

ANNEXES

ANNEXE 1¹

Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

[A62/7 – 2 avril 2009]

1. D'après les dernières estimations de l'OMS, environ 314 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'une déficience visuelle due à une pathologie oculaire ou à un vice de réfraction non corrigé. Sur ce total, 45 millions sont aveugles (90 % d'entre elles vivent dans des pays à faible revenu). Les principales causes de cécité sont la cataracte (39 %), des vices de réfraction non corrigés (18 %), le glaucome (10 %), la dégénérescence maculaire liée à l'âge (7 %), l'opacité cornéenne (4 %), la rétinopathie diabétique (4 %), le trachome (3 %), des maladies oculaires de l'enfant (3 %) et l'onchocercose (0,7 %). L'ampleur actuelle du problème de la cécité et des déficiences visuelles est vraisemblablement supérieure à ce qu'indiquent les estimations, du fait que l'on manque encore d'information épidémiologique détaillée sur certaines causes (par exemple la presbytie).
2. Grâce aux connaissances et aux techniques disponibles aujourd'hui, jusqu'à 80 % des cas de cécité dans le monde sont évitables ou guérissables. Il existe des interventions rentables contre les principales causes de cécité évitable. D'importants partenariats internationaux ont été créés ces dernières années, notamment le Programme africain de lutte contre l'onchocercose, le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques, l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant et « VISION 2020 : le droit à la vue ».
3. Deux résolutions récemment adoptées par l'Assemblée de la Santé (WHA56.26 et WHA59.25) ont mis l'accent sur la cécité et les déficiences visuelles évitables ; les États Membres y étaient instamment invités à agir en matière de prévention, essentiellement en élaborant des plans spécifiques et en inscrivant cette question dans les plans et programmes nationaux de santé. Malgré les progrès sensibles réalisés dans le domaine de la santé oculaire, la prévalence de la cécité évitable se situe encore à un niveau inacceptable dans de nombreux pays et communautés.

OBJET

4. Le Plan a pour but d'intensifier les efforts des États Membres, du Secrétariat et des partenaires internationaux en matière de prévention de la cécité et des déficiences visuelles moyennant l'élaboration de programmes complets de santé oculaire aux niveaux national et infranational.
5. Pour intensifier et coordonner les activités en cours, notamment dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le Plan vise à :

¹ Voir la résolution WHA62.1.

- a) accroître les engagements politiques et financiers en faveur de l'élimination de la cécité évitable ;
- b) faciliter l'élaboration de normes et lignes directrices fondées sur des données factuelles, ainsi que l'utilisation de celles qui existent déjà, pour des interventions rentables ;
- c) faire le point de l'expérience acquise au niveau international, et diffuser les enseignements tirés et les meilleures pratiques en matière d'application des politiques, plans et programmes de prévention de la cécité et des déficiences visuelles ;
- d) renforcer les partenariats, les liens de collaboration et la coordination entre les acteurs qui interviennent dans la prévention de la cécité évitable ;
- e) recueillir, analyser et diffuser systématiquement l'information sur les tendances enregistrées et les progrès réalisés en vue de la prévention de la cécité évitable sur les plans national, régional et mondial.

PORTÉE

6. Ce Plan est axé sur les principales causes de cécité et de déficience visuelle évitables, telles qu'elles sont définies dans le projet de Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.¹ Le plan ne concerne pas les catégories de déficience visuelle plus bénignes ou les pathologies oculaires pour lesquelles il n'existe pas d'intervention préventive et/ou curative fondée sur des données factuelles ; ces cas exigent des mesures efficaces et appropriées de réadaptation permettant aux individus touchés par une incapacité d'acquiescer et de préserver une indépendance maximale et d'être pleinement insérés dans la vie sous tous ses aspects.

7. Étant donné que les affections cécitantes revêtent un caractère chronique et sont pour la plupart des maladies non transmissibles, ce plan complète le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles adopté par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.14. Cependant, les stratégies de prévention diffèrent sensiblement, du fait que la plupart des affections cécitantes ne correspondent pas aux facteurs de risque – à part le tabagisme – visés par le plan relatif aux maladies non transmissibles. Même si, comme pour les maladies non transmissibles, les soins de santé primaires et les interventions à assise communautaire sont indispensables à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles, la prestation de services de soins oculaires de qualité exige des compétences, des techniques et une infrastructure particulières.

8. Les faits montrent que l'ampleur du problème de la cécité évitable due à des maladies transmissibles comme le trachome ou l'onchocercose, ou encore à des complications ophtalmologiques de la rougeole, est en diminution, alors que les maladies oculaires non transmissibles liées à l'âge (par exemple cataracte, glaucome et rétinopathie diabétique) sont en augmentation. Pour ce qui est des programmes dirigés contre l'onchocercose et le trachome, il faut poursuivre les efforts de lutte et éviter la réapparition de cas. Il est nécessaire d'adopter une approche

¹ La « cécité » est définie comme une acuité visuelle inférieure à 3/60 ou une perte correspondante du champ visuel (à moins de 10°) pour le meilleur oeil avec la correction disponible. La « déficience visuelle sévère » est définie comme une acuité visuelle inférieure à 6/60 mais supérieure ou égale à 3/60, et la « déficience visuelle modérée » comme une acuité visuelle inférieure à 6/18 mais supérieure ou égale à 6/60. Dans le présent document, l'expression « déficiences visuelles » englobe la déficience visuelle sévère et la déficience visuelle modérée.

intersectorielle coordonnée pour les deux catégories d'étiologie (maladies transmissibles et non transmissibles).

9. Dans la conjoncture économique mondiale actuelle défavorable, il est essentiel de tirer le maximum des ressources et des programmes techniques existants dans l'ensemble de l'Organisation qui contribuent à la prévention de la cécité et influencent aussi les conditions favorisant la vulnérabilité à la déficience visuelle. On peut mentionner, à titre d'exemple, la vaccination et la supplémentation en vitamine A dans les populations vulnérables, pour réduire le risque de cécité due à l'opacité cornéenne.

LIEN AVEC LES STRATÉGIES ET PLANS EXISTANTS

10. La prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables a fait l'objet de plusieurs résolutions de l'Assemblée de la Santé,¹ qui a entre autres encouragé plusieurs alliances et partenariats internationaux à agir au niveau mondial dans ce domaine. Le Plan d'action appuie la mise en oeuvre du onzième programme général de travail de l'OMS 2008-2013 et le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, en particulier l'objectif stratégique 3, qui a trait notamment aux activités de lutte contre la cécité et les déficiences visuelles évitables. Il sous-tend également la mise en oeuvre des résolutions et plans régionaux existants.²

RESSOURCES

11. Le budget programme 2008-2009 indique les ressources financières dont le Secrétariat aura besoin pour oeuvrer en vue de l'objectif stratégique 3. Pour les futurs exercices, des ressources supplémentaires seront nécessaires. La poursuite des progrès en matière de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables aux niveaux mondial, régional et national dépendra du montant des ressources supplémentaires disponibles. Tous les partenaires – y compris les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les instituts universitaires et de recherche et le secteur privé – devront faire davantage pour mobiliser des ressources à tous les niveaux.

CALENDRIER

12. Le présent Plan d'action porte sur la période 2009-2013, c'est-à-dire les cinq années restantes du plan stratégique à moyen terme.

¹ Résolutions WHA22.29, WHA25.55, WHA28.54, WHA47.32, WHA51.11 et WHA56.26 sur l'élimination de la cécité évitable, et WHA59.25 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables.

² Voir la résolution EM/RC49/R.6 sur VISION 2020 : le droit à la vue – élimination de la cécité évitable, la résolution EM/RC52/R.3 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, le document AFR/RC57/6 (Accélération de l'élimination de la cécité évitable – une stratégie pour la Région africaine de l'OMS) et OPS : projet de stratégie et plan d'action pour la santé oculaire 2008-2012.

ANALYSE DE LA SITUATION

Ampleur, causes et impact du problème de la cécité et des déficiences visuelles

13. Il est indispensable de déterminer les causes de cécité et l'ampleur du problème afin de définir les priorités, de concevoir des stratégies ciblées et de forger au niveau international des liens de coopération et des alliances pour la prévention de la cécité. Il existe depuis quelques années beaucoup plus de données sur les causes de cécité et de déficience visuelle et l'ampleur du problème dans le monde. Auparavant, les enquêtes sur les causes s'appuyaient sur différentes méthodes et définitions, mais la mise au point par l'OMS de méthodologies normalisées et facilement applicables a aidé les États Membres à recueillir des données comparables sur la situation épidémiologique et sur les systèmes de santé, par exemple sur l'évaluation rapide des services de chirurgie de la cataracte et de la cécité évitable. Le protocole relatif à la cécité de l'enfant est un autre exemple des progrès réalisés.

14. Jusqu'à présent, des enquêtes épidémiologiques ont été faites dans 65 pays. Cependant, l'absence d'enquêtes et le manque de données dans les autres pays ont constitué de sérieux obstacles à la planification, au suivi et à l'évaluation détaillés des interventions. De plus, l'absence de données épidémiologiques sur la santé oculaire de la population empêche d'analyser de façon plus approfondie les tendances en ce qui concerne les déficiences visuelles et la mise au point en temps voulu d'interventions de santé publique appropriées.

15. Il est prioritaire pour les pays où il n'existe pas de données épidémiologiques normalisées et fiables de rassembler ces données. Il faut aussi s'employer à mettre au point des approches de modélisation afin de déterminer des tendances et fixer des objectifs, de manière à mieux cibler et asseoir sur des données factuelles plus solides la planification des efforts de lutte contre la cécité et les déficiences visuelles évitables. Il faut aussi trouver un meilleur moyen de recueillir systématiquement des données normalisées sur les ressources humaines, l'infrastructure et les techniques disponibles, et les pays doivent être prêts à répondre aux besoins constatés.

Prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans le cadre des plans nationaux de développement sanitaire, et collaboration technique de l'OMS avec les États Membres

16. Bien que l'OMS dispose d'informations sur les causes de cécité et l'ampleur du problème et sur les stratégies de prévention, il est évident que, dans certains pays, les décideurs et les dispensateurs de soins ne connaissent pas vraiment les interventions de soins oculaires disponibles, leur rapport coût/efficacité et leur potentiel pour prévenir ou soigner les 80 % de cas de cécité qui sont évitables dans le monde. Les stratégies de coopération avec les pays correspondent au programme conjoint arrêté entre les ministères de la santé et l'OMS. Jusqu'ici, la prévention de la cécité n'occupe qu'une place minimale dans ces documents, malgré les sept résolutions de l'Assemblée de la Santé sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, l'existence de longue date d'importants partenariats internationaux de l'OMS pour la prévention de la cécité et les remarquables succès remportés dans la réduction de la cécité évitable, par exemple dans le cadre du Programme OMS de lutte contre l'onchocercose. L'insuffisance des ressources pour la prévention de la cécité au niveau national est un obstacle majeur. De plus, face à des budgets de plus en plus limités, donateurs et pays bénéficiaires accordent souvent un rang de priorité plus élevé aux programmes de lutte contre des maladies aux conséquences mortelles qu'aux programmes liés à des problèmes d'incapacité. Enfin, il n'y a pas beaucoup de personnel expérimenté qui puisse coordonner les activités de prévention de la cécité aux niveaux national et régional.

17. Il faudrait faire une plus grande place à la prévention de la cécité dans les plans de développement sanitaire et les stratégies de coopération avec les pays. Il faut, d'autre part, prendre des

mesures afin de renforcer l'appui technique et envoyer davantage d'experts conseiller les États Membres là où la cécité et les déficiences visuelles posent un grave problème de santé.

Comités nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité

18. Il est important de mettre en place des comités et programmes nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité ; leur rôle est de faire la liaison avec tous les partenaires nationaux et internationaux, de diffuser l'information et de coordonner les activités, par exemple la mise en oeuvre du plan national pour la santé oculaire et la prévention de la cécité. L'existence d'un comité national fonctionnel est un préalable à l'élaboration du plan national de prévention de la cécité ainsi qu'à sa mise en oeuvre, son suivi et son évaluation périodique. Certains pays, notamment ceux qui ont une structure administrative décentralisée ou fédérative, se sont dotés de comités du même type au niveau infranational.

19. Fin 2008, 118 États Membres avaient signalé la création d'un comité national. Cependant, les comités nationaux ne sont pas tous en état de fonctionner et, malheureusement, dans bien des cas, ils n'ont pas réussi à prendre des mesures efficaces. Parfois, les activités reposent sur quelques individus, souvent des spécialistes des soins oculaires, censés jouer le rôle directeur et donner l'impulsion aux plans et programmes de prévention de la cécité. La composition des comités ne suit pas toujours des règles uniformes : on trouve aussi bien le modèle idéal, où tous les principaux partenaires sont représentés (y compris les autorités nationales de la santé) qu'un tout petit groupe de spécialistes des soins oculaires.

Plans nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité

20. L'expérience a montré que, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, l'existence d'un plan national exhaustif comprenant des cibles et indicateurs bien définis, liés à un calendrier et mesurables permettait d'améliorer sensiblement la prestation des services de soins oculaires.

21. La plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (104 États Membres fin 2008) ont dit avoir élaboré des plans nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité, mais les rapports et les évaluations portant sur leur mise en oeuvre et leur impact laissent à désirer. Certains plans nationaux ne comprennent ni cibles mesurables, ni calendrier de mise en oeuvre, ni outils appropriés pour le suivi et l'évaluation. Dans certains pays, les plans n'ont été que partiellement mis en oeuvre. De plus, faute de ressources et de leadership, certains pays n'ont progressé que lentement ou de façon fragmentaire, et leurs plans en matière de santé oculaire et de prévention de la cécité au niveau national n'ont débouché sur aucune amélioration tangible des services de santé oculaire. Il faut veiller à ce que la phase de mise en oeuvre des plans nationaux soit bien gérée et adopter une approche normalisée du suivi et de l'évaluation des plans nationaux et infranationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité.

Stratégies de l'OMS pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et fourniture d'un appui technique

22. La stratégie adoptée par l'OMS pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables s'appuie sur trois éléments essentiels : renforcement de la lutte contre la maladie, développement des ressources humaines, et infrastructure et technologie. Cette approche a été encouragée depuis 1999 par l'Initiative mondiale « VISION 2020 : le droit à la vue », un partenariat institué entre l'OMS et l'Organisation mondiale contre la Cécité. Depuis 10 ans, l'OMS a beaucoup progressé dans la mise au point et l'application de méthodes de lutte contre les causes de cécité et de déficience visuelle liées à des maladies transmissibles. Les progrès de la lutte contre l'onchocercose et le trachome s'appuyaient sur l'application, respectivement, des stratégies OMS de traitement par

l'ivermectine relevant des communautés et de la Stratégie SAFE pour la lutte contre le trachome, et sur leur adoption par les États Membres et les partenaires internationaux. Cette approche unifiée a facilité les efforts de prévention en faveur de millions de personnes exposées au risque de perte de vision et a convaincu d'importants donateurs de la nécessité d'un engagement à long terme.

23. Par la suite, on a constaté que la typologie des causes de cécité avait nettement changé puisqu'il y a eu une tendance à la baisse pour les causes liées à des maladies transmissibles et une augmentation progressive des pathologies oculaires chroniques liées à l'âge. Les interventions de santé publique dirigées contre certaines des principales affections comme la cataracte ou la rétinopathie diabétique ont fait l'objet d'un examen systématique, et des recommandations ont été formulées par l'OMS pour chacune d'elles. Il faut mettre au point des stratégies pour lutter contre d'autres affections comme le glaucome.

24. Fin 2008, 150 États Membres avaient organisé des ateliers VISION 2020 au niveau national ou infranational pour présenter les stratégies OMS en matière de santé oculaire. Ces ateliers ont été l'occasion d'échanger des compétences techniques sur la santé oculaire communautaire et ont permis d'évaluer les besoins et, par la suite, de formuler des plans nationaux et infranationaux pour la prévention de la cécité.

La prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : une question de santé de portée mondiale

25. Des données épidémiologiques fiables et les résultats d'interventions rentables pour lutter contre la plupart des grandes causes de cécité évitable ont montré qu'il était important de renforcer les initiatives nationales visant à protéger la santé oculaire. Dans les résolutions WHA56.26 et WHA59.25, l'Assemblée de la Santé a préconisé une approche harmonisée des activités de prévention de la cécité, en invitant instamment les États Membres à créer des comités nationaux, à élaborer des plans nationaux pour la prévention de la cécité et à trouver de bons moyens de suivi et d'évaluation de leur mise en oeuvre. Il est d'autre part apparu qu'il fallait conférer un plus grand rayon d'action au plaidoyer en faveur des mesures de prévention de la perte de vision, et faire mieux comprendre l'importance de la protection de la santé oculaire dans le secteur de la santé publique et dans la population.

26. Dans certains pays, les résolutions de l'Assemblée de la Santé sur l'affectation de nouvelles ressources à l'élaboration et la mise en oeuvre de plans de prévention de la cécité n'ont pas eu la résonance souhaitée. La plupart des pays n'agissent que lentement et la mise en oeuvre d'activités de prévention de la cécité dignes de ce nom ne progresse pas beaucoup.

27. Il existe des plans et programmes de prévention de la cécité au niveau mondial et, dans certains cas, aux niveaux régional et national, mais il faut maintenant agir pour aider les États Membres qui n'ont pas encore mis sur pied de tels programmes à tirer parti de l'expérience acquise au niveau international et des données scientifiques pour concevoir et appliquer eux-mêmes des mesures de prévention de la cécité. Il faut aussi intégrer les activités de santé oculaire et leur effet sur la réduction de la pauvreté dans l'action plus vaste de développement.

Partenariats internationaux

28. Depuis 10 ans, de grands partenariats internationaux ont été lancés pour aider l'OMS à soutenir l'action des États Membres en faveur de la prévention de la cécité, par exemple « VISION 2020 : le droit à la vue ». Ces partenariats ont fait des progrès sensibles, particulièrement dans la lutte contre les causes infectieuses de cécité. Ils ont d'autre part encouragé et appuyé la mobilisation de ressources à long terme, notamment à travers des programmes de don (par exemple le programme de dons

d'ivermectine de Merck pour combattre l'onchocercose ou la distribution d'azithromycine dans le cadre d'un programme de dons de Pfizer pour lutter contre le trachome). Les partenariats mondiaux ont fédéré et renforcé les principaux acteurs internationaux engagés dans la prévention de la cécité, grâce aux stratégies OMS de lutte contre la maladie.

29. Il faut coordonner et évaluer en temps voulu les travaux des partenaires internationaux de manière à aligner leurs approches sur d'autres activités de prévention de la cécité. Malgré quelques améliorations notables dans la collecte de données sur la prévention de la cécité aux niveaux national et infranational, les rapports de synthèse restent peu nombreux. Cela tient, d'une part, à la carence des systèmes de suivi dans de nombreux pays et, d'autre part, au peu de diffusion et d'échange d'information entre les pays et leurs partenaires internationaux.

30. Ce qu'il faut maintenant, c'est améliorer la coordination et l'échange d'information entre toutes les parties prenantes.

Ressources humaines et infrastructure

31. En dépit des efforts déployés pour renforcer les ressources humaines dans le domaine de la santé oculaire, de nombreux pays à faible revenu continuent de manquer cruellement de personnel dans ce domaine. Ainsi, bon nombre de pays de la Région africaine disposent de moins d'un ophtalmologiste pour un million d'habitants. De plus, les ressources humaines qui existent sont souvent concentrées dans les grandes agglomérations urbaines, de sorte que les services sont insuffisants, voire inexistantes en milieu rural. En outre, les agents qualifiés abandonnent des postes mal rémunérés dans des établissements publics et des hôpitaux universitaires pour se faire embaucher dans le secteur des soins privés du pays, quand ils ne partent pas travailler à l'étranger. Ce sont donc les zones les plus démunies des pays à faible revenu qui sont le plus sérieusement touchées par les pénuries, la faible productivité et la répartition inégale des effectifs de personnel.

32. Bien que les progrès techniques récents en matière de soins oculaires aient débouché sur des méthodes avancées de diagnostic et de traitement, le coût de l'équipement d'un centre de soins oculaires secondaires et/ou tertiaires est inabordable pour de nombreux pays à faible revenu.

33. Il faut agir de toute urgence dans les pays eux-mêmes pour former davantage de personnel de santé oculaire et répartir plus équitablement les agents disponibles entre zones urbaines et zones rurales.

Mobilisation des ressources

34. De solides partenariats internationaux ont aidé à convaincre des bailleurs de fonds nationaux et internationaux qu'ils devraient appuyer les activités en faveur de la prévention de la cécité (par exemple le Programme africain de lutte contre l'onchocercose, le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques, l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant et VISION 2020 : le droit à la vue). En dépit de ces réalisations visant certaines maladies, les ressources prévues pour les programmes nationaux de santé oculaire et de prévention de la cécité ont été nettement insuffisantes. De plus, on n'a pas pleinement analysé le potentiel de mobilisation de ressources nationales et internationales supplémentaires. L'insuffisance des ressources consacrées aux activités de prévention de la cécité et des déficiences visuelles pourrait compromettre sérieusement les progrès en matière de soins de santé oculaire.

35. Ce qu'il faut maintenant, c'est examiner les approches actuellement suivies pour le financement des systèmes de santé oculaire et mettre en relief l'impact socio-économique de la cécité, le rapport

coût/efficacité des interventions de santé oculaire et, enfin, les avantages financiers d'une prévention précoce de la cécité et des déficiences visuelles.

Intégration de la santé oculaire dans les plans généraux de développement

36. L'intégration de la santé oculaire dans les plans plus vastes de développement intersectoriel facilitera la mise en place de services de santé intégrés et complets ainsi que le partage des ressources et des infrastructures. Une valeur ajoutée a pu être créée dans les pays où la prévention de la cécité était intégrée dans les plans généraux de développement sanitaire et/ou les programmes de développement socio-économique.

37. Bien que les rapports entre déficience visuelle et amoindrissement des chances socio-économiques pour les individus touchés soient connus, la prévention de la cécité n'a pas toujours retenu l'attention qu'elle mérite dans les grands programmes nationaux et internationaux de développement. On n'a pas fait assez de recherches sur l'impact de la cécité dans différents contextes socio-économiques ainsi que sur les obstacles à l'accès aux soins oculaires parmi les groupes défavorisés ; il faut maintenant encourager d'autres recherches dans ces domaines.

OBJECTIFS ET MESURES À PRENDRE

OBJECTIF 1. Renforcer l'action de plaidoyer pour développer l'engagement politique, financier et technique des États Membres en vue d'éliminer la cécité et les déficiences visuelles évitables

38. L'action internationale de plaidoyer en faveur de la protection de la santé oculaire vise à mieux sensibiliser à l'existence de plans de prévention de la cécité, et notamment aux interventions rentables disponibles et à l'expérience acquise au plan international dans leur mise en oeuvre. Cette action devrait être axée sur les professionnels des soins de santé et les décideurs afin de promouvoir les mesures intersectorielles nécessaires pour améliorer les systèmes de santé oculaire, les intégrer au système de santé national et incorporer la santé oculaire dans les plans généraux de santé et de développement. Elle devrait également viser les donateurs potentiels et les entités chargées de fixer les priorités de la recherche et les niveaux de financement afin d'accumuler des faits sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et sur leur impact.

39. Il faut faire d'autres recherches sur l'effet de facteurs de risque tels que le tabagisme, le rayonnement ultraviolet et le manque d'hygiène, et aussi sur les inégalités d'accès aux services de soins oculaires.

40. Il faudrait s'employer tout particulièrement à mieux sensibiliser le grand public et à trouver des moyens appropriés de communiquer l'information sur la prévention de la perte de vision et les modalités de traitement des pathologies oculaires.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres d'adopter

41. Créer au ministère de la santé et dans d'autres établissements clés, en fonction des besoins, des dispositifs de coordination nationaux comme un poste de coordonnateur national pour la santé oculaire et la prévention de la cécité et lui fournir l'appui nécessaire.

42. Envisager des crédits budgétaires pour la santé oculaire et la prévention de la cécité.

43. Promouvoir la santé oculaire et l'intégrer à tous les niveaux des soins de santé.
44. Marquer la Journée mondiale de la vue.
45. Intégrer la protection de la santé oculaire dans les programmes de promotion de la santé.

Mesures à prendre par le Secrétariat

46. Faire des analyses politiques afin de déterminer le meilleur moyen de s'assurer l'appui des décideurs de haut niveau et d'obtenir qu'ils s'engagent à promouvoir la santé oculaire, et examiner l'impact potentiel et les modalités d'intégration de la prévention de la cécité dans les politiques et programmes socio-économiques [2009-2011].
47. Sensibiliser les décideurs aux rapports entre affections oculaires, problèmes de sexospécificité, pauvreté et développement par une information reposant sur des bases factuelles et des données épidémiologiques, et faire progresser les travaux sur les déterminants sociaux de la santé dans la mesure où ils concernent les problèmes de santé oculaire [2009-2010].
48. Harmoniser les messages de plaidoyer utilisés par les partenaires internationaux dans différentes tribunes consacrées à la santé et au développement [2009-2010].
49. Promouvoir la collaboration entre programmes et groupes dans toute l'Organisation pour les activités sur les principaux facteurs de risque d'atteinte visuelle.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux d'adopter

50. Aider l'OMS à associer toutes les parties prenantes à l'action de plaidoyer afin de mieux sensibiliser à l'ampleur du problème de la cécité et des déficiences visuelles, à l'existence d'interventions rentables et à l'expérience acquise au niveau international concernant leur application.
51. Aider les États Membres à instituer des forums où les principaux acteurs – notamment organisations non gouvernementales, associations professionnelles, milieux universitaires, instituts de recherche et secteur privé – pourront s'entendre sur des mesures concertées contre la cécité et les déficiences visuelles évitables.

OBJECTIF 2. Élaborer des politiques, plans et programmes nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité et des déficiences visuelles ou renforcer ceux qui existent

52. Les politiques, plans et programmes nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables sont des instruments indispensables à l'application coordonnée d'interventions rentables, durables et fondées sur des bases factuelles. L'intégration de la santé oculaire dans les politiques de santé nationales pertinentes, y compris celles qui ont trait à la santé scolaire et à la médecine du travail, facilite une approche multidisciplinaire coordonnée et l'organisation de soins oculaires complets en mettant l'accent sur les soins primaires.
53. Des stratégies OMS fondées sur l'expérience ont été mises au point pour lutter contre plusieurs grandes causes de cécité et de déficience visuelle évitables de manière à faciliter la formulation de politiques et de programmes. Certaines d'entre elles sont déjà en place pour la lutte contre le trachome, l'onchocercose, la carence en vitamine A, la rétinopathie diabétique et certains aspects de la perte de

vision liée à la cataracte, mais il faut encore formuler des stratégies pour les principales causes nouvelles de perte de vision.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres d'adopter

54. Là où les moyens le permettent, élaborer des stratégies nationales et des lignes directrices correspondantes pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles ; sinon, envisager d'adapter celles qui sont recommandées par l'OMS.

55. Examiner les politiques actuelles en matière de santé oculaire, repérer les problèmes et mettre au point de nouvelles politiques pour favoriser un système de soins oculaires complet.

56. Intégrer la prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans les stratégies de réduction de la pauvreté et les politiques socio-économiques pertinentes.

57. Associer les secteurs publics concernés à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques, plans et programmes de prévention de la cécité et des déficiences visuelles.

58. Mettre en place un effectif de personnel de santé oculaire, y compris des professionnels paramédicaux et des agents de santé communautaires, moyennant des programmes de formation comportant un volet santé oculaire communautaire.

Mesures à prendre par le Secrétariat

59. Faire le point de l'expérience acquise dans l'application de stratégies de santé publique pour la lutte contre les vices de réfraction non corrigés, et en particulier la presbytie, le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, l'opacité cornéenne, les affections oculaires héréditaires et certaines maladies oculaires de l'enfant, notamment les séquelles d'une carence en vitamine A [2009-2011].

60. Faciliter la création et l'activité des comités nationaux pour la santé oculaire et la prévention de la cécité, donner des avis aux États Membres sur la composition, le rôle et les fonctions de ces comités, et prêter un appui technique direct pour l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des plans nationaux.

61. Mettre au point une approche coordonnée et normalisée de la collecte, de l'analyse et de la diffusion de l'information sur l'application des politiques nationales liées à la santé oculaire, les meilleures pratiques concernant les aspects santé publique de la prévention de la cécité, y compris l'information sur les systèmes d'assurance-maladie existants, ainsi que leur impact sur les divers aspects de la prestation des soins oculaires [2009-2011].

62. Promouvoir la collaboration avec d'autres grands programmes et partenariats (par exemple l'Alliance mondiale OMS pour les personnels de santé) afin de favoriser le développement des ressources humaines pour la prestation des soins oculaires aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire [2009-2010].

63. Examiner les programmes d'études et les meilleures pratiques en matière de formation des professionnels spécialisés dans les soins oculaires [2010-2011].

64. Renforcer la capacité des bureaux régionaux et des bureaux de pays à fournir un appui technique pour la santé oculaire/la prévention de la cécité.

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux d'adopter

65. Promouvoir l'application des stratégies et lignes directrices préconisées par l'OMS pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et, avec l'assistance des États Membres, contribuer à la collecte d'informations au niveau national sur leur mise en oeuvre.
66. Mobiliser des ressources en faveur des plans nationaux de prévention de la cécité et soutenir leur mise en oeuvre afin d'éviter les doubles emplois.
67. Fournir un appui continu aux programmes visant à combattre les causes de cécité liées à la nutrition et à des maladies transmissibles.

OBJECTIF 3. Développer et intensifier la recherche en faveur de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles

68. Les mesures de santé publique destinées à prévenir la cécité et les déficiences visuelles doivent reposer sur des données factuelles et présenter un bon rapport coût/efficacité. La collaboration internationale pour promouvoir des travaux de recherche pluridimensionnels et multisectoriels conditionne la mise en place de systèmes de santé oculaire qui soient à la fois complets, intégrés, équitables, durables et de bonne qualité. Il faut faire d'autres recherches sur les moyens d'exploiter les données factuelles disponibles. Il faudrait insister spécialement sur l'évaluation des interventions et des différentes stratégies de détection précoce et de dépistage des causes de cécité et de déficience visuelle dans différents groupes de population, notamment les enfants.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres d'adopter

69. Encourager les instituts de recherche nationaux à faire de la recherche sur les déterminants socio-économiques, sur le rôle de l'appartenance sexuelle, sur le rapport coût/efficacité des interventions et sur la détermination des groupes de population à haut risque.
70. Évaluer le coût économique de la cécité et des déficiences visuelles de même que ses répercussions sur le développement socio-économique.
71. Déterminer l'impact de la pauvreté et d'autres déterminants sur le gradient de disparité socio-économique en ce qui concerne l'accès aux services des soins oculaires.
72. Inscrire la recherche épidémiologique et comportementale et la recherche sur les systèmes de santé et les effectifs de personnel de santé dans les programmes nationaux de santé oculaire et de prévention de la cécité et des déficiences visuelles.

Mesures à prendre par le Secrétariat

73. Rassembler, en collaboration avec d'autres partenaires, les données existantes sur des facteurs de risque tels que tabagisme, mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, rayonnement ultraviolet et manque d'hygiène, et coordonner la mise au point d'un programme de recherche prioritaire sur les causes de cécité et les moyens de prévention, en insistant particulièrement sur les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire [2009-2011].
74. Aider les États Membres à évaluer l'impact des politiques et stratégies de santé publique sur la santé oculaire et faire connaître les résultats.

75. Faciliter la mise au point de modèles de projection pour les tendances relatives aux causes de cécité et de déficience visuelle et à l'ampleur du problème, et privilégier la mise en place de systèmes de soins oculaires dotés de cibles à atteindre [2010-2011].

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux d'adopter

76. Aider les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à développer leur capacité de recherche épidémiologique et de recherche sur les systèmes de santé, notamment de recherche analytique et opérationnelle nécessaire à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes dans le domaine des pathologies oculaires.

77. Encourager la collaboration entre institutions de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire et de pays à revenu élevé.

78. Appuyer et privilégier en coordination avec les États Membres les recherches conjointes sur les pathologies oculaires aux niveaux mondial, régional et sous-régional.

79. Renforcer et aider les centres collaborateurs de l'OMS et les instituts nationaux de recherche pour qu'ils mènent des travaux en rapport avec la prévention de la cécité et des déficiences visuelles.

OBJECTIF 4. Améliorer la coordination entre les partenariats et les acteurs aux niveaux national et international pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles

80. Les grands partenariats et alliances forgés au niveau international ont contribué à la mise au point de mesures de santé publique pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles. Les principaux acteurs dans cette démarche sont les États Membres, les institutions du système des Nations Unies, d'autres institutions internationales, les milieux universitaires, les centres de recherche, les organisations de professionnels des soins de santé, les organisations non gouvernementales, les organisations de services, la société civile et le secteur des entreprises. Les défis consistent à renforcer les partenariats mondiaux et régionaux et à intégrer la prévention de la cécité dans les initiatives de développement plus vastes qui s'efforcent notamment de créer de nouvelles formes de collaboration et d'alliances au niveau intersectoriel.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres d'adopter

81. Promouvoir la participation et fournir un appui actif aux partenariats et alliances déjà constitués aux niveaux national et international pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, en veillant notamment à la coordination avec les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et l'action de lutte contre les maladies tropicales négligées.

82. Promouvoir les partenariats entre le secteur public, le secteur privé et le secteur bénévole aux niveaux national et infranational.

Mesures à prendre par le Secrétariat

83. Convoquer le Comité OMS de Surveillance de l'Élimination de la Cécité évitable, conformément à la demande formulée dans la résolution WHA56.26 [2009].

84. Appuyer et renforcer le rôle des centres collaborateurs de l'OMS en reliant leurs plans d'action à la mise en oeuvre du présent Plan [2009-2010].

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux d'adopter

85. Collaborer étroitement avec les États Membres et le Secrétariat et leur prêter un appui pour la mise en oeuvre des différentes composantes du présent Plan d'action.

86. Faire la liaison avec d'autres organisations et institutions internationales qui mènent des activités plus générales de développement afin de repérer les possibilités de collaboration.

87. Continuer à fournir un appui aux partenariats existants pour la lutte contre l'onchocercose et le trachome jusqu'à ce que ces maladies soient éliminées en tant que problèmes de santé publique.

OBJECTIF 5. Suivre les progrès de l'élimination de la cécité évitable aux niveaux national, régional et mondial

88. Pour pouvoir mener une action de plaidoyer et planifier sur la base de données factuelles, il faut disposer d'information sur les causes, l'ampleur et la distribution géographique des cas de cécité et de déficience visuelle ainsi que sur leurs tendances. De même, pour mener à bien les activités, il est vital de bien appréhender les problèmes et déterminer les carences dans la prestation des services, et voir comment les États Membres redressent la situation. Les ajustements nécessaires ne peuvent être apportés en temps opportun que si les activités de prévention de la cécité font l'objet d'un suivi continu et d'une évaluation régulière.

Mesures qu'il est proposé aux États Membres d'adopter

89. Fournir des données et des informations régulièrement mises à jour sur la prévalence et les causes de cécité et de déficience visuelle, en les décomposant en fonction de l'âge, du sexe et de la situation socio-économique.

90. Renforcer la collecte de données normalisées et créer des systèmes de surveillance fondés sur le recours aux outils OMS existants (par exemple ceux qui sont utilisés pour la cataracte, le trachome et l'onchocercose).

91. Communiquer régulièrement des rapports en utilisant le système OMS normalisé de notification pour faire état des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies et plans nationaux de prévention de la cécité.

Mesures à prendre par le Secrétariat

92. En collaboration avec les principaux acteurs, examiner et mettre à jour la liste des indicateurs à utiliser pour le suivi et l'évaluation périodique des mesures de prévention de la cécité et des déficiences visuelles, et déterminer les cibles et les calendriers [2009-2011].

93. Examiner les données recueillies pour déterminer l'impact des mesures de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables au niveau national, afin de mettre en évidence toute réduction de l'importance de la cécité évitable, conformément à la résolution WHA56.26 [2009-2011].

94. Recueillir des informations, auprès de pays dont le programme de prévention de la cécité donne de bons résultats, sur les bonnes pratiques et sur les systèmes et modèles qui pourraient être appliqués ou adaptés dans d'autres pays, conformément à la résolution WHA56.26 [2009-2010].

95. Entreprendre périodiquement une évaluation indépendante des activités relatives à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles, notamment celles menées par des partenariats internationaux, afin d'en soumettre les résultats pour examen au Comité OMS de Surveillance de l'Élimination de la Cécité évitable [2009-2010].

96. Contribuer à l'étude 2005 de la charge mondiale de morbidité¹ [2009-2010].

Mesures qu'il est proposé aux partenaires internationaux d'adopter

97. Fournir appui et collaboration aux États Membres et au Secrétariat pour suivre et évaluer les progrès réalisés dans la lutte contre la cécité et les déficiences visuelles aux niveaux régional et mondial.

98. Collaborer avec l'OMS pour créer un réseau chargé d'examiner les activités régionales et mondiales de suivi et d'évaluation des progrès réalisés dans la prévention de la cécité et des déficiences visuelles.

INDICATEURS

99. Pour pouvoir évaluer les tendances relatives aux causes de cécité et de déficience visuelle, mesurer les progrès réalisés par les États Membres en matière de prévention de la cécité et des déficiences visuelles et suivre la mise en oeuvre du présent Plan d'action, il faut repérer et définir une série d'indicateurs essentiels de processus et d'issue. Les indicateurs seront essentiellement axés sur les mesures prises par le Secrétariat et les États Membres. Chaque pays peut mettre au point sa propre série d'indicateurs fondés sur les priorités et les ressources ; toutefois, pour suivre les progrès aux niveaux mondial et régional, il faut normaliser la collecte des données et de l'information. La série actuelle d'indicateurs utilisée par l'OMS pour suivre et notifier la situation mondiale concernant la prévention de la cécité et des déficiences visuelles² devrait être examinée et mise à jour. Il existe à l'OMS des valeurs de base pour bon nombre des indicateurs ; pour les autres, des dispositifs seront mis au point pour rassembler les données pertinentes.

¹ <http://www.globalburden.org/>.

² Document WHO/PBL/03.92.

ANNEXE 2

Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé¹

[A62/32 – 26 mars 2009]

Article I – Portée et délégation de pouvoirs

- 1.1 Le présent Règlement régit la gestion financière de l'Organisation mondiale de la Santé.
- 1.2 Le Directeur général assure la gestion financière efficace de l'Organisation conformément au présent Règlement.
- 1.3 Sous réserve du paragraphe 1.2, le Directeur général peut déléguer par écrit à d'autres fonctionnaires de l'Organisation les pouvoirs et la responsabilité comptable qu'il juge nécessaires à la bonne application du présent Règlement.
- 1.4 Le Directeur général établit les Règles de Gestion financière, comprenant des lignes directrices et des limites pour l'application du présent Règlement, afin d'assurer une gestion financière efficace et économique, et la protection des biens de l'Organisation.

Article II – Exercice

- 2.1 S'agissant du budget programme, l'exercice consiste en une période composée de deux années civiles consécutives et commençant par une année paire.

Article III – Budget

- 3.1 Les prévisions budgétaires pour l'exercice, visées à l'article 55 de la Constitution (ci-après « les propositions budgétaires »), sont établies par le Directeur général. Les propositions budgétaires sont présentées en dollars des États-Unis.
- 3.2 Les propositions budgétaires sont divisées en parties, sections et chapitres ; elles sont accompagnées des annexes explicatives et exposés circonstanciés que peut demander ou faire demander l'Assemblée de la Santé, ainsi que de toutes annexes et notes que le Directeur général peut juger utiles et opportunes.

¹ Texte amendé conformément à la résolution WHA62.6.

3.3 Le Directeur général présente les propositions budgétaires douze semaines au moins avant l'ouverture de la session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et avant l'ouverture de la session appropriée du Conseil exécutif à laquelle elles seront examinées. En même temps, le Directeur général transmet ces propositions à tous les Membres (y compris aux Membres associés).

3.4 Le Conseil exécutif présente ces propositions et toutes recommandations éventuelles les concernant à l'Assemblée de la Santé.

3.5 L'Assemblée de la Santé approuve le budget de l'exercice suivant, l'année qui précède la période biennale à laquelle les propositions budgétaires se rapportent, après que sa commission principale compétente a examiné les propositions et a fait rapport à leur sujet.

3.6 Si, à la date de la session du Conseil exécutif qui soumet à l'Assemblée de la Santé les propositions budgétaires et ses recommandations les concernant, le Directeur général possède des renseignements indiquant qu'il sera peut-être nécessaire, en raison des circonstances, de modifier les propositions avant la réunion de l'Assemblée de la Santé, il en informe le Conseil exécutif qui inclut, s'il y a lieu, dans ses recommandations à l'Assemblée de la Santé des propositions appropriées à cet effet.

3.7 Si des faits postérieurs à la clôture de la session au cours de laquelle le Conseil exécutif examine les propositions budgétaires, ou des recommandations du Conseil, nécessitent ou rendent souhaitable de l'avis du Directeur général une modification des propositions budgétaires, le Directeur général fait rapport à ce sujet à l'Assemblée de la Santé.

3.8 Chaque fois que les circonstances l'exigent, le Directeur général peut présenter au Conseil exécutif des propositions supplémentaires tendant à augmenter les crédits précédemment approuvés par l'Assemblée de la Santé. Ces propositions sont présentées sous la même forme et selon la même procédure que celles observées pour les propositions budgétaires de l'exercice.

Article IV – Crédits au titre du budget ordinaire

4.1 Par l'approbation des crédits, l'Assemblée de la Santé autorise le Directeur général à prendre des engagements contractuels et à effectuer des paiements aux fins desquels les crédits ont été approuvés et dans la limite des montants approuvés.

4.2 Les crédits sont utilisables pour effectuer des engagements au cours de l'exercice auquel ils se rapportent, pour exécution durant cet exercice ou durant l'année civile qui suit.

4.3 Le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre les sections, sous réserve de l'assentiment préalable du Conseil exécutif ou de tout comité auquel celui-ci pourra déléguer des pouvoirs appropriés. Quand le Conseil exécutif ou tout comité auquel il aura pu déléguer des pouvoirs appropriés ne siège pas, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre les sections sous réserve de l'assentiment écrit préalable de la majorité des membres du Conseil ou dudit comité. Le Directeur général informe le Conseil, à sa session suivante, des virements opérés dans ces conditions.

4.4 En même temps que les propositions budgétaires sont approuvées, l'Assemblée de la Santé établit un mécanisme de compensation qui fixe le montant maximum pouvant être utilisé pour se protéger contre les pertes dues au change. Le mécanisme a pour objet de maintenir le niveau du budget de façon que les activités représentées par le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé puissent être menées indépendamment des effets des fluctuations des taux de change par rapport au dollar des États-Unis et au taux de change officiel de l'Organisation des Nations Unies.

Article V – Constitution des fonds au titre du budget ordinaire

5.1 Les crédits alloués sont financés par les contributions des Membres, dont le montant est fixé par le barème des contributions établi par l'Assemblée de la Santé, et par les intérêts qu'il est prévu de percevoir sur le budget ordinaire, les arriérés recouvrés et toutes autres recettes attribuables au budget ordinaire.

5.2 Le montant des contributions à la charge des Membres est calculé après ajustement du montant total des crédits approuvés par l'Assemblée de la Santé pour refléter la part du budget ordinaire à financer par les autres sources indiquées au paragraphe 5.1 ci-dessus.

5.3 Au cas où le montant total du financement des crédits alloués est inférieur au montant approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les propositions budgétaires, le Directeur général examine les plans d'exécution du budget ordinaire afin d'apporter les éventuels ajustements nécessaires.

Article VI – Contributions

6.1 Les contributions fixées pour les Membres sur la base du barème des contributions sont divisées en deux fractions annuelles égales. Au cours de la première année de l'exercice, l'Assemblée de la Santé peut décider de modifier le barème des contributions applicable à la deuxième année.

6.2 Lorsque l'Assemblée de la Santé a adopté le budget, le Directeur général informe les Membres des montants à verser au titre des contributions pour l'exercice et les invite à s'acquitter de la première et de la deuxième fraction de leurs contributions.

6.3 Si l'Assemblée de la Santé décide de modifier le barème des contributions ou d'ajuster le montant des crédits à financer au moyen de contributions des Membres pour la deuxième année d'un exercice, le Directeur général informe les Membres des montants révisés à verser et les invite à s'acquitter de la deuxième fraction révisée de leurs contributions.

6.4 Les fractions de contributions sont considérées comme dues et exigibles en totalité au 1^{er} janvier de l'année à laquelle elles se rapportent.

6.5 À partir du 1^{er} janvier de l'année suivante, le solde non réglé de ces contributions est considéré comme en retard d'une année.

6.6 Les contributions sont calculées en dollars des États-Unis et réglées soit en dollars des États-Unis, en euros ou en francs suisses, soit dans une ou plusieurs autres monnaies fixées par le Directeur général.

6.7 L'acceptation par le Directeur général d'une monnaie qui n'est pas entièrement convertible est soumise à une décision spécifique annuelle du Directeur général au cas par cas. Ces décisions précisent les conditions à satisfaire selon le Directeur général pour protéger les intérêts de l'Organisation mondiale de la Santé.

6.8 Les versements effectués par un Membre sont portés au crédit du compte de ce Membre et viennent dans l'ordre chronologique en déduction des contributions qui lui incombent.

6.9 Les versements effectués en monnaies autres que le dollar des États-Unis sont portés au crédit du compte des Membres au taux de change des Nations Unies en vigueur au moment de leur réception par l'Organisation mondiale de la Santé.

6.10 Le Directeur général soumet à l'Assemblée de la Santé, lors de sa session ordinaire, un rapport sur le recouvrement des contributions.

6.11 Les nouveaux Membres sont tenus de verser une contribution pour l'exercice au cours duquel ils deviennent Membres, au taux que fixe l'Assemblée de la Santé. Ces contributions sont enregistrées comme recettes l'année au cours de laquelle elles sont dues.

Article VII – Fonds de roulement et emprunts internes

7.1 En attendant la réception des contributions, l'exécution du budget ordinaire peut être financée par le fonds de roulement établi dans le cadre du budget ordinaire approuvé par l'Assemblée de la Santé, puis par des emprunts internes sur des réserves disponibles de l'Organisation, à l'exclusion des fonds fiduciaires.

7.2 Le niveau du fonds de roulement est fixé sur la base d'une projection des besoins financiers, compte tenu des recettes et des dépenses prévues. Toute proposition visant à modifier le niveau du fonds de roulement précédemment approuvé que le Directeur général peut présenter à l'Assemblée de la Santé est accompagnée d'une explication démontrant que la modification est nécessaire.

7.3 Les remboursements des emprunts au titre du paragraphe 7.1 sont effectués grâce au recouvrement des arriérés de contributions ; ils sont portés au crédit d'abord des emprunts internes non remboursés, puis des emprunts non remboursés auprès du fonds de roulement.

Article VIII – Recettes : autres sources

8.1 Est délégué au Directeur général le pouvoir, en vertu de l'article 57 de la Constitution, d'accepter et d'administrer des dons et legs, en espèces ou en nature, pourvu qu'il ait déterminé que ces contributions peuvent être utilisées par l'Organisation et que les conditions attachées à ces dons ou legs soient compatibles avec les buts et politiques de l'Organisation.

8.2 Le Directeur général est autorisé à prélever une commission sur les contributions extrabudgétaires conformément aux résolutions éventuelles de l'Assemblée de la Santé. Ce montant est porté au crédit du compte spécial de frais généraux, ainsi que les intérêts perçus ou les revenus d'investissements sur les contributions extrabudgétaires, et sert à rembourser tout ou partie des frais indirects encourus par l'Organisation pour obtenir et administrer ces ressources. Toutes les dépenses directes afférentes à l'exécution de programmes financés par des ressources extrabudgétaires sont imputées au budget concerné.

Article IX – Fonds

9.1 Il est établi des fonds pour permettre à l'Organisation de comptabiliser les recettes et les dépenses. Ces fonds couvrent toutes les recettes quelle que soit leur source : budget ordinaire, ressources extrabudgétaires, fonds fiduciaires et autres sources selon qu'il conviendra.

9.2 Des comptes sont établis pour les montants reçus de donateurs de contributions extrabudgétaires et pour tout fonds fiduciaire, afin de pouvoir comptabiliser les recettes et dépenses pertinentes et soumettre un rapport les concernant.

9.3 D'autres comptes sont établis, le cas échéant, à titre de réserve ou pour répondre aux exigences de l'administration de l'Organisation, y compris les dépenses d'équipement.

9.4 Le Directeur général peut établir des fonds renouvelables pour que les activités puissent se dérouler sur la base de l'autofinancement. Il est fait rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'objet de ces comptes et des précisions sont notamment fournies sur les sources de financement et les dépenses imputées sur ces fonds, ainsi que sur l'utilisation de tout solde excédentaire à la fin d'un exercice.

9.5 L'objet d'un compte établi en vertu des paragraphes 9.3 et 9.4 est précisé et doit être compatible avec le Règlement financier et les Règles de Gestion financière établies par le Directeur général en vertu du paragraphe 12.1, une gestion financière prudente et les dispositions précises arrêtées avec l'autorité compétente.

Article X – Dépôt de la trésorerie et des équivalents de trésorerie

10.1 Le Directeur général désigne la banque ou les banques dans lesquelles la trésorerie et les équivalents de trésorerie détenus par l'Organisation sont déposés.

10.2 Le Directeur général peut désigner les responsables des placements de fonds (ou des actifs) et/ou les dépositaires que l'Organisation peut souhaiter nommer pour la gestion de la trésorerie et des équivalents de trésorerie déposés auprès de l'Organisation.

Article XI – Placement de la trésorerie et des équivalents de trésorerie

11.1 La trésorerie qui n'est pas nécessaire pour des versements immédiats peut être placée et regroupée dans la mesure où cette solution est de nature à en accroître la rentabilité.

11.2 Les revenus des placements sont portés en tant que recettes au crédit du compte spécial de frais généraux conformément à l'article 8.2, sauf disposition contraire du règlement, des règles ou des résolutions se rapportant à un fonds ou un compte spécifique.

11.3 Les politiques et principes directeurs en matière de placements sont établis conformément aux meilleures pratiques dans ce domaine, compte dûment tenu de la préservation du capital et des exigences de l'Organisation en matière de rentabilité.

Article XII – Contrôle intérieur

12.1 Le Directeur général :

- a) établit des politiques et des procédures de fonctionnement afin d'assurer une gestion financière efficace et économique, et la protection des biens de l'Organisation ;
- b) désigne les fonctionnaires autorisés à recevoir des fonds, à prendre des engagements financiers et à effectuer des versements pour le compte de l'Organisation ;
- c) établit un système efficace de contrôle financier intérieur permettant d'assurer la réalisation des objectifs et des buts concernant les opérations ; l'utilisation rationnelle et efficace des ressources ; la fiabilité et l'intégrité des informations ; le respect des politiques, plans, procédures, règles et règlements ; ainsi que la sauvegarde de l'actif ;
- d) établit un système de vérification intérieure des comptes chargé d'examiner, d'évaluer et de surveiller que les systèmes généraux de contrôle intérieur de l'Organisation sont adéquats et efficaces. À cette fin, tous les systèmes, procédés, opérations, fonctions et activités dans le cadre de l'Organisation sont examinés, évalués et surveillés.

Article XIII – Comptabilité et états financiers

13.1 Le Directeur général tient la comptabilité nécessaire conformément aux normes comptables internationales du secteur public.

13.2 Des états financiers sont établis chaque année conformément aux normes comptables internationales du secteur public, accompagnés de tous autres renseignements nécessaires pour indiquer la situation financière de l'Organisation à tout moment donné.

13.3 Les états financiers sont présentés en dollars des États-Unis. Toutefois, les écritures peuvent être tenues dans toutes les monnaies, selon ce que le Directeur général peut juger nécessaire.

13.4 Les états financiers sont soumis au(x) commissaire(s) aux comptes au plus tard le 31 mars qui suit la fin de l'année à laquelle ils se rapportent.

13.5 Le Directeur général peut prescrire le versement à titre gracieux des sommes qu'il juge nécessaire d'allouer dans l'intérêt de l'Organisation. Un état de ces sommes doit être présenté avec les comptes définitifs.

13.6 Le Directeur général peut, après une enquête approfondie, autoriser à passer par pertes et profits le montant des pertes des avoirs autres que les arriérés de contributions. Un état de toutes les sommes passées par pertes et profits est présenté avec les comptes définitifs.

Article XIV – Vérification extérieure

14.1 Un ou plusieurs commissaires aux comptes, dont chacun est le vérificateur général des comptes (ou le fonctionnaire ayant un titre ou un statut équivalent) d'un Membre, sont nommés par l'Assemblée de la Santé de la manière fixée par elle. Le ou les commissaires désignés ne peuvent être révoqués que par décision de l'Assemblée de la Santé.

14.2 Sous réserve d'une directive spéciale de l'Assemblée de la Santé, chaque vérification par le ou les commissaires aux comptes s'effectue selon les normes usuelles généralement acceptées en la matière et conformément au mandat additionnel énoncé dans l'appendice au présent Règlement.

14.3 Le ou les commissaires aux comptes peuvent formuler des observations sur l'efficacité des procédures financières, le système comptable, les contrôles financiers intérieurs et, en général, l'administration et la gestion de l'Organisation.

14.4 Le ou les commissaires aux comptes sont complètement indépendants et sont seuls responsables de la conduite du travail de vérification et, sauf dans les cas autorisés par l'article 14.7 ci-dessous, de tout examen local ou spécial.

14.5 L'Assemblée de la Santé peut demander au(x) commissaire(s) aux comptes de procéder à certains examens spécifiques et de déposer des rapports distincts sur leurs résultats.

14.6 Le Directeur général fournit au(x) commissaire(s) aux comptes toutes les facilités nécessaires pour effectuer la vérification.

14.7 Pour procéder à un examen local ou spécial ou pour réaliser des économies sur les frais de vérification, le ou les commissaires aux comptes peuvent faire appel aux services du vérificateur général des comptes (ou du fonctionnaire de titre équivalent) d'un pays quelconque, ou aux services

d'experts comptables agréés de réputation établie ou de toute autre personne ou firme qui, de l'avis du ou des commissaires aux comptes, possède les qualifications techniques voulues.

14.8 Le ou les commissaires aux comptes établissent un rapport sur la vérification du rapport financier biennal établi par le Directeur général conformément à l'article XIII. Il(s) consigne(nt) dans ce rapport les renseignements jugés nécessaires sur les questions visées au paragraphe 14.3 et dans le mandat additionnel.

14.9 Le ou les rapports du ou des commissaires aux comptes ainsi que le rapport financier vérifié sont transmis par l'intermédiaire du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé au plus tard le 1^{er} mai qui suit la fin de l'exercice auquel les comptes définitifs se rapportent. Le Conseil exécutif examine le rapport financier intérimaire, le rapport financier de l'exercice et le ou les rapports de vérification des comptes et les transmet à l'Assemblée de la Santé en y joignant les observations qu'il juge souhaitables.

Article XV – Résolutions entraînant des dépenses

15.1 Ni l'Assemblée de la Santé, ni le Conseil exécutif ne peuvent prendre une décision entraînant des dépenses sans avoir été saisis d'un rapport du Directeur général sur les incidences administratives et financières de la proposition examinée.

15.2 Lorsque le Directeur général estime qu'il n'est pas possible d'imputer sur les crédits ouverts les dépenses envisagées, celles-ci ne peuvent être encourues avant que l'Assemblée de la Santé ait voté les crédits nécessaires.

Article XVI – Dispositions générales

16.1 Le présent Règlement entre en vigueur à la date de son approbation par l'Assemblée de la Santé, sauf si l'Assemblée de la Santé en dispose autrement. Il ne peut être modifié que par l'Assemblée de la Santé.

16.2 En cas de doute sur l'interprétation et l'application d'une disposition du présent Règlement, le Directeur général est autorisé à prendre la décision nécessaire, sous réserve de la confirmation du Conseil exécutif lors de sa prochaine session.

16.3 Les Règles de Gestion financière établies par le Directeur général comme indiqué au paragraphe 1.4 ci-dessus et les amendements apportés par le Directeur général à ces Règles entrent en vigueur après confirmation par le Conseil exécutif. Il est fait rapport sur ces Règles et amendements à l'Assemblée de la Santé pour information.

ANNEXE 3

Amendements au Statut du Personnel¹

[A62/36 – 9 avril 2009]

IV. NOMINATIONS ET PROMOTIONS

...

- 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.
- 4.3 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.

...

¹ Résolution WHA62.7.

ANNEXE 4

Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle¹

[A62/16 Add.1 – 26 mars 2009]

1. La Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a adopté dans la résolution WHA61.21 la Stratégie mondiale pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle² et les parties du plan d'action ayant fait l'objet d'un accord. Dans cette résolution, elle a prié le Directeur général, entre autres, d'achever la mise au point des composantes en suspens du plan d'action, notamment le calendrier et l'estimation des fonds nécessaires, et de soumettre le plan d'action final à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé pour examen, par l'intermédiaire du Conseil exécutif. À sa cent vingt-quatrième session, le Conseil a pris note du rapport du Secrétariat sur la Stratégie mondiale et le plan d'action.³

2. Le Secrétariat a entrepris de proposer un calendrier pour les mesures spécifiques du plan d'action.

...

[A62/16 Add.2 – 7 mai 2009]

1. Dans la résolution WHA61.21, le Directeur général était prié notamment d'achever la mise au point des composantes en suspens du plan d'action, y compris les indicateurs d'avancement, et de les soumettre à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé pour examen. Un ensemble d'indicateurs ont été présentés au Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session et, après révision à la lumière des observations formulées,³ [ils ont été exposés dans le document A62/16 Add.2].

...

[A62/16 Add.3 – 18 mai 2009]

À la suite des consultations informelles qui ont eu lieu entre les États Membres afin d'aboutir à un accord sur les paragraphes en suspens du plan d'action relatifs aux acteurs,⁴ [les propositions finales pour les mesures spécifiques restantes ont été exposées dans le document A62/16 Add.3].

[Les indicateurs d'avancement correspondant à chaque élément sont définis ci-après. Le Plan d'action final, qui figure également ci-après, comprend les calendriers et les paragraphes finals relatifs aux acteurs.]

¹ Voir la résolution WHA62.16.

² Voir la résolution WHA61.21, annexe.

³ Document EB124/2009/REC/2, procès-verbal de la dixième séance.

⁴ Document A62/16, paragraphe 12.

INDICATEURS D'AVANCEMENT

INDICATEURS PAR ÉLÉMENT

Élément 1. Ordre de priorité des besoins concernant la recherche-développement

Indicateurs

- Analyse – menée à terme – des lacunes de la recherche-développement et de leurs conséquences pour la santé publique dans les pays en développement et rapport sur cette analyse établi, publié et diffusé
- Nombre de pays en développement dotés d'un plan de renforcement des capacités nationales de recherche-développement dans le domaine de la santé qui ont établi un ordre de priorité pour la recherche-développement sur la base des besoins de santé publique recensés et des lacunes mises en évidence
- Nombre de rapports consensuels publiés sur les besoins et priorités mondiaux de recherche concernant une maladie ou un type d'intervention

Élément 2. Promotion de la recherche-développement

Indicateurs

- Nombre de pays dont les plans stratégiques nationaux pour le personnel de santé et les professionnels de domaines apparentés comprennent une composante recherche-développement
- Nombre d'initiatives de coordination nationales, régionales et mondiales nouvelles ou renforcées en matière de recherche-développement dans le domaine de la santé, y compris entre entités publiques et privées
- Nombre d'initiatives nouvelles ou renforcées visant à permettre d'accéder facilement et à un coût abordable aux publications et à l'information, par exemple aux connaissances issues de la recherche, aux résultats de la recherche et à la technologie
- Nombre d'initiatives nouvelles ou renforcées visant à développer les capacités d'analyse et de gestion des données d'essais cliniques
- Proportion des publications revues par un comité de lecture et dont l'institution de l'auteur principal est située dans un pays en développement

Élément 3. Renforcement et amélioration de la capacité d'innovation

Indicateurs

- Nombre de centres de recherche nouveaux et existants dans les pays en développement renforcés par un développement et un appui institutionnels complets
- Proportion des pays en développement dans lesquels le système national de recherche en santé répond aux normes internationales

-
- Nombre de pays dont les autorités nationales de réglementation ont été évaluées, appuyées et accréditées
 - Nombre de normes de qualité et de normes d'éthique, de préparations de référence, de directives et d'instruments nouveaux ou actualisés valables au niveau mondial qui contribuent à promouvoir la qualité et une réglementation efficace des produits¹ et technologies de la santé
 - Nombre de pays dotés d'une politique nationale pour les médicaments traditionnels qui englobe la recherche-développement

Élément 4. Transfert de technologie

Indicateurs

- Nombre d'initiatives nationales, régionales et mondiales de coordination et de collaboration visant à accroître et à faciliter le transfert de technologie sanitaire, y compris entre entités publiques et privées
- Nombre de pays ayant des stratégies de transfert de technologie qui englobent les technologies de la santé et les composantes correspondantes de renforcement des capacités

Élément 5. Application et gestion de la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique

Indicateurs

- Nombre de pays participant à des initiatives visant à renforcer les moyens de gérer et d'appliquer les droits de propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique
- Nombre de pays encourageant et soutenant les initiatives prises pour renforcer la capacité de gérer et d'appliquer les droits de propriété intellectuelle d'une manière axée sur les besoins et les priorités de santé publique des pays en développement
- Nombre de pays intégrant dans la législation nationale les flexibilités permettant de protéger la santé publique prévues par l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
- Nombre et type d'initiatives entre les secrétariats et les organes directeurs d'organisations régionales et internationales concernées visant à coordonner l'action menée dans le domaine de la propriété intellectuelle et de la santé publique

¹ Le terme « produits sanitaires » doit être interprété comme incluant les vaccins, les produits diagnostiques et les médicaments conformément à la résolution WHA59.24.

Élément 6. Amélioration de la distribution et de l'accès*Indicateurs*

- Nombre de pays formulant et appliquant des politiques nationales officielles sur l'accès, la qualité et l'utilisation de produits et de technologies médicaux essentiels
- Nombre de pays concevant un système national complet d'achat et d'approvisionnement ou le renforçant
- Nombre de produits sanitaires et d'outils diagnostiques prioritaires qui ont été évalués et présélectionnés en vue d'être achetés par les Nations Unies
- Nombre de pays possédant et appliquant un plan stratégique national ou régional pour le personnel de santé et les professionnels de domaines apparentés, y compris des politiques et des pratiques de gestion concernant les incitations, la réglementation et la fidélisation
- Nombre de pays disposant d'un nombre adéquat de professionnels qualifiés ou compétents en matière de réglementation dans les domaines liés à la santé et dans les domaines de spécialisation où il existe des lacunes

Élément 7. Promotion de mécanismes de financement durable*Indicateurs*

- Soumission du rapport d'un groupe de travail d'experts sur la recherche-développement et le financement
- Nombre d'initiatives de financement durable nouvelles ou renforcées, y compris d'initiatives public-privé
- Augmentation du financement durable pour la recherche-développement dans le domaine de la santé qui entre dans le cadre de la Stratégie¹ au cours de la période de notification

Élément 8. Mise en place de systèmes de suivi et de notification*Indicateurs*

- Établissement de rapports de situation réguliers sur l'application de la Stratégie²
- Nombre d'initiatives durables nouvelles ou renforcées visant à promouvoir la mise en oeuvre de la Stratégie aux niveaux national, régional et mondial, y compris celles prises par des acteurs non gouvernementaux
- Soumission de rapports sur les questions relevant de l'élément 8

¹ Les bases/orientations seront fournies par le groupe de travail d'experts sur la recherche-développement et le financement créé en application de la résolution WHA61.21.

² Un bilan qualitatif des progrès accomplis par rapport aux objectifs de la Stratégie fera partie des éléments clés de l'évaluation complète que le paragraphe 41 de la Stratégie mondiale prévoit d'effectuer au bout de quatre ans.

Indicateurs stratégiques généraux supplémentaires

- Nombre de produits sanitaires nouveaux et améliorés dont l'utilisation a été approuvée au plan international par une autorité reconnue, et informations sur la nature et la nouveauté de ces produits
- Nombre d'interventions et de stratégies d'application nouvelles et améliorées dont l'efficacité a été déterminée, les éléments probants ayant été mis à la disposition des institutions appropriées aux fins de décisions de principe

PLAN D'ACTION

Notes explicatives

* **Acteur(s)**

Les acteurs principaux figurent en caractères gras.

Une référence aux **pouvoirs publics** signifie que les États Membres¹ sont instamment invités à prendre les mesures voulues.

Une référence à l'**OMS** signifie que le Directeur général est prié de prendre les mesures voulues.

Autres organisations internationales intergouvernementales, tant mondiales que régionales, signifie que les États Membres, ou le Secrétariat de l'OMS agissant sur prescription des États Membres d'après le plan d'action, invitent ces organisations à prendre les mesures voulues. Les États Membres sont instamment invités à soulever les questions qui s'imposent dans les organes directeurs des organisations. Le Directeur général est prié de porter la Stratégie mondiale et le plan d'action à l'attention de toutes les organisations internationales concernées et de les inviter à en examiner les dispositions pertinentes.

Autres acteurs concernés signifie que les États Membres, ou le Secrétariat de l'OMS agissant sur prescription des États Membres d'après le plan d'action, invitent ces acteurs concernés à prendre les mesures voulues. Il s'agit notamment, selon le cas, des acteurs suivants : instituts de recherche internationaux et nationaux, milieux universitaires, organismes de réglementation nationaux et régionaux, industries concernées ayant un lien avec la santé et appartenant au secteur public ou au secteur privé, partenariats public-privé, partenariats public-privé pour la mise au point de produits, organisations non gouvernementales, communautés concernées, partenaires du développement, fondations philanthropiques, éditeurs, groupes de recherche-développement, organismes régionaux et organisations régionales.

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

Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 1. Ordre de priorité des besoins concernant la recherche-développement			
1.1) cartographier les activités mondiales de recherche-développement afin de cerner les lacunes de la recherche-développement concernant les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement	a) mettre au point des méthodes et des dispositifs pour cerner les lacunes de la recherche sur les maladies des types II et III et sur les besoins spécifiques de recherche-développement des pays en développement concernant les maladies du type I ;	OMS ; pouvoirs publics ; autres acteurs concernés	2008-2015
	b) diffuser des informations sur les lacunes mises en évidence et évaluer leurs conséquences sur la santé publique ;	OMS ; pouvoirs publics ; autres acteurs concernés	2008-2015
	c) apprécier les lacunes mises en évidence aux différents niveaux – national, régional et international – pour guider des activités de recherche visant à mettre au point des produits abordables et utiles d'un point de vue thérapeutique afin de répondre aux besoins de la santé publique ;	OMS ; pouvoirs publics ; autres acteurs concernés	2008-2015
1.2) élaborer des stratégies de recherche-développement définissant un ordre de priorité explicite au niveau des pays et aux niveaux régional et interrégional	a) définir les priorités de la recherche de façon à répondre aux besoins de la santé publique et à mettre en oeuvre une politique de santé publique fondée sur une évaluation appropriée et périodique des besoins ;	Pouvoirs publics ; organisations régionales	2008-2015

	b) mener des recherches utiles pour les pays qui manquent de ressources et des recherches sur les produits technologiquement adaptés aux besoins de la santé publique pour lutter contre les maladies dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, industries concernées ayant un lien avec la santé, instituts de recherche nationaux et partenariats public-privé)	2008-2015
	c) tenir compte des besoins de recherche-développement concernant les systèmes de santé dans une stratégie définissant un ordre de priorité ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche nationaux et partenariats public-privé)	2008-2015
	d) préconiser que les gouvernements, les organisations régionales et internationales et le secteur privé prennent l'initiative et s'engagent à déterminer les priorités de la recherche-développement pour répondre aux besoins de la santé publique ;	OMS ; pouvoirs publics ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris secteur privé)	2008-2015
	e) intensifier l'ensemble des activités de recherche-développement sur les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement, en vue de mettre au point des produits de qualité répondant aux besoins de la santé publique, faciles d'emploi (utilisation, prescription et gestion) et accessibles (disponibilité et prix abordable) ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, industries concernées ayant un lien avec la santé, instituts de recherche nationaux et partenariats public-privé)	2008-2015

1.3) encourager la recherche-développement dans le domaine de la médecine traditionnelle conformément aux priorités et à la législation nationales et compte tenu des instruments internationaux pertinents, notamment, le cas échéant, ceux qui se rapportent aux savoirs traditionnels et aux droits des populations autochtones	a) définir les priorités de la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche nationaux, partenariats public-privé et communautés concernées)	2008-2015
	b) aider les pays en développement à renforcer leur capacité de recherche-développement dans le domaine de la médecine traditionnelle ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, industries concernées ayant un lien avec la santé, instituts de recherche nationaux, partenariats public-privé)	2008-2015
	c) promouvoir la coopération internationale et le respect de l'éthique en matière de recherche ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	d) appuyer la coopération Sud-Sud concernant l'échange d'informations et les activités de recherche ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; organisations régionales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	e) appuyer la recherche-développement pharmaceutique initiale sur les systèmes de médecine traditionnelle dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015

Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 2. Promotion de la recherche-développement			
2.1) apporter un soutien aux gouvernements pour qu'ils développent ou améliorent les programmes nationaux de recherche en santé et établissent, s'il y a lieu, des réseaux de recherche stratégique pour une meilleure coordination entre les acteurs dans ce domaine	a) promouvoir la coopération entre les secteurs public et privé en matière de recherche-développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	b) fournir un appui aux programmes nationaux de recherche en santé des pays en développement sous la forme de mesures politiques et, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, d'un financement à long terme ;	Pouvoirs publics ; organisations régionales ; OMS (assistance technique) ; autres acteurs concernés	2008-2015
	c) aider les gouvernements à établir des systèmes d'innovation en matière de santé dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; organisations régionales ; OMS (assistance technique) ; autres acteurs concernés	2008-2015
2.2) promouvoir la recherche en amont et la mise au point de produits dans les pays en développement	a) promouvoir les découvertes scientifiques, notamment, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, les méthodes volontaires en accès libre, pour développer un ensemble durable de nouveaux produits ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	b) promouvoir et améliorer l'accès aux chimiothèques par des moyens volontaires, fournir un appui technique aux pays en développement et faciliter l'accès aux composés pilotes repérés après le tri effectué dans les chimiothèques ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015

	c) repérer les mesures d'incitation et les obstacles, notamment les dispositions relatives à la propriété intellectuelle aux différents niveaux – national, régional et international – qui pourraient nuire à l'accroissement de la recherche en santé publique, et proposer des moyens pour faciliter l'accès aux résultats et aux outils de la recherche ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI et OMC) ; autres acteurs concernés	2008-2015
	d) promouvoir la recherche scientifique fondamentale et appliquée sur les maladies des types II et III et sur les besoins spécifiques de recherche-développement des pays en développement concernant les maladies du type I ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	e) promouvoir la recherche-développement pharmaceutique initiale dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé, milieux universitaires, instituts de recherche nationaux et internationaux, donateurs, partenaires du développement, organisations non gouvernementales)	2008-2015

	f) développer les moyens d'effectuer des essais cliniques et promouvoir le financement public et autre des essais cliniques et d'autres mécanismes qui stimulent l'innovation locale, en tenant compte des normes éthiques internationales et des besoins des pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé, milieux universitaires, partenaires du développement, fondations philanthropiques, partenariats public-privé, organisations non gouvernementales)	2008-2015
	g) promouvoir la production, le transfert, l'acquisition, selon des conditions convenues, et l'échange volontaire, de nouvelles connaissances et technologies, conformément au droit interne et aux accords internationaux, pour faciliter la mise au point de nouveaux produits sanitaires et dispositifs médicaux permettant de lutter contre les problèmes de santé des pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche internationaux et nationaux, industries concernées ayant un lien avec la santé et partenaires du développement)	2008-2015
2.3) améliorer la coopération, la participation et la coordination concernant la recherche-développement sanitaire et biomédicale	a) encourager et améliorer la coopération et la coordination mondiales concernant la recherche-développement afin de faire un usage optimal des ressources ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
	b) renforcer les forums qui existent et déterminer s'il faut mettre en place de nouveaux mécanismes pour mieux coordonner et échanger les informations sur les activités de recherche-développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015

	c) encourager la poursuite des discussions préparatoires sur l'utilité d'éventuels instruments ou mécanismes pour la recherche-développement sanitaire et biomédicale essentielle, y compris, entre autres, un traité sur ce type de recherche ;	Pouvoirs publics ; autres acteurs concernés (y compris organisations non gouvernementales)	2008-2010
	d) soutenir la participation active des pays en développement au renforcement de leur potentiel technologique ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015
	e) promouvoir la participation active des pays en développement au processus d'innovation ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015
2.4) promouvoir un élargissement de l'accès au savoir et à la technologie permettant de répondre aux besoins de santé publique des pays en développement	a) promouvoir la création et le développement de bibliothèques de santé publique accessibles afin de rendre les publications utiles plus largement disponibles et d'en accroître l'utilisation par les universités, les instituts et les centres techniques, en particulier dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche, industries concernées ayant un lien avec la santé, organisations non gouvernementales, éditeurs)	2008-2015
	b) promouvoir l'accès public aux résultats des recherches financées par l'État, en encourageant vivement tous les chercheurs dont les travaux sont financés par l'État à mettre dans une base de données en libre accès une version électronique de leurs articles sous leur forme finale, revus par un comité de lecture ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires et instituts de recherche)	2008-2015

	c) soutenir la création de bases de données et de chimiothèques indépendantes en libre accès, qui, notamment, donnent volontairement accès aux composés pilotes repérés après le tri effectué dans ces chimiothèques ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI) ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	d) encourager le perfectionnement et la diffusion d'inventions et de savoir-faire médicaux résultant d'un financement du secteur public ou de donateurs en adoptant des politiques appropriées d'octroi de licences – notamment de licences ouvertes – qui facilitent l'accès aux innovations pour la mise au point de produits répondant aux besoins de santé publique des pays en développement à des conditions raisonnables et non discriminatoires et à un coût abordable ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires et instituts de recherche nationaux)	2008-2015
	e) envisager, le cas échéant, des « exceptions pour la recherche » afin que les pays en développement puissent répondre à leurs besoins de santé publique conformément à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ;	Pouvoirs publics	2008-2015
2.5) créer des organismes nationaux et régionaux de coordination de la recherche-développement et les renforcer	a) mettre au point et coordonner des programmes de recherche-développement ;	Pouvoirs publics ; organisations régionales ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015

	b) faciliter la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche-développement ;	Pouvoirs publics ; organisations régionales ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015
Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 3. Renforcement et amélioration de la capacité d'innovation			
3.1) renforcer la capacité des pays en développement de répondre aux besoins de recherche-développement concernant les produits sanitaires	a) apporter un soutien aux pays en développement pour qu'ils investissent dans les ressources humaines et les bases de connaissances, notamment au niveau de l'enseignement et de la formation, y compris en santé publique ;	Pouvoirs publics ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement)	2008-2015
	b) soutenir les groupes et institutions de recherche-développement existants et nouveaux des pays en développement, y compris les centres régionaux d'excellence ;	Pouvoirs publics ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris groupes de recherche-développement, industries concernées ayant un lien avec la santé et partenaires du développement)	2008-2015
	c) renforcer les systèmes de surveillance et d'information sanitaires ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris organisations non gouvernementales, instituts de recherche, milieux universitaires)	2008-2015

3.2) concevoir et défendre des politiques qui contribuent à renforcer efficacement la capacité d'innovation dans le domaine de la santé	a) mettre en place des capacités de réglementation dans les pays en développement et les renforcer ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux)	2008-2015
	b) renforcer les ressources humaines des pays en développement dans le domaine de la recherche-développement à l'aide de plans de développement des capacités nationales à long terme ;	Pouvoirs publics ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement, instituts de recherche internationaux et nationaux)	2008-2015
	c) encourager la coopération internationale afin d'élaborer des politiques efficaces pour fidéliser les professionnels de la santé, y compris les chercheurs, dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMI et OIT) ; autres acteurs concernés	2008-2015
	d) inviter instamment les États Membres à mettre en place des mécanismes pour atténuer les conséquences sur les pays en développement de la perte de personnels de santé et en particulier de chercheurs du fait de l'émigration, en faisant en sorte notamment que les pays de destination et les pays d'origine appuient le renforcement des systèmes nationaux de santé et de recherche, et plus spécialement le développement des ressources humaines dans les pays d'origine, en tenant compte de l'activité de l'OMS et des autres organisations compétentes ;	Pouvoirs publics	2008-2015

3.3) apporter un soutien afin de renforcer les capacités d'innovation eu égard aux besoins des pays en développement	a) mettre au point des modèles efficaces d'innovation en matière de santé pour développer les capacités d'innovation ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OCDE et CNUCED) ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche, industries concernées ayant un lien avec la santé et partenaires du développement)	2008-2015
	b) développer les partenariats et les réseaux Nord-Sud et Sud-Sud pour soutenir le renforcement des capacités ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche, industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	c) mettre en place des mécanismes d'examen éthique, et les renforcer, dans le cadre du processus de recherche-développement, essais cliniques compris, notamment dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires et instituts de recherche)	2008-2015
3.4) défendre des politiques qui favorisent l'innovation fondée sur la médecine traditionnelle dans un cadre reposant sur des données factuelles, conformément aux priorités nationales et en tenant compte des dispositions pertinentes des instruments internationaux applicables	a) mettre en place des politiques nationales et régionales visant à développer, soutenir et promouvoir la médecine traditionnelle, et les renforcer ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris communautés concernées)	2008-2015

	b) encourager et promouvoir des politiques portant sur l'innovation dans le domaine de la médecine traditionnelle ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux, communautés concernées)	2008-2015
	c) promouvoir la fixation de normes pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle, notamment en finançant les recherches nécessaires pour mettre en place ces normes ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux, instituts de recherche internationaux et nationaux, partenaires du développement, communautés concernées)	2008-2015
	d) encourager la recherche sur les mécanismes d'action et la pharmacocinétique en médecine traditionnelle ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche internationaux et nationaux, industries concernées ayant un lien avec la santé, communautés concernées)	2008-2015

	e) promouvoir la collaboration Sud-Sud en matière de médecine traditionnelle ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche, organismes régionaux, milieux universitaires)	2008-2015
	f) formuler et diffuser des lignes directrices concernant les bonnes pratiques de fabrication des médicaments traditionnels et l'établissement de normes fondées sur des données factuelles pour l'évaluation de la qualité et de l'innocuité ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux, industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
3.5) élaborer et appliquer, le cas échéant, des mesures qui incitent à innover dans le domaine de la santé	a) encourager l'octroi de distinctions pour l'innovation liée à la santé ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI) ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche internationaux et nationaux, partenaires du développement, fondations philanthropiques)	2008-2015
	b) encourager à faire de l'innovation un motif de promotion professionnelle des chercheurs en santé ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche internationaux et nationaux, partenaires du développement, fondations philanthropiques)	2008-2015

Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 4. Transfert de technologie			
4.1) promouvoir le transfert de technologie et la production de produits sanitaires dans les pays en développement	a) envisager des mécanismes nouveaux, et mieux utiliser les mécanismes existants qui facilitent le transfert de technologie et l'appui technique nécessaires pour mettre en place des capacités d'innovation dans le domaine de la santé, en particulier dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC, CNUCED et ONUDI) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux, industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	b) promouvoir le transfert de technologie et la production de produits sanitaires dans les pays en développement par l'investissement et le renforcement des capacités ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	c) promouvoir le transfert de technologie et la production de produits sanitaires dans les pays en développement en définissant les meilleures pratiques et promouvoir, s'il y a lieu, l'investissement et le renforcement des capacités par les pays développés et en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé , milieux universitaires, organisations non gouvernementales, partenaires du développement, fondations philanthropiques)	2008-2015

4.2) contribuer à une plus grande collaboration et à une meilleure coordination du transfert de technologie pour les produits sanitaires, compte tenu des différents niveaux de développement	a) encourager la coopération Nord-Sud et Sud-Sud pour les transferts de technologie et la collaboration entre les institutions des pays en développement et l'industrie pharmaceutique ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI) ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé, instituts de recherche internationaux et nationaux, milieux universitaires, organisations non gouvernementales, partenaires du développement)	2008-2015
	b) faciliter la création de réseaux locaux et régionaux de collaboration pour la recherche-développement et le transfert de technologie ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé, instituts de recherche nationaux, milieux universitaires, organisations non gouvernementales)	2008-2015
	c) continuer à promouvoir et encourager le transfert de technologie aux pays les moins avancés Membres de l'OMC en application de l'article 66.2 de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	d) promouvoir la formation voulue pour améliorer la capacité d'absorption des technologies transférées ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche)	2008-2015

4.3) étudier de nouveaux mécanismes pour promouvoir le transfert de technologies essentielles liées à la santé et l'accès à ces technologies	a) examiner la possibilité de créer des communautés de brevets volontaires de technologies d'amont et d'aval pour promouvoir le développement de produits sanitaires et de dispositifs médicaux innovants et l'accès à ces produits et dispositifs ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux, industries concernées ayant un lien avec la santé, organisations non gouvernementales, milieux universitaires)	2008-2015
	b) envisager et, si possible, mettre au point de nouveaux mécanismes pour promouvoir le transfert de technologies essentielles liées à la santé répondant aux besoins de santé publique des pays en développement, ou l'accès à ces technologies, s'agissant surtout des maladies des types II et III et des besoins spécifiques de recherche-développement des pays en développement concernant les maladies du type I, qui soient compatibles avec les dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et avec les instruments liés à cet Accord qui ménagent des flexibilités permettant de prendre des mesures pour protéger la santé publique ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC) ; autres acteurs concernés (y compris industries ayant un lien avec la santé)	2008-2015

Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 5. Application et gestion de la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique			
5.1) contribuer à l'échange d'informations et au renforcement des capacités d'application et de gestion de la propriété intellectuelle en ce qui concerne l'innovation en matière sanitaire et la promotion de la santé publique dans les pays en développement	a) encourager et appuyer l'application et la gestion de la propriété intellectuelle de manière à assurer un maximum d'innovation dans les domaines liés à la santé et à promouvoir l'accès aux produits sanitaires, en suivant les dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et des autres instruments de l'OMC liés à cet Accord et en répondant aux besoins de recherche-développement spécifiques des pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC et CNUCED) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux et partenaires du développement)	2008-2015
	b) promouvoir et appuyer, y compris par la coopération internationale, les institutions nationales et régionales qui s'emploient à renforcer la capacité de gérer et d'appliquer la propriété intellectuelle d'une manière axée sur les besoins de santé publique et les priorités des pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC, CNUCED) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux et partenaires du développement)	2008-2015

	<p>c) permettre un large accès à des bases de données mondiales conviviales contenant des informations publiques sur la situation administrative des brevets liés à la santé, en appuyant notamment les initiatives prises pour déterminer la situation des brevets liés à la santé, afin de renforcer les capacités nationales d'analyse de l'information contenue dans ces bases de données et d'améliorer la qualité des brevets, et promouvoir le perfectionnement de ces bases, y compris, selon le cas, leur maintenance, leur actualisation et la collecte de données ;</p>	<p>Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC, CNUCED) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux et partenaires du développement)</p>	<p>2008-2015</p>
	<p>d) stimuler la collaboration entre les institutions nationales intéressées et les ministères concernés, ainsi qu'entre les institutions nationales, régionales et internationales afin de promouvoir l'échange d'informations concernant les besoins de la santé publique ;</p>	<p>Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris milieux universitaires, instituts de recherche internationaux et nationaux, organismes de développement, organisations non gouvernementales, industries concernées ayant un lien avec la santé)</p>	<p>2008-2015</p>

	e) renforcer l'enseignement et la formation en matière d'application et de gestion de la propriété intellectuelle du point de vue de la santé publique, en tenant compte des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris les flexibilités reconnues dans la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et dans les autres instruments de l'OMC liés à cet Accord ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC, CNUCED) ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux et partenaires du développement)	2008-2015
	f) aménager, chaque fois que possible, des possibilités d'accès aux informations sur les savoirs en médecine traditionnelle à utiliser comme éléments antérieurs dans le processus d'examen des brevets, y compris, le cas échéant, l'inclusion de ces informations dans les bibliothèques numériques ;	Pouvoirs publics ; communautés concernées	2008-2015
	g) promouvoir la participation active et effective de représentants de la santé aux négociations concernant la propriété intellectuelle, le cas échéant, afin que ces négociations tiennent également compte des besoins de la santé publique ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	h) intensifier les efforts en vue de coordonner efficacement les travaux concernant la propriété intellectuelle et la santé publique entre les secrétariats et les organes directeurs des organisations régionales et internationales concernées pour faciliter le dialogue et la diffusion des informations aux pays ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC et CNUCED)	2008-2015

<p>5.2) fournir, sur demande, selon les besoins et en collaboration avec les autres organisations internationales compétentes, un appui technique, y compris, le cas échéant, pour les processus politiques, aux pays qui ont l'intention de se prévaloir des dispositions prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris les flexibilités reconnues dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et les autres instruments de l'OMC liés à cet Accord, afin de promouvoir l'accès aux produits pharmaceutiques</p>	<p>a) envisager, chaque fois que cela est nécessaire, d'adapter la législation nationale afin d'utiliser pleinement les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris celles reconnues dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et la décision de l'OMC du 30 août 2003 ;</p>	<p>Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC et CNUCED)</p>	<p>2008-2015</p>
	<p>b) tenir compte, le cas échéant, des effets sur la santé publique quand on envisage l'adoption ou l'application d'une protection de la propriété intellectuelle allant au-delà de celle prévue par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, sans préjudice des droits souverains des États Membres ;</p>	<p>Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC et CNUCED)</p>	<p>2008-2015</p>
	<p>c) tenir compte, lors de la conclusion d'accords commerciaux, des flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris celles reconnues dans la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et la décision de l'OMC du 30 août 2003 ;</p>	<p>Pouvoirs publics</p>	<p>2008-2015</p>

	d) envisager, le cas échéant, de prendre les mesures nécessaires dans les pays disposant d'une capacité de production pour faciliter, par l'exportation, l'accès aux produits pharmaceutiques dans les pays dont la capacité de production pharmaceutique est insuffisante ou inexistante, conformément à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et à la décision de l'OMC du 30 août 2003 ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	e) tenter de trouver des moyens, lors des discussions en cours, d'éviter l'appropriation abusive des connaissances traditionnelles relatives à la santé et envisager, le cas échéant, de prendre des mesures législatives et autres pour éviter que d'aucuns ne s'approprient abusivement ces connaissances traditionnelles ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI, OMC et PNUE/Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique) ; autres acteurs concernés (y compris communautés concernées)	2008-2015
5.3) étudier et, s'il y a lieu, promouvoir des systèmes d'incitation à la recherche-développement sur les maladies des types II et III et sur les besoins spécifiques en recherche-développement des pays en développement concernant les maladies du type I	a) étudier et, s'il y a lieu, promouvoir une gamme de systèmes d'incitation à la recherche-développement envisageant également, le cas échéant, la dissociation du coût de la recherche-développement et du prix des produits sanitaires, par exemple par l'attribution de prix, dans le but de lutter contre les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux, partenaires du développement, fondations philanthropiques, industries concernées ayant un lien avec la santé, organisations non gouvernementales)	2008-2015

Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 6. Amélioration de la distribution et de l'accès			
6.1) encourager à investir davantage dans l'infrastructure de prestation des soins de santé et à financer les produits sanitaires afin de renforcer le système de santé	a) investir dans le développement de l'infrastructure de prestation des soins de santé et veiller au financement des produits sanitaires ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement, fondations philanthropiques, secteur privé et industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	b) mettre au point des dispositifs efficaces et durables dans les pays les moins avancés pour élargir l'accès aux médicaments existants en respectant la période de transition jusqu'en 2016 ; ¹	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMC) ; autres acteurs concernés	2008-2015
	c) inscrire les soins de santé au nombre des priorités nationales ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	d) encourager les autorités sanitaires à développer les capacités de gestion nationales afin d'améliorer l'accès aux médicaments et autres produits sanitaires de qualité, efficaces, sûrs et économiquement accessibles, d'améliorer leur distribution et, le cas échéant, de mettre au point des stratégies visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;	Pouvoirs publics ; OMS	2008-2015

¹ Conformément au délai supplémentaire accordé aux pays les moins avancés en vertu de l'article 7 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique.

	e) accroître les investissements en faveur du développement des ressources humaines dans le secteur de la santé ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement, organisations non gouvernementales, fondations philanthropiques)	2008-2015
	f) mettre au point des stratégies nationales efficaces de réduction de la pauvreté fixant des objectifs clairs en matière de santé	Pouvoirs publics ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement)	2008-2015
	g) encourager, le cas échéant, les systèmes d'achats groupés dans les pays en développement pour les produits sanitaires et les dispositifs médicaux ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2015
6.2) instaurer des mécanismes, ou les renforcer, pour améliorer l'examen éthique et réglementer la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits sanitaires et des dispositifs médicaux	a) développer et/ou renforcer la capacité des autorités de réglementation nationales de surveiller la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits sanitaires dans le respect des normes d'examen éthique ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux et partenaires du développement)	2008-2015
	b) promouvoir la recherche opérationnelle pour accroître au maximum l'utilisation appropriée des nouveaux produits et des produits existants, y compris des produits abordables et d'un bon rapport coût/efficacité, dans les zones à lourde charge de morbidité ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche internationaux et nationaux, organisations non gouvernementales, partenaires du développement et fondations philanthropiques)	2008-2015

	c) respecter les bonnes pratiques de fabrication concernant les normes de sécurité, l'efficacité et la qualité des produits sanitaires ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux industries concernées ayant un lien avec la santé, partenaires du développement)	2008-2015
	d) renforcer le programme de présélection de l'OMS ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement)	2008-2015
	e) le cas échéant, entreprendre des actions programmées aux niveaux régional et sous-régional ayant pour but ultime d'harmoniser les procédures suivies par les autorités de réglementation pour l'autorisation de mise sur le marché ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux, organismes régionaux et partenaires du développement)	2008-2015
	f) poser comme condition à l'homologation de médicaments et de technologies de la santé le respect des principes d'éthique pour les essais cliniques auxquels participent des sujets humains, conformément à la Déclaration d'Helsinki et à d'autres textes appropriés sur les principes éthiques applicables à la recherche médicale sur des sujets humains, y compris les lignes directrices sur les bonnes pratiques cliniques ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux)	2008-2015

	g) soutenir les réseaux régionaux et les initiatives de concertation visant à renforcer la réglementation et la réalisation des essais cliniques à l'aide de normes appropriées pour l'évaluation et l'approbation des médicaments ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organismes de réglementation nationaux et régionaux, instituts de recherche internationaux et nationaux, organismes régionaux et partenaires du développement)	2008-2015
6.3) promouvoir la concurrence pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité économique des produits sanitaires d'une manière compatible avec les politiques et les besoins de santé publique	a) contribuer à la production et à l'adoption de formes génériques dans les pays en développement, en particulier pour les médicaments essentiels, par l'élaboration de lois et/ou de politiques nationales qui encouragent la production et l'entrée sur le marché de produits génériques, en prévoyant notamment une « exception réglementaire » ou une disposition de type « Bolar », et qui soient compatibles avec l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et avec les instruments y relatifs ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	b) concevoir et mettre en oeuvre des politiques pour améliorer l'accès à des produits sanitaires sûrs et efficaces, notamment les médicaments essentiels, à des prix abordables, d'une manière conforme aux accords internationaux ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMC et OMPI) ; autres acteurs concernés	2008-2015

	c) envisager, le cas échéant et entre autres mesures, la réduction ou la suppression des droits d'importation sur les produits sanitaires et les dispositifs médicaux ainsi que la surveillance des chaînes d'approvisionnement et de distribution et des pratiques d'achat pour réduire le plus possible les coûts et améliorer l'accès ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	d) encourager les firmes pharmaceutiques et les autres industries ayant un lien avec la santé à envisager des politiques, y compris des politiques de prix différenciés, qui contribuent à promouvoir l'accès à des produits sanitaires de qualité, sûrs, efficaces et abordables dans les pays en développement et qui soient compatibles avec la législation nationale ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	e) envisager, le cas échéant, d'élaborer des politiques pour surveiller la fixation des prix et rendre les produits sanitaires plus abordables ; continuer d'appuyer l'action de l'OMS en ce qui concerne la fixation du prix des médicaments ;	Pouvoirs publics	2008-2015

	f) envisager, le cas échéant, et à condition qu'elles soient compatibles avec les dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, de prendre des mesures appropriées pour éviter que les titulaires de droits de propriété intellectuelle n'en abusent ou le recours à des pratiques restreignant de manière déraisonnable les échanges commerciaux ou nuisant au transfert international de technologies dans le domaine des produits sanitaires ;	Pouvoirs publics	2008-2015
	g) veiller à ce que les responsables politiques, les utilisateurs, les médecins et les pharmaciens soient mieux informés sur les produits génériques ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris organisations non gouvernementales et industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 7. Promotion de mécanismes de financement durable			
7.1) s'efforcer d'obtenir un financement suffisant et durable pour la recherche-développement et d'améliorer la coordination de son utilisation, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, afin de répondre aux besoins sanitaires des pays en développement	a) mettre en place, sous les auspices de l'OMS et pour une durée limitée, un groupe d'experts dont les travaux seront axés sur les résultats, établissant des liens avec d'autres groupes intéressés et chargé d'examiner le financement et la coordination actuels des activités de recherche-développement, ainsi que des propositions de sources de financement nouvelles et innovantes pour stimuler la recherche-développement portant sur les maladies du type II et du type III et sur les besoins spécifiques des pays en développement concernant les maladies du type I ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés	2008-2010

	b) envisager, s'il y a lieu, le transfert de fonds supplémentaires vers les organisations de recherche orientée sur la santé à la fois dans le secteur privé et le secteur public des pays en développement et promouvoir une bonne gestion financière pour en optimiser l'efficacité, comme recommandé dans la résolution WHA58.34 ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris partenaires du développement, fondations philanthropiques, instituts de recherche internationaux et nationaux, milieux universitaires, secteur privé et industries concernées ayant un lien avec la santé)	2008-2015
	c) créer une base de données sur les sources possibles de financement de la recherche-développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés	2008-2015
7.2) faciliter l'utilisation maximale des financements existants, et les compléter le cas échéant, y compris ceux qui passent par des partenariats public-privé et des partenariats pour le développement de produits, afin de mettre au point et de fournir des produits sanitaires et des dispositifs médicaux sûrs, efficaces et abordables	a) rassembler et diffuser une documentation sur les meilleures pratiques à suivre pour les partenariats public-privé et les partenariats pour le développement de produits ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche, partenariats public-privé et partenariats pour la mise au point de produits)	2008-2015
	b) élaborer des outils pour évaluer régulièrement l'efficacité des partenariats public-privé et des partenariats pour le développement de produits ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés (y compris instituts de recherche, partenariats public-privé et partenariats pour la mise au point de produits, fondations philanthropiques)	2008-2009

	c) soutenir les partenariats public-privé, les partenariats pour le développement de produits et d'autres initiatives appropriées de recherche-développement dans les pays en développement ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales ; autres acteurs concernés (y compris industries concernées ayant un lien avec la santé, fondations philanthropiques, partenaires du développement, organisations non gouvernementales, milieux universitaires, instituts de recherche)	2008-2015
Éléments et sous-éléments	Mesures spécifiques	Acteur(s)*	Calendrier
Élément 8. Mise en place de systèmes de suivi et de notification			
8.1) apprécier les résultats et mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés dans la Stratégie et le Plan d'action	a) instaurer des systèmes pour évaluer les résultats et les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de chaque élément de la Stratégie et du Plan d'action mondiaux ;	Pouvoirs publics ; OMS	2009-2015
	b) suivre l'évolution des lacunes et des besoins concernant les produits sanitaires et les dispositifs médicaux dans les pays développés et les pays en développement et présenter des rapports périodiques sur la question aux organes directeurs de l'OMS ;	Pouvoirs publics ; OMS	2009-2015

	c) continuer de surveiller, du point de vue de la santé publique et en consultation avec d'autres organisations internationales selon qu'il conviendra, l'incidence des droits de propriété intellectuelle et d'autres questions traitées dans le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique sur la mise au point de produits médico-sanitaires, et l'accès à ces produits, et faire rapport sur cette question à l'Assemblée mondiale de la Santé ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI et OMC) ; autres acteurs concernés	2009-2015
	d) surveiller les effets des mécanismes d'incitation sur l'innovation concernant les produits sanitaires et les dispositifs médicaux et l'accès à ceux-ci, et faire rapport sur cette question ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres organisations internationales intergouvernementales (y compris OMPI et OMC) ; autres acteurs concernés	2009-2015
	e) suivre l'évolution des investissements dans la recherche-développement axée sur les besoins sanitaires des pays en développement et faire rapport sur cette question ;	Pouvoirs publics ; OMS ; autres acteurs concernés	2009-2015

ANNEXE 5

Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé

1. Résolution WHA62.1 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables	
2. Lien avec le budget programme	
Objectif stratégique :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle.	3.1 Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les États Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.
	3.2 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.
	3.3 Amélioration de la capacité des États Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.
	3.4 Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.
	3.5 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour la préparation et la mise en oeuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et neurologiques, la violence et les traumatismes, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.
	3.6 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé et systèmes sociaux à prévenir et prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et neurologiques, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

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

La résolution et le projet de plan d'action vont dans le sens des résultats escomptés. Il existe trois indicateurs : 3.2.5, 3.3.5 et 3.5.3. D'autres indicateurs seront mis au point selon les besoins.

3. Incidences financières**a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

Il faudra US \$14,2 millions pour la mise en oeuvre du Plan d'action.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Le coût total est estimé à US \$925 000 pour les six derniers mois de l'exercice.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?

On dispose d'un montant de US \$320 000 pour le reste de l'exercice 2008-2009. Il faudrait donc un montant supplémentaire de US \$600 000.

d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)

Un financement supplémentaire devrait être assuré par les partenaires internationaux grâce à une mobilisation active de ressources.

4. Incidences administratives**a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Actuellement, la plupart des activités se déroulent au Siège et dans les Bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques et de la Méditerranée orientale. D'autres postes devraient être créés dans les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental.

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Au Siège, un équivalent plein temps supplémentaire sera nécessaire dans la catégorie professionnelle ainsi qu'un membre du personnel de la catégorie des services généraux. Un poste à plein temps de la catégorie professionnelle et un poste à plein temps de la catégorie des services généraux seront nécessaires dans les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental.

c) Calendriers (indiquer les calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre)

Les cinq dernières années du plan stratégique à moyen terme, à savoir de 2009 à 2013.

1. Résolution WHA62.2 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique 5

Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation

5.3. Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.

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

Si le financement et l'exécution sont entièrement assurés, la résolution devrait avoir un impact sur les cibles concernant le deuxième et le troisième indicateur pour le résultat escompté.

3. Incidences financières**a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

US \$3 970 000 au cours de la période d'un an visée par la résolution, y compris le personnel, les déplacements, les activités de formation, l'assistance technique, les fournitures sanitaires, la sécurité et le matériel opérationnel.

Une part substantielle de ces ressources a été obtenue sous la forme de contributions volontaires humanitaires pour répondre aux besoins de santé à caractère humanitaire, mettre en oeuvre des interventions permettant de sauver des vies, rendre à nouveau opérationnels les services de santé désorganisés et lancer le module sectoriel Santé du Comité permanent interorganisations.

La ventilation du coût estimé du paragraphe 4 du dispositif est la suivante :

alinéa 1)	US \$ 100 000
alinéa 2)	US \$ 70 000
alinéa 3)	US \$ 50 000
alinéa 4)	US \$ 200 000
alinéa 5)	US \$ 500 000
alinéa 6)	US \$3 000 000
alinéa 7)	US \$ 50 000
Total	US \$3 970 000

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)
US \$3 970 000 (une année).**c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?**

75 % de US \$3 970 000 aux niveaux du Siège, du Bureau régional et du Bureau de Jérusalem.

d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)
Sans objet.**4. Incidences administratives****a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Les activités seront principalement menées par l'intermédiaire du bureau de l'OMS à Jérusalem, chargé du programme de coopération de l'Organisation avec l'Autorité palestinienne. Les efforts de l'OMS au niveau du pays seront complétés par un appui du Bureau régional de la Méditerranée orientale et par les groupes du Siège travaillant dans les domaines des interventions sanitaires en cas de crise, de la sécurité sanitaire et de l'environnement.

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)

Il faudra maintenir au-delà de mai 2009 la présence au niveau du pays du personnel recruté sur les plans national et international pour mettre en oeuvre des activités et des interventions sanitaires à caractère humanitaire dans le territoire palestinien occupé.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre)

Un an.

1. Résolution WHA62.12 Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

Objectifs stratégiques 1-11
(ensemble des objectifs techniques)

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

Ensemble des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour les objectifs stratégiques 1-11.

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

Cette résolution demande qu'il soit procédé à un réexamen à grande échelle des priorités programmatiques de l'OMS afin que l'Organisation soit en mesure de fournir un appui aux États Membres qui cherchent à renforcer leurs systèmes de santé fondés sur l'approche des soins de santé primaires. Elle devrait avoir des incidences des points de vue des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et des indicateurs présentés dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, lesquelles seront soumises pour examen aux organes directeurs selon que de besoin.

3. Incidences financières

a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Bien que cette résolution porte sur le long terme, les incidences examinées ici en matière de coûts ne concernent que la période 2008-2013; les dépenses à prévoir ultérieurement seront soumises pour examen aux États Membres en temps voulu. L'approche des soins de santé primaires étant par essence globale, les coûts liés à la mise en oeuvre de la résolution seront pris en compte sous la forme d'une révision financièrement neutre des plans de travail correspondant à chaque objectif stratégique, lesquels seront alignés sur les orientations de politique générale définies dans la résolution.

Toutefois, des fonds devront être alloués pour i) la coordination des alignements et des activités de renforcement des capacités à prévoir au niveau de l'Organisation, ii) des activités et initiatives stratégiques transversales (par exemple examen des politiques de soins de santé primaires, consultations, et surveillance des progrès accomplis en vue du renouveau des soins de santé primaires), et iii) le renforcement de l'appui aux pays et des échanges entre eux.

Exercice	Tâche	Coût estimatif (en milliers de US \$)
2008-2009	• Alignements et renforcement des capacités	800
	• Initiatives stratégiques transversales	1 000
	• Appui aux pays et échanges	100
2010-2011	• Alignements et renforcement des capacités	500
	• Initiatives stratégiques transversales	500
	• Appui aux pays et échanges	1 000
2012-2013	• Alignements et renforcement des capacités	100
	• Initiatives stratégiques transversales	300
	• Appui aux pays et échanges	600

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

US \$1,9 million (voir la note ci-dessus).

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?

50 %, ou US \$950 000.

d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)

Des fonds supplémentaires devront être mobilisés sous la forme de contributions volontaires ; des consultations préliminaires ont déjà été entamées avec des sources de financement et les perspectives sont prometteuses.

4. Incidences administratives

a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés.

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Dans la mesure du possible, des détachements (avec l'appui des États Membres) sont prévus pour une partie du surcroît de travail requis. La nécessité de recruter éventuellement des effectifs supplémentaires de fonctionnaires de l'OMS en 2010 et au-delà sera examinée en 2009.

c) Calendriers (indiquer les calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre)

Un rapport de situation sera soumis tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, le premier à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010.

1. Résolution WHA62.15 Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

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

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.

2.2 Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en oeuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de traitement des toxicomanies, de soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.

2.3 Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale concernant les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels, des outils diagnostiques et des technologies de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, sang et produits sanguins sécurisés, matériel d'injection, et autres technologies et biens essentiels.

2.4 Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.

2.5 Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en oeuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes touchées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

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

La résolution se situe dans le prolongement de la Stratégie Halte à la tuberculose, du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du Partenariat Halte à la tuberculose, des résolutions WHA58.14 et WHA60.19 et de l'Appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients. Elle propose un cadre en vue d'atteindre les résultats escomptés, les cibles et les chiffres de base fixés pour la lutte contre la tuberculose dans l'objectif stratégique 2 du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Elle se situe en outre dans le droit fil des résultats escomptés et des indicateurs du plan de travail pour la lutte antituberculeuse pour l'exercice 2008-2009.

3. Incidences financières**a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

La résolution porte sur la période 2009-2015. Le coût estimatif de sa mise en oeuvre par le Secrétariat – y compris les mesures qui seront prises au Siège de l'OMS, dans tous les bureaux régionaux et dans les différents bureaux de pays – est de US \$175 millions.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Pour le reste de l'exercice, un montant total de US \$11,5 millions est nécessaire, dont US \$6 millions sont destinés aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays concernés. Afin de s'acquitter des responsabilités énoncées dans la résolution, l'OMS devra dégager un montant de US \$50 millions pour l'exercice 2010-2011 au Siège et dans les bureaux régionaux ainsi que dans les bureaux de pays de tous les pays lourdement touchés par la tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?

Sur le total de US \$11,5 millions, US \$5,2 millions peuvent être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice en cours.

d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)

Il sera fait appel à divers partenaires afin de mobiliser des fonds supplémentaires, en se fondant sur les partenariats existants solides tels que ceux qui ont été conclus par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et plusieurs organismes bilatéraux et fondations.

4. Incidences administratives**a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

La tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante représentent une sérieuse menace dans toutes les Régions. L'intensification de la lutte supposera une action au Siège, dans les bureaux régionaux et dans certains bureaux de pays, au minimum dans les 27 pays les plus lourdement touchés par la tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Il faudra créer des postes supplémentaires dans les Bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)

La période 2009-2015, avec des rapports de situation annuels et biennaux.

1. Résolution WHA62.16 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	
2. Lien avec le budget programme	
Objectifs stratégiques :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	1.5 Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	2.6 Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	10.6 Renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires dans le contexte de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile. 11.1 Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation. 11.2 Élaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'utilisation d'un bon rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien en faveur de leur application au niveau national et/ou régional.
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	12.3 Les mécanismes mondiaux de l'action de santé et du développement apportent des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme commun d'action sanitaire tenant compte des besoins et des priorités sanitaires des États Membres.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution est fondée sur la résolution WHA61.21 et elle est conforme aux objectifs stratégiques susmentionnés ainsi qu'aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, du budget programme 2008-2009 et du plan stratégique à moyen terme 2008-2013.	

3. Incidences financières**a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

L'OMS est l'acteur principal ou l'un des acteurs principaux et une entité d'exécution pour près de la moitié des 106 mesures spécifiques du plan d'action et elle est définie comme acteur/entité d'exécution pour plusieurs autres mesures spécifiques. Sur la base des besoins de financement estimatifs mentionnés dans le document A62/16 Add.1, les incidences financières et administratives de la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action par l'OMS (associant les Départements concernés au Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays) au cours des sept années prévues (2009-2015) sont estimées à US \$350 millions. Il est également estimé que 40 % de ce montant pourra être inclus dans le budget actuel et les budgets ultérieurs.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)

Les coûts sont estimés à US \$15 millions.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?

US \$7 millions.

d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)

Le financement sera recherché auprès des États Membres intéressés, des partenaires du développement, des fondations caritatives et d'autres donateurs.

4. Incidences administratives**a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Au cours de l'exercice 2008-2009, les activités se dérouleront en grande partie au Siège et dans les bureaux régionaux.

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)

Pour la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale, il faudra six membres du personnel supplémentaires de la catégorie professionnelle et quatre de la catégorie des services généraux au Siège, ainsi que deux de la catégorie professionnelle et un de celle des services généraux dans chaque bureau régional.

c) Calendriers (indiquer les calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre)

Le présent rapport couvre la mise en oeuvre du Plan d'action au cours de l'exercice 2008-2009 et les trois exercices ultérieurs. Le Plan d'action adopté par la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé définit les calendriers de mise en oeuvre de la Stratégie mondiale pour toute la durée. La Stratégie mondiale prévoit qu'un rapport de situation doit être soumis à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, tous les deux ans, une évaluation complète de la Stratégie devant intervenir au bout de quatre ans.