



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**SOIXANTE-DEUXIÈME
ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ**

GENÈVE, 18-22 MAI 2009

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2009**

ABRÉVIATIONS

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

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

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

AVANT-PROPOS

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 18 au 22 mai 2009, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-troisième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et les annexes qui s'y rapportent – document WHA62/2009/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHA62/2009/REC/2,

les procès-verbaux et les rapports des commissions – document WHA62/2009/REC/3.

TABLE DES MATIÈRES

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

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA62.1	Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables.....	1
WHA62.2	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	2
WHA62.3	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2008 ..	5
WHA62.4	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution	5
WHA62.5	Barème des contributions pour l'exercice 2010-2011	6
WHA62.6	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière	10
WHA62.7	Amendements au Statut du Personnel	11
WHA62.8	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général.....	11
WHA62.9	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2010-2011.....	12
WHA62.10	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages	14
WHA62.11	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, y compris le budget programme 2010-2011.....	15
WHA62.12	Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris	15

	Pages
WHA62.13 Médecine traditionnelle	18
WHA62.14 Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé	21
WHA62.15 Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte.....	25
WHA62.16 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	29
 Décisions	
WHA62(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs	30
WHA62(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé	30
WHA62(3) Élection du bureau des commissions principales.....	30
WHA62(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée	31
WHA62(5) Adoption de l'ordre du jour	31
WHA62(6) Vérification des pouvoirs.....	31
WHA62(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	32
WHA62(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS.....	32
WHA62(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé	32

ANNEXES

1. Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables	35
2. Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé	49
3. Amendements au Statut du Personnel.....	56
4. Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	57
5. Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé	93

ORDRE DU JOUR¹

SÉANCES PLÉNIÈRES

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

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹
11. Plan stratégique à moyen terme, y compris le projet de budget programme 2010-2011
12. Questions techniques et sanitaires
 - 12.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
 - 12.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)
 - 12.3 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
 - 12.4 Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris
 - 12.5 Commission des Déterminants sociaux de la Santé
 - 12.6 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - 12.7 Changement climatique et santé
 - 12.8 [transféré à la Commission B]
 - 12.9 [transféré à la Commission B]
 - 12.10 [transféré à la Commission B]

COMMISSION B

13. Ouverture des travaux de la Commission¹
14. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
15. Questions relatives au programme et au budget
 - 15.1 Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution
 - 15.2 Exécution du budget programme 2008-2009 : rapport intérimaire

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

16. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance
 - Rapport du vérificateur intérieur des comptes
17. Questions financières
 - 17.1 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l’OMS pour 2008
 - 17.2 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes
 - 17.3 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d’arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l’application de l’article 7 de la Constitution
 - 17.4 [supprimé]
 - 17.5 Barème des contributions 2010-2011
 - 17.6 [supprimé]
 - 17.7 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
18. Questions relatives au personnel
 - 18.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 18.2 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
 - 18.3 Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel
 - 18.4 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
 - 18.5 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l’OMS
12. Questions techniques et sanitaires
 - 12.8 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d’action
 - 12.9 Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte
 - 12.10 Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires
 - A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l’éradication (résolution WHA61.1)
 - B. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1)
 - C. Paludisme, y compris proposition d’instaurer une journée mondiale du paludisme (résolution WHA60.18)

- D. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)
- E. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA59.19)
- F. Renforcement des systèmes d'information sanitaire (résolution WHA60.27)
- G. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31)
- H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25)
- I. Usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16)
- J. Amélioration des médicaments destinés aux enfants (résolution WHA60.20)
- K. Technologies sanitaires (résolution WHA60.29)
- L. Multilinguisme (résolution WHA61.12)

LISTE DES DOCUMENTS

A62/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A62/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent vingt-troisième et cent vingt-quatrième sessions
A62/3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
A62/4	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, y compris le projet de budget programme 2010-2011
A62/4 Add.1	Plan stratégique à moyen terme, y compris le projet de budget programme 2010-2011 – Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement
A62/4 Add.2	Plan stratégique à moyen terme, y compris le projet de budget programme 2010-2011 – Gains de productivité en 2010-2011
A62/5	Préparation en cas de grippe pandémique – Échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
A62/5 Add.1	Préparation en cas de grippe pandémique – Échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages : résultat de la reprise de la réunion intergouvernementale
A62/6	Application du Règlement sanitaire international (2005)
A62/7	Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ²
A62/7 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A62/8	Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris ³
A62/9	Commission des Déterminants sociaux de la Santé

¹ Voir p. vii.

² Voir les annexes 1 et 5.

³ Voir l'annexe 5.

A62/10	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
A62/11	Changement climatique et santé
A62/12	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : projet de stratégie OMS de recherche pour la santé
A62/13	Produits médicaux contrefaits
A62/14	Produits médicaux contrefaits – Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux
A62/15	Transplantation d'organes et de tissus humains
A62/16	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle – Stratégie mondiale et Plan d'action ¹
A62/16 Add.1	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle – Stratégie mondiale et Plan d'action : calendrier proposé et estimation des besoins financiers ¹
A62/16 Add.2	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle – Stratégie mondiale et Plan d'action : indicateurs d'avancement proposés ¹
A62/16 Add.3	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle – Stratégie mondiale et Plan d'action : paragraphes en suspens relatifs aux acteurs ¹
A62/17	Maladie de Chagas : lutte et élimination
A62/18	Renforcement des capacités des gouvernements pour amener de façon constructive le secteur privé à fournir des services de soins de santé essentiels
A62/18 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A62/19	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
A62/20	Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte ²

¹ Voir les annexes 4 et 5.

² Voir l'annexe 5.

LISTE DES DOCUMENTS

A62/20 Add.1	Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte – Réunion ministérielle des pays à forte charge de tuberculose multirésistante et ultrarésistante et Appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients
A62/21	Sécurité sanitaire des aliments
A62/22	Hépatite virale
A62/23	Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires
A62/24 et Corr.1	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ¹
A62/24 Add.1	Rapport de la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ¹
A62/25	Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution
A62/26 et Corr.1	Exécution du budget programme 2008-2009 : rapport intérimaire
A62/27	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A62/28	Rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2008
A62/29	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes
A62/30	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A62/31	Barème des contributions 2010-2011
A62/32	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière ²
A62/33	L'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
A62/34	Ressources humaines : rapport annuel
A62/35	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
A62/36	Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ³

¹ Voir l'annexe 5.

² Voir l'annexe 2.

³ Voir l'annexe 3.

- A62/37 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
- A62/38 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
- A62/39 Partenariats
- A62/40 Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
- A62/41 Distinctions : amendements aux Statuts de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille
- A62/42 Commission de Vérification des Pouvoirs
- A62/43 Exécution du budget programme 2008-2009 : rapport intérimaire. Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- A62/44 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2008. Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- A62/45 Rapport du vérificateur intérieur des comptes. Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- A62/46 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes. Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- A62/47 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution. Cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- A62/48 Premier rapport de la Commission A (Projet)
- A62/49 Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
- A62/50 Premier rapport de la Commission B (Projet)
- A62/51 Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
- A62/52 Troisième rapport de la Commission A (Projet)

LISTE DES DOCUMENTS

A62/53	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A62/54	Deuxième rapport de la Commission B
MTSP/2008-2013	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (modifié (Projet))
PPB/2010-2011	Projet de budget programme 2010-2011

Documents d'information

A62/INF.DOC./1	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A62/INF.DOC./2	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A62/INF.DOC./3	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A62/INF.DOC./4	Contributions volontaires par fonds et par donateur pour l'exercice 2008

Divers

A62/DIV/1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A62/DIV/2	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
A62/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
A62/DIV/5	Allocution de Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies
A62/DIV/6	Allocution de Sarah Brown, marraine de la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood

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

Président

M. N. S. DE SILVA (Sri Lanka)

Vice-Présidents

Dr O. UGARTE UBILLUZ (Pérou)

M. A. M. FOU DA (Cameroun)

Dr L.-E. HOLM (Suède)

Dr A. Y. RASA'A (Yémen)

Dr A. MATTHEW (Îles Marshall)

Secrétaire

Dr M. CHAN, Directeur général

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Albanie, Andorre, Belize, Brunei Darussalam, Cap-Vert, Grèce, Maldives, Mozambique, Oman, République démocratique populaire lao, Tchad, Venezuela (République bolivarienne du).

Président : M. J. M. CASALS ALIS
(Andorre)

Vice-Président : M. I. A. S. DE CARVALHO
(Cap-Vert)

Secrétaire : MOURAIN-SCHUT, Juriste
principal

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé, des Présidents des commissions principales et de délégués des États Membres suivants : Afghanistan, Arménie, Bangladesh, Chine, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France,

Guinée-Bissau, Kenya, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Swaziland.

Président : M. N. S. DE SILVA (Sri Lanka)

Secrétaire : Dr M. CHAN, Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 35 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président : Dr F. MENESES GONZÁLEZ
(Mexique)

Vice-Présidents : Dr M. RAMATLAPENG
(Lesotho) et Dr M. BIN HAMAD BIN JABER
AL-THANI (Qatar)

Rapporteur : Mme S. T. AYDIN (Turquie)

Secrétaire : Dr Q. M. ISLAM, Directeur, Pour
une grossesse à moindre risque

Commission B

Président : M. S. MCKERNAN
(Nouvelle-Zélande)

Vice-Présidents : Dr U. S. SUTARJO
(Indonésie) et M. V. JAKSONS (Lettonie)

Rapporteur : Dr E. G. ALLEN YOUNG
(Jamaïque)

Secrétaire : Dr M. M. DAYRIT, Directeur,
Ressources humaines pour la santé.

RÉSOLUTIONS

WHA62.1 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport et le projet de plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;²

Rappelant les résolutions WHA56.26 sur l'élimination de la cécité évitable et WHA59.25 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;

Reconnaissant que le plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables complète le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.14 ;

1. APPROUVE le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;³
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à mettre en oeuvre le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, compte tenu des priorités nationales en matière de politiques, de plans et de programmes pour la santé ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de fournir aux États Membres un appui à la mise en oeuvre des mesures proposées dans le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, compte tenu des priorités nationales ;
 - 2) de continuer d'accorder la priorité à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et des budgets programmes afin de renforcer les moyens des États Membres et les capacités techniques du Secrétariat ;
 - 3) de faire rapport à la Soixante-Cinquième et à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis concernant la mise en oeuvre du Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables.

(Sixième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission A, premier rapport)

¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A62/7.

³ Voir l'annexe 1.

WHA62.2 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

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

Rappelant toutes ses résolutions antérieures sur la situation sanitaire dans les territoires arabes occupés ;

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

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

Notant avec une vive inquiétude les conclusions du rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;³

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

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

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

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

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

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

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

¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A62/24 et A62/24 Corr.1.

³ Document A62/24 Add.1.

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

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

1. EXIGE qu'Israël, puissance occupante :

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

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

- 1) d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;
- 2) d'aider à répondre aux besoins sanitaires et humanitaires urgents ainsi qu'aux besoins importants à moyen et long termes en matière de santé recensés dans le rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;¹
- 3) de contribuer à faire lever les restrictions et obstacles imposés au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé ;
- 4) de rappeler à Israël, puissance occupante, qu'il doit respecter la Quatrième Convention de Genève de 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre ;
- 5) de fournir un appui et une assistance au Ministère palestinien de la Santé pour qu'il puisse assumer ses obligations, notamment en ce qui concerne le fonctionnement et le financement des services de santé publique ;
- 6) de fournir un appui financier et technique aux services de santé publique et aux services vétérinaires palestiniens ;

3. REMERCIE vivement le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de seconder les services sanitaires et vétérinaires palestiniens, y compris dans le renforcement des capacités ;
- 2) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;
- 3) de contribuer à la création de services médicaux et de fournir une assistance technique en matière de santé à la population syrienne du Golan syrien occupé ;
- 4) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;
- 5) de seconder également les services sanitaires et vétérinaires palestiniens dans la préparation à une éventuelle pandémie de grippe A (H1N1) ;
- 6) de soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;

¹ Document A62/24 Add.1.

7) de mettre à disposition le rapport détaillé établi par la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;

8) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

WHA62.3 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2008

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2008 ;¹

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

ACCEPTE le rapport financier intérimaire non vérifié du Directeur général pour l'année 2008.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

WHA62.4 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;³

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

¹ Voir les documents A62/28 et A62/28 Corr.1.

² Voir le document A62/44.

³ Voir le document A62/47.

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, les Îles Marshall, les Palaos et la Zambie étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l'ouverture de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ;

DÉCIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, les Îles Marshall, les Palaos et la Zambie sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) se prolongera aux Assemblées suivantes jusqu'à ce que les arriérés du Cap-Vert, de la Côte d'Ivoire, des Îles Marshall, des Palaos et de la Zambie aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;
- 3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

WHA62.5 Barème des contributions pour l'exercice 2010-2011

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant que le dernier barème des quotes-parts de l'Organisation des Nations Unies reste le même que lors de l'exercice 2008-2009 ;

ADOpte le barème des contributions des Membres pour l'exercice 2010-2011, tel qu'il figure ci-après :

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2010-2011
	%
Afghanistan	0,0010
Afrique du Sud	0,2900
Albanie	0,0060
Algérie	0,0850
Allemagne	8,5777
Andorre	0,0080
Angola	0,0030
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	0,7481
Argentine	0,3250
Arménie	0,0020
Australie	1,7871
Autriche	0,8871
Azerbaïdjan	0,0050
Bahamas	0,0160

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2010-2011
	%
Bahreïn	0,0330
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0090
Bélarus	0,0200
Belgique	1,1021
Belize	0,0010
Bénin	0,0010
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0060
Bosnie-Herzégovine	0,0060
Botswana	0,0140
Brésil	0,8761
Brunéi Darussalam	0,0260
Bulgarie	0,0200
Burkina Faso	0,0020
Burundi	0,0010
Cambodge	0,0010
Cameroun	0,0090
Canada	2,9772
Cap-Vert	0,0010
Chili	0,1610
Chine	2,6672
Chypre	0,0440
Colombie	0,1050
Comores	0,0010
Congo	0,0010
Costa Rica	0,0320
Côte d'Ivoire	0,0090
Croatie	0,0500
Cuba	0,0540
Danemark	0,7391
Djibouti	0,0010
Dominique	0,0010
Égypte	0,0880
El Salvador	0,0200
Émirats arabes unis	0,3020
Équateur	0,0210
Érythrée	0,0010
Espagne	2,9682
Estonie	0,0160
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0030
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,0050
Fédération de Russie	1,2001
Fidji	0,0030
Finlande	0,5640
France	6,3015
Gabon	0,0080
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0030
Ghana	0,0040
Grèce	0,5960
Grenade	0,0010
Guatemala	0,0320
Guinée	0,0010
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0020

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2010-2011
	%
Guyana	0,0010
Haïti	0,0020
Honduras	0,0050
Hongrie	0,2440
Îles Cook	0,0010
Îles Marshall	0,0010
Îles Salomon	0,0010
Inde	0,4500
Indonésie	0,1610
Iran (République islamique d')	0,1800
Iraq	0,0150
Irlande	0,4450
Islande	0,0370
Israël	0,4190
Italie	5,0794
Jamahiriya arabe libyenne	0,0620
Jamaïque	0,0100
Japon	16,6253
Jordanie	0,0120
Kazakhstan	0,0290
Kenya	0,0100
Kirghizistan	0,0010
Kiribati	0,0010
Koweït	0,1820
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0180
Liban	0,0340
Libéria	0,0010
Lituanie	0,0310
Luxembourg	0,0850
Madagascar	0,0020
Malaisie	0,1900
Malawi	0,0010
Maldives	0,0010
Mali	0,0010
Malte	0,0170
Maroc	0,0420
Maurice	0,0110
Mauritanie	0,0010
Mexique	2,2572
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0030
Mongolie	0,0010
Monténégro	0,0010
Mozambique	0,0010
Myanmar	0,0050
Namibie	0,0060
Nauru	0,0010
Népal	0,0030
Nicaragua	0,0020
Niger	0,0010
Nigéria	0,0480
Nioué	0,0010
Norvège	0,7821
Nouvelle-Zélande	0,2560
Oman	0,0730

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2010-2011
	%
Ouganda	0,0030
Ouzbékistan	0,0080
Pakistan	0,0590
Palaos	0,0010
Panama	0,0230
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0020
Paraguay	0,0050
Pays-Bas	1,8731
Pérou	0,0780
Philippines	0,0780
Pologne	0,5010
Porto Rico	0,0010
Portugal	0,5270
Qatar	0,0850
République arabe syrienne	0,0160
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	2,1732
République démocratique du Congo	0,0030
République démocratique populaire lao	0,0010
République de Moldova	0,0010
République dominicaine	0,0240
République populaire démocratique de Corée	0,0070
République tchèque	0,2810
République-Unie de Tanzanie	0,0060
Roumanie	0,0700
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,6425
Rwanda	0,0010
Sainte-Lucie	0,0010
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0010
Saint-Marin	0,0030
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,0010
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0040
Serbie	0,0210
Seychelles	0,0020
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,3470
Slovaquie	0,0630
Slovénie	0,0960
Somalie	0,0010
Soudan	0,0100
Sri Lanka	0,0160
Suède	1,0711
Suisse	1,2161
Suriname	0,0010
Swaziland	0,0020
Tadjikistan	0,0010
Tchad	0,0010
Thaïlande	0,1860
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0010
Tokélaou	0,0010
Tonga	0,0010
Trinité-et-Tobago	0,0270
Tunisie	0,0310

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2010-2011
	%
Turkménistan	0,0060
Turquie	0,3810
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0450
Uruguay	0,0270
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,2000
Viet Nam	0,0240
Yémen	0,0070
Zambie	0,0010
Zimbabwe	0,0080
Total	100,0000

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

WHA62.6 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière ;²

Rappelant la résolution WHA60.9 sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : introduction des normes comptables internationales du secteur public ;

1. ADOPTE les amendements au Règlement financier avec effet au 1^{er} janvier 2010 ;
2. NOTE que les changements apportés aux Règles de Gestion financière et confirmés par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session³ prendront effet au même moment que les amendements au Règlement financier adoptés au paragraphe 1 ;
3. AUTORISE le Directeur général à renuméroter les articles du Règlement financier et les Règles de Gestion financière révisés en conséquence.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

¹ Voir l'annexe 2.

² Document A62/32.

³ Résolution EB124.R10.

WHA62.7 Amendements au Statut du Personnel¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la mutation des membres du personnel, y compris les mutations sans promotion ;²

ADOpte l'amendement proposé à l'article 4.2 du Statut du Personnel ;

ADOpte l'amendement proposé à l'article 4.3 du Statut du Personnel ;

DÉCIDE que les deux amendements prendront effet à compter du 1^{er} juin 2009.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

WHA62.8 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général ;²

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$177 032 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$128 071 (avec personnes à charge) ou de US \$115 973 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$194 820 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$139 633 (avec personnes à charge) ou de US \$125 663 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général à US \$239 632 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$168 761 (avec personnes à charge) ou de US \$150 079 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2009.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009 –
Commission B, premier rapport)

¹ Voir l'annexe 3.

² Document A62/36.

WHA62.9 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2010-2011

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

1. NOTE que le montant total du budget effectif, toutes sources de fonds confondues, c'est-à-dire contributions fixées et contributions volontaires, s'élève à US \$4 539 914 000, répartis en trois segments :

Segment du budget programme	US \$
Programmes de base	3 367 907 000
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	822 007 000
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	350 000 000
Budget effectif total	4 539 914 000

2. DÉCIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2010-2011, un crédit de US \$1 023 840 000, financé par les contributions nettes des Membres pour un montant de US \$928 840 000, les recettes diverses¹ estimées à un montant de US \$15 000 000, et un virement au fonds de péréquation des impôts pour un montant de US \$80 000 000, comme indiqué ci-après :

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes diverses (US \$)
1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	74 035 000
2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	40 762 000
3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	38 038 000
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	46 497 000
5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	16 090 000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	31 368 000

¹ « Recettes diverses » est remplacé par « autres sources » dans le texte révisé du Règlement financier qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010, suite à l'adoption de la résolution WHA62.6.

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes diverses (US \$)
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	15 456 000
8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	30 198 000
9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	18 748 000
10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	130 799 000
11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	27 631 000
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	179 551 000
13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	294 667 000
	Total partiel	943 840 000
	Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
	Total général	1 023 840 000

3. DÉCIDE ÉGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement ; il sera rendu compte de tous ces virements dans le rapport financier pour l'exercice 2010-2011 ; tous autres virements qui seraient nécessaires seront opérés et il en sera rendu compte conformément aux dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier ;

2) conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe 2 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux engagements contractés pendant l'exercice allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2010-2011 aux sections 1 à 13 ;

- 3) dans le calcul de la somme effectivement due par chaque Membre au titre de sa contribution sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; cette déduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; le montant de ces remboursements d'impôts est estimé à US \$16 274 400, la contribution des Membres s'élève donc au total à US \$945 114 400 ;
4. DÉCIDE par ailleurs que le niveau du fonds de roulement restera fixé à son niveau existant qui est de US \$31 000 000 ;
5. NOTE que les contributions volontaires requises pour couvrir la part du budget effectif non financée par des contributions nettes des Membres s'élèvent à US \$3 596 074 000.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, premier rapport)

WHA62.10 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages ;¹

Rappelant la résolution WHA60.28, intitulée « Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages », dans laquelle le Directeur général était prié de convoquer une réunion intergouvernementale ;

Reconnaissant que la réunion intergouvernementale est parvenue à un accord sur la plupart des éléments du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages ;²

Réaffirmant que la préparation et la riposte en cas de grippe pandémique passent par des solutions à long terme ;

Reconnaissant également que certains éléments importants du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique nécessitent un travail supplémentaire ;

PRIE le Directeur général :

- 1) de collaborer avec les États Membres pour aller de l'avant sur la base des parties du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages qui ont fait l'objet d'un accord, telles qu'elles figurent dans le rapport sur le résultat de la réunion intergouvernementale ;³

¹ Documents A62/5 et A62/5 Add.1.

² Document A62/5 Add.1, annexe.

³ Document A62/5 Add.1, appendice.

2) de faciliter un processus transparent pour finaliser les éléments restants, y compris l'accord type sur le transfert de matériels et son annexe, et de faire rapport sur l'issue de ce processus au Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session, en janvier 2010.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA62.11 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, y compris le budget programme 2010-2011

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA60.11 sur le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;

Ayant examiné le rapport sur le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, y compris le projet de budget programme 2010-2011 ;¹

Ayant examiné le projet de plan stratégique à moyen terme modifié 2008-2013 ;²

APPROUVE le plan stratégique à moyen terme modifié 2008-2013, y compris les indicateurs et les cibles révisés.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, troisième rapport)

WHA62.12 Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris³

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Saluant les efforts accomplis par le Directeur général et reconnaissant le rôle crucial que joue l'OMS dans la promotion des soins de santé primaires dans le monde ;

Ayant examiné le rapport sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris ;⁴

Réaffirmant la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et la Déclaration du Millénaire (2000) ;

Rappelant la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) et les résolutions ultérieures pertinentes des comités régionaux de l'OMS et de l'Assemblée de la Santé ;⁵

¹ Document A62/4.

² Voir les documents MTSP/2008-2013 (modifié (projet)) et PPB/2010-2011.

³ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

⁴ Document A62/8.

⁵ Résolutions WHA54.13, WHA56.6, WHA57.19, WHA58.17, WHA58.33, WHA60.22, WHA60.24, WHA60.27, WHA61.17 et WHA61.18.

Rappelant aussi les discussions qui ont eu lieu dans le cadre de la série de sommets et de conférences mondiales, régionales et nationales qui ont réaffirmé l'engagement des États Membres en faveur des soins de santé primaires et du renforcement des systèmes de santé ;¹

Notant le consensus de plus en plus large dans la communauté sanitaire mondiale sur le fait que les approches verticales, telles que les programmes axés sur des maladies particulières, et les approches intégrées des systèmes de santé se renforcent mutuellement et contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Reconnaissant la nécessité de tirer les enseignements positifs et négatifs de l'expérience des soins de santé primaires depuis la Déclaration d'Alma-Ata et la Déclaration du Millénaire ;

Accueillant favorablement le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*,² publié à l'occasion du trentième anniversaire de la Conférence internationale d'Alma-Ata, qui distingue quatre grandes orientations politiques pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer la santé pour tous : remédier aux inégalités en matière de santé par la couverture universelle, mettre la personne au centre des soins, intégrer la santé dans des politiques publiques plus larges et assurer une direction globale de l'action de santé ; et se félicitant également du rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;³

Réaffirmant la nécessité d'instaurer des systèmes de santé nationaux durables, de renforcer les capacités nationales et de s'acquitter pleinement des engagements financiers pris, le cas échéant, par les gouvernements et leurs partenaires pour le développement, afin de pallier plus efficacement le manque de ressources du secteur de la santé ;

Réaffirmant aussi la nécessité de prendre, en temps utile, des mesures concrètes et efficaces pour honorer tous les engagements en faveur de l'efficacité de l'aide et de rendre l'aide plus prévisible, tout en laissant les pays bénéficiaires contrôler et maîtriser le renforcement de leurs systèmes de santé, d'autant plus en raison des effets que peuvent avoir sur la santé et les systèmes de santé la crise financière internationale actuelle, la crise alimentaire et le changement climatique ;

Réaffirmant avec force les valeurs et les principes des soins de santé primaires, y compris l'équité, la solidarité, la justice sociale, l'accès universel aux services, l'action plurisectorielle, la décentralisation et la participation communautaire comme bases du renforcement des systèmes de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à assurer un engagement politique à tous les niveaux en faveur des valeurs et des principes de la Déclaration d'Alma-Ata, à faire en sorte que la question du renforcement des systèmes de santé fondés sur l'approche des soins de santé primaires reste au centre des préoccupations internationales et à tirer

¹ Y compris les sommets sur le renforcement des systèmes de santé comme le Sommet du G8 de Hokkaido Toyako (2008), la Conférence internationale sur l'action mondiale pour le renforcement des systèmes de santé (Tokyo, 2008), la Conférence internationale consacrée au trentième anniversaire de la Déclaration de l'OMS/UNICEF sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata (Almaty, 2008), et le Sommet du G15 (2004) ; les réunions régionales de l'OMS sur les soins de santé primaires telles que celles de Buenos Aires (2007), Beijing (2007), Bangkok (2008), Tallinn (2008), Ouagadougou (2008), Jakarta (2008) et Doha (2008) ; et les conférences sur la promotion de la santé comme celles d'Ottawa (1986), d'Adélaïde (1988), de Sundsvall (1991), de Jakarta (1997), de Mexico (2000), de Bangkok (2005) et le Groupe spécial du MERCOSUR sur la Santé (depuis 1995).

² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008.

³ Organisation mondiale de la Santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (résumé analytique en français). Genève, 2008.

parti, selon qu'il conviendra, des partenariats et initiatives liés à la santé concernant cette question, en particulier pour favoriser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

2) à accélérer les mesures en vue de l'accès universel aux soins de santé primaires par la mise en place de services de santé complets et de mécanismes de financement nationaux équitables, efficaces et durables, en tenant compte de la nécessité d'assurer la protection sociale et de préserver les budgets de la santé dans le contexte de la crise financière internationale actuelle ;

3) à mettre la personne au centre des soins de santé en adoptant, selon qu'il conviendra, des modèles de prestations axés sur le niveau local et le niveau du district qui apportent des services de soins de santé primaires complets, y compris la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins curatifs et les soins palliatifs, intégrés avec d'autres niveaux de soins et coordonnés selon les besoins, tout en assurant une bonne orientation vers les soins secondaires et tertiaires ;

4) à promouvoir la participation active de tous et à réaffirmer l'autonomisation des communautés, notamment des femmes, dans l'élaboration et l'application des politiques et dans l'amélioration de la santé et des soins de santé, afin de favoriser le renouveau des soins de santé primaires ;

5) à former et fidéliser un nombre suffisant d'agents de santé possédant l'éventail de compétences voulues, y compris, au niveau des soins primaires, de personnels infirmiers, de sages-femmes, de professionnels de santé apparentés et de médecins de famille capables d'intervenir dans un contexte pluridisciplinaire, en coopération avec des agents de santé communautaires non professionnels, afin de répondre effectivement aux besoins de la population en matière de santé ;

6) à encourager la mise au point, l'intégration et l'application de programmes verticaux, y compris de programmes axés sur des maladies particulières, dans le contexte des soins de santé primaires intégrés ;

7) à améliorer l'accès aux médicaments, produits sanitaires et technologies appropriés, tous nécessaires pour appuyer les soins de santé primaires ;

8) à mettre au point et renforcer des systèmes d'information et de surveillance sanitaires liés aux soins de santé primaires, afin de faciliter la mise en place de politiques et de programmes fondés sur des données factuelles et leur évaluation ;

9) à renforcer les ministères de la santé pour qu'ils soient à même de diriger de façon globale, transparente et responsable le secteur de la santé et de faciliter l'action plurisectorielle dans le cadre des soins de santé primaires ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que les activités de l'OMS incarnent les valeurs et les principes de la Déclaration d'Alma-Ata et à ce que le travail institutionnel général, à tous les niveaux, contribue au renouveau et au renforcement des soins de santé primaires, conformément aux conclusions de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;

2) de renforcer les capacités du Secrétariat, y compris les capacités des bureaux régionaux et des bureaux de pays, à soutenir les efforts déployés par les États Membres pour appliquer les quatre grandes orientations politiques pour le renouveau et le renforcement des soins de santé primaires définis dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* ;

- 3) de regrouper et d'analyser les données d'expérience passées et actuelles des États Membres sur la mise en oeuvre des soins de santé primaires et de faciliter l'échange des données d'expérience, des éléments factuels et de l'information sur les bonnes pratiques en vue de la réalisation de la couverture universelle et du renforcement des systèmes de santé ;
- 4) de favoriser l'alignement et la coordination des interventions mondiales en faveur du renforcement des systèmes de santé, en les fondant sur l'approche des soins de santé primaires, en collaboration avec les États Membres, les organisations internationales compétentes, les initiatives internationales pour la santé et d'autres acteurs, afin d'accroître les synergies entre les priorités nationales et internationales ;
- 5) d'assurer un financement suffisant pour le renforcement des systèmes de santé et le renouveau des soins de santé primaires dans le budget programme 2010-2011 ;
- 6) de préparer des plans pour la mise en oeuvre des quatre grandes orientations politiques : 1) remédier aux inégalités en s'orientant vers une couverture universelle ; 2) mettre la personne au coeur de la prestation de services ; 3) entreprendre une action multisectorielle et intégrer la santé dans l'ensemble des politiques ; 4) assurer une direction globale et une gouvernance efficace dans le domaine de la santé ; de veiller à ce que ces plans couvrent les activités de toute l'Organisation, et de faire rapport, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, sur la mise en oeuvre de ces plans et, par la suite tous les deux ans, sur les progrès réalisés.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, troisième rapport)

WHA62.13 Médecine traditionnelle

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris ;¹

Rappelant les résolutions WHA22.54, WHA29.72, WHA30.49, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19, WHA42.43, WHA54.11, WHA56.31 et WHA61.21 ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata qui affirme, entre autres, que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés », et que « les soins de santé primaires font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité » ;

Notant que l'expression « médecine traditionnelle » couvre un large éventail de thérapies et de pratiques qui peuvent beaucoup varier d'un pays et d'une région à l'autre ;

¹ Document A62/8.

Reconnaissant que la médecine traditionnelle est l'un des moyens à la disposition des services de soins de santé primaires qui pourraient contribuer à améliorer les résultats sanitaires, y compris ceux qu'impliquent les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant que les législations nationales, les approches suivies, les responsabilités réglementaires et les modèles de prestation des soins liés aux soins de santé primaires diffèrent entre États Membres ;

Constatant les progrès que de nombreux gouvernements ont faits pour intégrer la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé nationaux ;

Notant que plusieurs États Membres ont réalisé des progrès dans le domaine de la médecine traditionnelle en mettant en oeuvre la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 ;¹

Exprimant la nécessité d'une action et d'une coopération de la communauté internationale, des gouvernements et des professionnels et agents de santé pour garantir l'utilisation rationnelle de la médecine traditionnelle comme un élément important contribuant à la santé de tous les peuples, conformément aux capacités, aux priorités et à la législation nationales ;

Notant que le Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle s'est tenu du 7 au 9 novembre 2008 à Beijing (Chine) et qu'il a adopté la Déclaration de Beijing sur la médecine traditionnelle ;

Notant que la Journée africaine de la médecine traditionnelle est célébrée chaque année le 31 août afin de mieux faire connaître et de valoriser la médecine traditionnelle dans la Région africaine, et de promouvoir son intégration dans les systèmes de santé nationaux ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, en fonction des capacités, des priorités, des situations et de la législation nationales :

- 1) à envisager d'adopter et d'appliquer la Déclaration de Beijing sur la médecine traditionnelle en fonction des capacités, des priorités, des situations et de la législation nationales ;
- 2) à respecter, préserver et diffuser largement, selon les besoins, la connaissance de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnels, en fonction de la situation de chaque pays et compte tenu des preuves de leur innocuité, leur efficacité et leur qualité ;
- 3) à élaborer des politiques, des réglementations et des normes nationales dans le cadre d'un système de santé national complet pour promouvoir l'usage approprié, sûr et efficace de la médecine traditionnelle ;
- 4) à envisager, le cas échéant, d'inclure la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé en fonction des capacités, des priorités, des situations et de la législation nationales et compte tenu des preuves de son innocuité, son efficacité et sa qualité ;
- 5) à développer davantage la médecine traditionnelle sur la base de la recherche et de l'innovation, en prenant dûment en compte les mesures spécifiques relatives à la médecine traditionnelle dans la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

¹ Document WHO/EDM/TRM/2002.1.

6) à envisager, le cas échéant, d'établir des systèmes de qualification, d'accréditation ou d'autorisation d'exercer pour les tradipraticiens et à aider ces derniers à améliorer leurs connaissances et leurs compétences en collaboration avec les prestataires de services concernés, sur la base des traditions et des coutumes des peuples et des communautés ;

7) à envisager de renforcer la communication entre les médecins et les tradipraticiens et, le cas échéant, d'instaurer des programmes de formation appropriés se rapportant à la médecine traditionnelle pour les professionnels de la santé, les étudiants en médecine et les chercheurs concernés ;

8) à collaborer les uns avec les autres pour partager connaissances et pratiques en médecine traditionnelle et échanger des programmes de formation en médecine traditionnelle, dans le respect de la législation nationale et des obligations internationales pertinentes ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux États Membres, en fonction des besoins et sur leur demande, pour l'application de la Déclaration de Beijing sur la médecine traditionnelle ;

2) d'actualiser la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 en fonction des progrès accomplis par les pays et des nouveaux problèmes qui se posent actuellement dans le domaine de la médecine traditionnelle ;

3) de prendre dûment en compte les mesures spécifiques relatives à la médecine traditionnelle dans la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et la Stratégie mondiale OMS de lutte contre les maladies non transmissibles ;

4) de continuer à donner des orientations générales aux pays sur les moyens d'intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, et surtout de promouvoir, le cas échéant, le recours à la médecine traditionnelle/autochtone pour les soins de santé primaires, y compris la prévention des maladies et la promotion de la santé, compte tenu des preuves de son innocuité, son efficacité et sa qualité ainsi que des traditions et des coutumes des peuples et des communautés ;

5) de continuer à donner des orientations techniques pour fournir aux pays l'appui qui les aidera à garantir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la médecine traditionnelle, à envisager la participation des peuples et communautés et à prendre en compte leurs traditions et leurs coutumes ;

6) de renforcer la coopération avec les centres collaborateurs de l'OMS, les instituts de recherche et les organisations non gouvernementales afin d'échanger des données factuelles tenant compte des traditions et des coutumes des peuples et des communautés et de soutenir des programmes de formation pour renforcer les capacités nationales dans le domaine de la médecine traditionnelle.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, troisième rapport)

WHA62.14 Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;¹

Prenant note des trois grandes recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, à savoir améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action ;

Saluant le soixantième anniversaire de la création de l'OMS en 1948 et notant que la Constitution de l'Organisation affirme que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;

Saluant le trentième anniversaire de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978 qui a réaffirmé la valeur essentielle de l'équité en santé et a lancé la stratégie mondiale des soins de santé primaires pour atteindre l'objectif de la santé pour tous ;

Rappelant les principes de « la santé pour tous », notamment la nécessité d'une action intersectorielle (résolution WHA30.43) ;

Confirmant qu'il est important d'agir sur les déterminants de la santé au sens large et considérant les actions et les recommandations énoncées dans le cadre de la série de conférences internationales sur la promotion de la santé, depuis la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé jusqu'à la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, qui visent à inscrire la promotion de la santé au coeur du programme mondial de développement et à en faire une responsabilité essentielle de tous les gouvernements (résolution WHA60.24) ;

Notant l'adoption par consensus de la Déclaration du Millénaire selon laquelle les objectifs du Millénaire pour le développement devront avoir été atteints en 2015 et les préoccupations exprimées concernant l'absence de progrès suffisants accomplis à mi-parcours vers la réalisation de nombre de ces objectifs dans certaines Régions ;

Se félicitant à cet égard de la résolution WHA61.18 qui met en place un suivi annuel par l'Assemblée de la Santé de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Prenant note du *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*² sur les soins de santé primaires, qui met l'accent sur les moyens d'améliorer l'équité en santé en réformant les systèmes de santé et d'autres systèmes sociétaux ;

Consciente du fait que la riposte à la dégradation de l'environnement et au changement climatique passe notamment par l'équité en santé et notant que l'on s'attend à ce que l'effet du changement climatique ait des conséquences négatives sur la santé des populations vulnérables et désavantagées (résolution WHA61.19) ;

¹ Document A62/9.

² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, 2008.

Consciente du fait que l'on observe des écarts croissants d'espérance de vie dans le monde ;

Attachant la plus haute importance à l'élimination des inégalités entre hommes et femmes en matière de santé ;

Reconnaissant que des millions d'enfants dans le monde ne réalisent pas pleinement leur potentiel et qu'il est fondamental d'investir dans des programmes globaux d'aide au développement du jeune enfant accessibles à tous les enfants pour assurer l'équité en santé tout au long de la vie ;

Reconnaissant que l'amélioration de conditions sociales défavorables est avant tout une question de politique sociale ;

Notant qu'il est nécessaire de mieux coordonner les mesures prises aux niveaux mondial, national et infranational pour agir sur les déterminants sociaux de la santé par le biais d'actions intersectorielles en favorisant en même temps le développement social et économique, sachant que de telles actions exigent la collaboration de nombreux partenaires, y compris de la société civile et du secteur privé ;

Consciente de l'importance des mécanismes de gouvernance mondiale existants¹ pour aider les États Membres à assurer les services de base indispensables à la santé et à réglementer les biens et services ayant un profond impact sur la santé, ainsi que de la nécessité d'une responsabilité des entreprises ;

1. REND HOMMAGE au travail accompli par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;
2. EXHORTE la communauté internationale, y compris les institutions du système des Nations Unies, les organismes intergouvernementaux, la société civile et le secteur privé :
 - 1) à prendre note du rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et de ses recommandations ;²
 - 2) à prendre, en collaboration avec les États Membres et le Secrétariat de l'OMS, des mesures pour évaluer l'impact des politiques et des programmes sur les inégalités en matière de santé et agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
 - 3) à s'employer, en collaboration étroite avec les États Membres et le Secrétariat de l'OMS, à promouvoir l'équité en santé dans toutes les politiques afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population et réduire les inégalités ;
 - 4) à prendre en compte l'équité en santé dans l'action menée pour atteindre les objectifs centraux de développement dans le monde et à mettre au point des indicateurs afin de suivre les progrès, et à envisager de renforcer la collaboration internationale pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités en matière de santé ;

¹ Voir le site Web de l'OMS : <http://www.who.int/trade/glossary/story038/en>, consulté le 18 juin 2009.

² Organisation mondiale de la Santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (Résumé analytique en français). Genève, 2008.

3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à s'attaquer aux inégalités en matière de santé à l'intérieur des pays et entre pays en s'engageant politiquement en faveur des grands principes permettant de « combler le fossé en une génération » sur le plan national s'il y a lieu, et à coordonner et gérer l'action intersectorielle en faveur de la santé de manière à intégrer l'équité en santé dans toutes les politiques, le cas échéant, en utilisant des instruments pour évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé ;
- 2) à définir des objectifs et à mettre en oeuvre des stratégies pour améliorer la santé publique en veillant en particulier aux inégalités en matière de santé ;
- 3) à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales visant les déterminants sociaux de la santé, et à envisager d'élaborer et de renforcer des politiques universelles globales de protection sociale, y compris de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé, et de promouvoir la disponibilité et l'accessibilité des biens et services indispensables à la santé et au bien-être ;
- 4) à favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée ;
- 5) à attirer davantage l'attention des personnels soignants, du secteur public comme du secteur privé, sur la façon de tenir compte des déterminants sociaux lorsqu'ils dispensent des soins à leurs patients ;
- 6) à contribuer à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes qui favorisent le bien-être sanitaire et social tout au long de la vie en associant tous les partenaires intéressés, y compris la société civile et le secteur privé ;
- 7) à favoriser l'autonomisation des individus et des groupes, en particulier ceux qui sont marginalisés, et à prendre des mesures pour améliorer les aspects sociétaux qui affectent leur santé ;
- 8) à générer de nouvelles méthodes et données factuelles adaptées à la situation de chaque pays, ou à utiliser celles qui existent, pour agir sur les déterminants et les gradients sociaux de la santé et sur les inégalités en matière de santé ;
- 9) à mettre au point et utiliser des systèmes d'information sanitaire et des moyens de recherche et à les améliorer au besoin, de manière à surveiller et mesurer la santé de leurs populations en fonction de données ventilées, par exemple par âge, sexe, origine ethnique, race, caste, profession, niveau d'études, revenu et emploi, quand la législation nationale et le contexte l'autorisent, afin que les inégalités en matière de santé puissent être mises en évidence et l'impact des politiques sur l'équité en santé mesuré ;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de collaborer étroitement avec les organismes partenaires du système multilatéral à la mise au point de mesures appropriées susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de promouvoir la cohérence des politiques en vue de réduire les inégalités en matière de santé ; et de faire campagne pour que cette question figure en bonne place parmi les priorités des programmes mondiaux de développement et de recherche ;

- 2) de renforcer les moyens dont dispose l'Organisation de sorte que la priorité voulue soit donnée aux tâches à accomplir pour agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités en matière de santé ;
- 3) de faire des déterminants sociaux de la santé un principe régissant l'application de mesures, notamment d'indicateurs objectifs qui permettent de surveiller les déterminants sociaux de la santé, dans tous les domaines d'activité concernés, et de promouvoir, comme objectif de tous les domaines d'activité de l'Organisation et en particulier des programmes prioritaires de santé publique, l'action sur les déterminants sociaux de la santé en vue de réduire les inégalités en matière de santé ;
- 4) de défendre le rôle primordial des États Membres dans l'élargissement de l'accès aux services de base indispensables à la santé et dans la réglementation, s'il y a lieu, des biens et services qui ont un impact important sur la santé ;
- 5) de veiller à ce que les travaux en cours pour assurer le renouveau des soins de santé primaires portent aussi sur les déterminants sociaux de la santé et s'inscrivent dans cette optique, comme cela est recommandé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* ;
- 6) de fournir un appui aux États Membres pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé selon une approche fondée sur la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ;
- 7) de fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour qu'ils prennent les mesures nécessaires afin que les déterminants sociaux de la santé occupent une place importante dans tous les secteurs concernés, et pour qu'ils structurent ou, si besoin est, restructurent en conséquence leur secteur de la santé ;
- 8) de fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour renforcer les initiatives visant à mesurer et évaluer les déterminants sociaux de la santé ainsi que les causes des inégalités en matière de santé, et pour définir des cibles relatives à l'équité en santé et en suivre la réalisation ;
- 9) de soutenir la recherche sur des politiques et interventions efficaces qui visent à améliorer la santé par une action sur ses déterminants sociaux et qui servent aussi à renforcer les capacités de recherche et la collaboration dans ce domaine ;
- 10) de fournir un appui aux Directeurs régionaux pour qu'ils donnent une place plus importante sur le plan régional aux questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et mobilisent autour d'elles un plus grand nombre de pays, compte tenu des conditions et des défis propres à chaque Région ;
- 11) d'organiser avant la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé une manifestation mondiale avec le concours des États Membres pour examiner les nouvelles moutures des plans visant à corriger les tendances alarmantes des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ;
- 12) d'évaluer dans quelle mesure les mécanismes de gouvernance mondiale existants permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de réduire les inégalités en matière de santé ;
- 13) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

WHA62.15 Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte ;²

Notant les progrès accomplis depuis 1991 dans la réalisation des cibles internationales fixées à l'horizon 2005, l'intensification des efforts suite à la création du Partenariat Halte à la tuberculose en application de la résolution WHA51.13 et, plus récemment, après l'adoption de la résolution WHA58.14 dans laquelle les États Membres étaient encouragés à assurer la disponibilité de ressources suffisantes pour atteindre d'ici à 2015 l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente que, conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte, la Stratégie Halte à la tuberculose permet de mener les activités de lutte antituberculeuse à bien plus grande échelle et d'étendre nettement la portée pour contribuer à renforcer les systèmes de santé dans le cadre des soins de santé primaires et à influencer sur les déterminants sociaux de la santé ;

Notant que le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015³ définit les activités à mener pour appliquer la Stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées par le Partenariat Halte à la tuberculose – conformément à la cible dont est assorti l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire « D'ici à 2015, avoir maîtrisé ... d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » –, à savoir diminuer de moitié d'ici à 2015 la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie par rapport aux taux de 1990 ;

Notant que des progrès importants ont été enregistrés au cours des dix dernières années en matière de soins et de lutte antituberculeuse et que l'on estime que le nombre de nouveaux cas a légèrement diminué d'année en année depuis 2003 ;

Consciente qu'une proportion importante des cas de tuberculose dans le monde, estimée à 37 %, n'est pas notifiée et que les malades ne bénéficient d'aucun traitement ou reçoivent un traitement inadapté ;

Reconnaissant que les taux de tuberculose sont disproportionnés dans les populations à haut risque, notamment les populations autochtones ;

Reconnaissant que le fait qu'on ne dépiste pas assez de cas et qu'ils ne sont pas correctement soignés par le traitement fondé sur la stratégie DOTS facilite l'apparition et la propagation de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;

Constatant avec préoccupation que les taux très élevés de polypharmacorésistance indiqués dans le quatrième rapport mondial de l'OMS sur la résistance aux antituberculeux⁴ – un nombre estimatif de 500 000 cas de tuberculose multirésistante dans le monde, dont 50 000 cas de tuberculose ultrarésistante – menacent la sécurité sanitaire dans le monde ;

¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A62/20 et A62/20 Add.1.

³ Document WHO/HTM/STB/2006.35.

⁴ Document WHO/HTM/TB/2008.394.

Reconnaissant qu'il faut d'urgence consentir des investissements en faveur de la recherche-développement sur de nouveaux produits diagnostiques, médicaments et vaccins et en faveur de la recherche opérationnelle pour prévenir et prendre en charge la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, tout en envisageant et, si besoin est, favorisant un éventail d'incitations à la recherche-développement, notamment en veillant, le cas échéant, à ce que le coût de la recherche-développement ne se répercute pas sur le prix des produits sanitaires ;

Notant que moins de 3 % du nombre total estimatif de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante suivent un traitement conforme aux normes recommandées par l'OMS ;

Constatant avec préoccupation que la transmission de la maladie survient surtout dans les communautés où une lutte appropriée contre les infections fait défaut ;

Constatant avec préoccupation que, la demande des pays étant insuffisante, l'approvisionnement en antituberculeux de qualité garantie au niveau international par l'intermédiaire du dispositif du Comité Feu vert est inadéquat, ce qui constitue un obstacle important au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, et que les associations de médicaments en dose fixe de qualité garantie, mises au point pour prévenir l'émergence d'une résistance, ne sont pas largement utilisées ;

Consciente que les retards dans la mise en oeuvre du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 auront pour effet d'augmenter la morbidité et la mortalité tuberculeuses, y compris celles dues aux formes multirésistantes et ultrarésistantes et à l'impact du VIH, et donc de retarder la réalisation des cibles internationales fixées à l'horizon 2015 en matière de lutte antituberculeuse et de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant la résolution WHA60.19 sur la lutte contre la tuberculose, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a invité instamment les États Membres à établir et appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme, tuberculose multirésistante et ultrarésistante comprise, qui soient conformes au Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 dans le cadre de plans généraux de développement sanitaire, ainsi que la résolution WHA58.33 sur la couverture universelle ;

Se félicitant de l'Appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients, appel qu'ont lancé ensemble les représentants de 27 États Membres supportant une lourde charge de tuberculose multirésistante et ultrarésistante, de la société civile, du secteur privé et d'autres représentants pour agir face à la grave menace que représente la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;¹

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

1) à instaurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans le cadre de la transition vers la couverture universelle en matière de santé, pour ainsi sauver des vies et protéger les communautés, par les moyens suivants :

a) élaborer un cadre exhaustif pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui comprenne un traitement sous observation directe et des soins communautaires axés sur les patients et qui mette en lumière et vise les besoins des personnes vivant avec le VIH, des pauvres et des autres groupes vulnérables, tels que les détenus, les travailleurs du secteur minier, les migrants, les consommateurs de drogues et les

¹ Document A62/20 Add.1, annexe.

- alcooolodépendants, ainsi que les déterminants sociaux de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;
- b) renforcer les systèmes d'information et de surveillance sanitaires pour assurer la détection et la surveillance du profil épidémiologique de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante et suivre les résultats des efforts de prévention et de lutte ;
 - c) s'attacher à lever les barrières financières pour offrir à tous les patients atteints de tuberculose un accès équitable aux soins et veiller à ce que leurs droits soient protégés, et à ce qu'ils soient traités avec respect et dignité conformément à la législation locale ;
 - d) veiller à ce que du personnel suffisamment qualifié et motivé soit disponible pour diagnostiquer, traiter et soigner la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, dans le cadre des efforts déployés pour remédier à la crise générale des personnels de santé ;
 - e) renforcer les systèmes de laboratoire grâce à des moyens supplémentaires et à des ressources humaines suffisantes, et faciliter l'accès à des tests de diagnostic plus rapides et de qualité garantie ;
 - f) veiller à ce que tous les dispensateurs de soins publics et privés concernés contribuent à la prise en charge de la tuberculose, tuberculose multirésistante et ultrarésistante et co-infection tuberculose-VIH comprises, conformément aux politiques nationales, et renforcer les réseaux de soins de santé primaires pour la détection précoce, un traitement efficace et un soutien aux patients ;
 - g) veiller à ce que des politiques nationales de lutte contre les infections transmises par voie aérienne soient élaborées (dans le cadre des programmes généraux de lutte contre les infections) et appliquées dans tous les établissements de soins et autres lieux à haut risque et que la population soit suffisamment informée des moyens de lutter contre la tuberculose ;
 - h) garantir la continuité de l'approvisionnement en antituberculeux de première et de deuxième intention répondant aux normes de présélection de l'OMS ou aux normes strictes des autorités de réglementation et veiller à ce que les associations de médicaments en dose fixe de biodisponibilité avérée soient administrées en priorité dans le cadre d'un système favorisant l'observance du traitement ;
 - i) renforcer les mécanismes garantissant que les antituberculeux ne sont vendus que sur ordonnance et qu'ils ne sont prescrits et délivrés que par des dispensateurs publics et privés agréés ;
 - j) mener une action efficace de promotion, de communication et de mobilisation sociale en évitant la stigmatisation et la discrimination et mieux sensibiliser la population à l'existence de politiques et de plans de lutte contre la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;
 - k) fixer des cibles nationales pour accélérer l'accès des patients atteints de tuberculose multirésistante et ultrarésistante à un traitement conforme aux lignes directrices de l'OMS ;
- 2) à améliorer la qualité et la couverture du traitement DOTS pour atteindre un taux de détection de 70 % et un taux de réussite du traitement antituberculeux de 85 %, en évitant ainsi une tuberculose multirésistante secondaire ;

3) à utiliser tous les dispositifs de financement possibles afin de concrétiser les engagements pris dans les résolutions WHA58.14 et WHA60.19, notamment celui d'assurer un financement intérieur et extérieur durable pour combler les déficits de financement dégagés dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ;

4) à accroître de manière substantielle les investissements des pays et de tous les partenaires dans la recherche opérationnelle et la recherche-développement concernant de nouveaux produits diagnostiques, médicaments et vaccins pour prévenir et prendre en charge la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et l'application de plans de riposte, sur la base d'un cadre global de prise en charge des soins, en vue de lutter contre la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;

2) de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils élaborent et appliquent des stratégies pour associer tous les dispensateurs de soins publics, bénévoles, institutionnels et privés concernés à la formation aux mesures de lutte contre la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante et ultrarésistante et tous les aspects de la co-infection tuberculose-VIH, et à l'intensification de ces mesures ;

3) de donner des avis aux États Membres et de leur fournir un appui pour aligner les normes des organismes nationaux de réglementation pharmaceutique sur les normes internationales, afin que les laboratoires pharmaceutiques nationaux fabriquent des produits de qualité garantie pour pouvoir être vendus sur les marchés locaux et internationaux ;

4) de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils améliorent leur réseau de laboratoires pour être en mesure d'assurer le diagnostic et le suivi des cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante et de faciliter l'évaluation systématique de techniques de diagnostic plus modernes et plus rapides ;

5) de renforcer le dispositif du Comité Feu vert afin d'aider à élargir l'accès à des médicaments de première et de deuxième intention de qualité garantie à prix préférentiel, en encourageant et en facilitant la présélection par l'OMS de produits pharmaceutiques fabriqués localement dans les pays à forte charge de morbidité ;

6) d'envisager et, le cas échéant, de promouvoir un éventail d'incitations à la recherche-développement, en veillant notamment à ce que le coût de la recherche-développement ne se répercute pas sur le prix des produits sanitaires ;

7) de collaborer avec les pays afin de mettre au point des indicateurs nationaux et d'aider à suivre et évaluer la mise en oeuvre des mesures énoncées dans la présente résolution ;

8) de faire rapport, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, aux Soixante-Troisième et Soixante-Cinquième Assemblées mondiales de la Santé sur les progrès accomplis.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA62.16 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle¹

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA61.21 sur la Stratégie mondiale et le plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et notant les informations fournies par le Secrétariat ;²

Se félicitant de ce que le rapport du Secrétariat mentionne la mise en oeuvre du Réseau africain pour l'innovation dans le domaine des médicaments et des produits diagnostiques, qui vise à soutenir et promouvoir l'innovation médico-sanitaire sous la direction de pays africains pour la découverte, la mise au point et la livraison de médicaments et de produits diagnostiques pour les maladies tropicales négligées, et rappelant la nécessité d'entreprendre des activités accélérées afin d'atteindre les personnes malades souffrant de ces maladies ;

1. DÉCIDE :

1) d'incorporer au plan d'action les acteurs supplémentaires convenus visés dans le document A62/16 Add.3, en supprimant le mot « intéressés » après « pouvoirs publics » pour la mesure spécifique 2.3.c) ;

2) d'incorporer au plan d'action les calendriers proposés dans le document A62/16 Add.1 ;

2. ADOPTE le Plan d'action final, avec les amendements indiqués au paragraphe 1 ci-dessus, pour ce qui est des mesures spécifiques, des acteurs et des calendriers ;³

3. NOTE les besoins estimés en matière de financement du Plan d'action ;⁴

4. ACCEPTE les indicateurs d'avancement proposés⁵ compte tenu de la nécessité d'un examen et d'un affinement périodiques ; dans le cas des indicateurs quantitatifs, le Secrétariat donnera des informations complémentaires sur la mise en oeuvre des mesures spécifiques ;

5. PRIE le Directeur général d'accroître sensiblement l'appui fourni pour renforcer l'efficacité et l'efficacités de la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et d'indiquer par ordre de priorité les mesures concrètes dans le domaine du renforcement des capacités et de l'accès ;

6. PRIE EN OUTRE le Directeur général de procéder, en plus du suivi continu, à un examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action en 2014 pour présenter à l'Assemblée de la Santé en 2015, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, les réalisations, les défis à relever et les recommandations pour l'avenir.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Documents A62/16, A62/16 Add.1, A62/16 Add.2 et A62/16 Add.3.

³ Voir l'annexe 4.

⁴ Document A62/16 Add.1.

⁵ Document A62/16 Add.2.

DÉCISIONS

WHA62(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Albanie, Andorre, Belize, Brunéi Darussalam, Cap-Vert, Grèce, Maldives, Mozambique, Oman, République démocratique populaire lao, Tchad, Venezuela (République bolivarienne du).

(Première séance plénière, 18 mai 2009)

WHA62(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé

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

Président : M. N. S. de Silva (Sri Lanka)

Vice-Présidents : Dr O. Ugarte Ubilluz (Pérou)
M. A. M. Fouda (Cameroun)
Dr L.-E. Holm (Suède)
Dr A. Y. Rasa'a (Yémen)
Dr A. Matthew (Îles Marshall)

(Première séance plénière, 18 mai 2009)

WHA62(3) Élection du bureau des commissions principales

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

Commission A : Dr F. Meneses González (Mexique)

Commission B : M. S. McKernan (Nouvelle-Zélande).

(Première séance plénière, 18 mai 2009)

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

Commission A : Vice-Présidents, Dr M. Ramatlapeng (Lesotho) et
Dr M. bin Hamad bin Jaber Al-Thani (Qatar)

Rapporteur, Mme S. T. Aydin (Turquie)

Commission B : Vice-Présidents, Dr U. S. Sutarjo (Indonésie) et
M. V. Jaksons (Lettonie)

Rapporteur, Dr E. G. Allen Young (Jamaïque).

(Premières séances des Commissions A et B, 18 et 20 mai 2009)

WHA62(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Afghanistan, Arménie, Bangladesh, Chine, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Guinée-Bissau, Kenya, République tchèque, Rwanda, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Swaziland.

(Première séance plénière, 18 mai 2009)

WHA62(5) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, avec les amendements apportés, l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session.

(Deuxième séance plénière, 18 mai 2009)

WHA62(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs officiels présentés par les délégations des États Membres suivants : Afghanistan, Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Comores, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Djibouti, Égypte, El Salvador, Émirats arabes unis, Équateur, Érythrée, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Honduras, Hongrie, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (États fédérés de), Monaco, Mongolie, Monténégro, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nauru, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin,

Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Suriname, Swaziland, Tadjikistan, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

(Sixième séance plénière, 21 mai 2009)

WHA62(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Allemagne, Brunéi Darussalam, Burundi, Canada, Chili, Estonie, France, Inde, Japon, République arabe syrienne, Serbie, Somalie.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009)

WHA62(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr A. J. Mohamad, délégué de l'Oman, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et le Dr H. Siem, délégué de la Norvège, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2012.

(Septième séance plénière, 21 mai 2009)

WHA62(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

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

(Huitième séance plénière, 22 mai 2009)

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 recouverts 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	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
Objectif stratégique :	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. 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.	3.2 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 :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	<p>2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.</p> <p>2.2 Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

(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.