sans objet

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui, pour l'exercice 2014-2015. En revanche, deux membres du personnel supplémentaires de la classe P.3 et un de la classe G.5 seront nécessaires au Département Gestion des ressources humaines du Siège pendant la phase initiale de mise en œuvre au cours de l'exercice 2016-2017. Des effectifs supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires au Département Gestion des ressources humaines, au Centre mondial de services et dans les départements des ressources humaines des bureaux régionaux à partir de 2018. Une estimation plus précise des coûts sera établie en 2015 lorsque le plan de mise en œuvre sera mis au point sous sa forme définitive.

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Sans objet

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Sans objet

1. Décision EB136(2) Principes destinés à faire l'objet d'un consensus mondial sur le don et la gestion du sang, de ses constituants et des produits médicaux d'origine humaine

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Services de santé intégrés centrés sur la personne

Réalisation 4.2 Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires sont disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne

Produit 4.2.3 Lignes directrices, outils et soutien technique aux pays en vue d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services, et d'autonomiser les patients

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La décision favorisera et facilitera l'instauration d'un consensus mondial et de procédures harmonisées pour la mise en œuvre des Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains qui concernent le don et l'utilisation des produits médicaux d'origine humaine et qui ont été approuvés par l'Assemblée de la Santé en 2010. Des mécanismes de bonne gouvernance et des instruments communs pour assurer la qualité, la sécurité et la traçabilité, ainsi que l'accès équitable aux produits médicaux d'origine humaine et leur disponibilité, le cas échéant, sont nécessaires pour protéger les donneurs comme les receveurs.

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

- i) Quatre ans (couvrant la période 2015-2018)
- ii) Total : US \$5,6 millions (personnel : US \$4,6 millions; activités : US \$1,0 million)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$1,40 million (personnel : US \$1,15 million ; activités : US \$250 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est de US \$250 000 (activités). Il devrait être comblé par les centres collaborateurs de l'OMS et les associations scientifiques en relations officielles avec l'Organisation.

<p>1. Décision EB136(3) Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf) Catégorie : 6. Services institutionnels et fonctions d'appui Secteur de programme : Leadership et gouvernance</p> <p>Réalisation 6.1 Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file permettant aux nombreux acteurs différents de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples Produit 6.1.2. Collaboration efficace avec les autres parties prenantes en vue de bâtir un programme sanitaire commun correspondant aux priorités des États Membres</p> <p>En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ? Cette décision permettra à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'approuver le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.</p> <p>Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non) Oui</p>
<p>3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme</p> <p>a) Coût total Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près) i) Quatre mois (couvrant la période allant de février à mai 2015) ii) Total : US \$350 000 pour la réunion intergouvernementale à composition non limitée, d'une durée de trois jours (personnel : US \$0 ; activités : US \$350 000)</p> <p>b) Coût pour l'exercice 2014-2015 Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près) Total : US \$350 000 (personnel : US \$0 ; activités : US \$350 000) Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant Au Siège Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non) Oui Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus</p> <p>c) Incidences au plan du personnel La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non) Oui Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant</p>
<p>4. Financement Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non) Oui Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés) Sans objet</p>

1. Décision EB136(4) Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition	
2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)	
Catégorie : 2. Maladies non transmissibles	
Secteur de programme : Nutrition	Réalisation 2.5 Réduction des facteurs de risque nutritionnels
	Produits :
	2.5.1 Les pays ont acquis la capacité d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre leurs plans d'action en se fondant sur le plan d'application exhaustif relatif à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
	2.5.2 Mise à jour des normes sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, sur les buts en matière d'alimentation de la population et sur l'allaitement maternel, et élaboration d'options de politique générale visant à engager des mesures nutritionnelles efficaces contre les retards de croissance, l'émaciation et l'anémie
En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?	
Cette décision donnera au secteur de programme concerné une importance accrue dans les politiques des États Membres et mettra en exergue les priorités d'action du Secrétariat et des partenaires.	
Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)	
Oui. Les produits et services demandés sont également inscrits dans le projet de budget programme 2016-2017.	
3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme	
a) Coût total	
Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)	
i)	Dix ans (couvrant la période 2015-2024)
ii)	Total : US \$250 millions (personnel : US \$113,62 millions ; activités : US \$136,38 millions)
b) Coût pour l'exercice 2014-2015	
Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)	
Total : US \$31 millions (personnel : US \$14,09 millions ; activités : US \$16,91 millions)	
Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant	
D'après les données actuelles, 44 % des dépenses seront encourues au Siège, 25 % dans la Région africaine, et entre 4 % et 6 % dans chacune des autres Régions.	
Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)	
Oui	
Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus	
c) Incidences au plan du personnel	
La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)	
Oui	
Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant	

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est estimé à US \$13,83 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Décision EB136(5) Allocation stratégique des volants budgétaires**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 6. Services institutionnels et fonctions d'appui

Secteur de programme : Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports

Réalisation 6.3 Alignement du financement et de l'allocation des ressources sur les priorités et les besoins sanitaires des États Membres dans un cadre de gestion axé sur les résultats

Produit 6.3.1. Cadre de gestion axé sur les résultats comprenant un système de responsabilisation aux fins de l'évaluation de l'efficacité organisationnelle de l'OMS

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Cette décision permettra au groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires de poursuivre ses travaux afin d'élaborer plus avant le segment opérationnel 1 de la méthodologie proposée (coopération technique au niveau des pays), en prenant en compte les observations faites à la cent trente-sixième session du Conseil exécutif concernant le choix d'indicateurs appropriés et la disponibilité des données. Le groupe de travail fera ensuite rapport à la cent trente-septième session du Conseil exécutif, en mai 2015.

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Quatre mois (couvrant la période allant de février à mai 2015)

ii) Total : US \$50 000 (personnel : US \$0 ; activités : US \$50 000)

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$50 000 (personnel : US \$0 ; activités : US \$50 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est de US \$50 000. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Décision EB136(16) Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme**2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)**

Catégorie : 6. Services institutionnels et fonctions d'appui

Secteur de programme : Leadership et gouvernance

Réalisation 6.1 Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file permettant aux nombreux acteurs différents de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples

Produit 6.1.4 Intégration de la réforme de l'OMS dans les activités de l'Organisation

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La décision fera progresser plus vite la réforme de la gouvernance.

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) Jusqu'à mai 2016

ii) Total : US \$350 000 pour chaque réunion du groupe de travail à composition non limitée qu'il est proposé de créer, en supposant une durée de trois jours par réunion (personnel : US \$0 ; activités : US \$350 000).

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Total : US \$350 000 (personnel : US \$0 ; activités : US \$350 000)

Il s'agit là du coût estimatif d'une réunion de trois jours. Toute journée ou réunion supplémentaire devra faire l'objet d'une estimation distincte.

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est de US \$350 000. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.

1. Décision EB136(17) Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 4. Systèmes de santé

Secteur de programme : Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires

Réalisation 4.3 L'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûrs, efficaces et de qualité est amélioré et ceux-ci sont utilisés de façon plus rationnelle

Produit 4.3.2 Mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle

En quoi cette décision contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

La Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle visent à intensifier la recherche-développement de produits contre les maladies qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, où l'accès aux technologies médicales indispensables est entravé par les dysfonctionnements du marché. En étendant la période couverte par la Stratégie mondiale et le Plan d'action, l'OMS pourra maintenir la dynamique et continuer à préconiser la mise en œuvre de politiques et d'activités qui améliorent la disponibilité des produits les plus nécessaires. Les résultats de l'évaluation aideront l'Assemblée de la Santé à déterminer de nouvelles politiques pour améliorer la stratégie actuelle et garantir l'efficacité de l'action menée par l'OMS.

Les produits ou services demandés dans cette décision sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la décision, et ii) le coût de ces activités (à US \$10 000 près)

i) La Stratégie mondiale et le Plan d'action seront prolongés de sept ans, de 2015 à 2022 ; l'évaluation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action s'étendra sur deux ans, de 2015 à 2017.

ii) Prolongation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action : US \$100 millions (personnel : US \$60 millions ; activités : US \$40 millions)

Évaluation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action : US \$670 000 (personnel : US \$70 000 ; activités : US \$600 000)

Total : US \$100,67 millions

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près)

Prolongation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action : US \$7,0 millions (personnel : US \$4,2 millions ; activités : US \$2,8 millions)

Évaluation de la Stratégie mondiale et du Plan d'action : US \$400 000 (personnel : US \$30 000 ; activités : US \$370 000)

Total : US \$7,4 millions

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

La plupart des activités auront lieu au Siège et dans les bureaux régionaux.

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Oui

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

c) Incidences au plan du personnel

La décision peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

Pour la mise en œuvre de la Stratégie de 2015 à 2022, neuf membres du personnel supplémentaires (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur et trois membres du personnel (en équivalent plein temps) de la catégorie des services généraux seront nécessaires au Siège, et deux membres du personnel (en équivalent plein temps) des catégories professionnelle et de rang supérieur et un membre du personnel (en équivalent plein temps) de la catégorie des services généraux seront nécessaires dans chacun des bureaux régionaux.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptés)

Le déficit de financement est de US \$2,5 millions. Les fonds seront obtenus grâce au plan de mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, destiné à combler les déficits de financement du budget programme 2014-2015.