



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ
PREMIÈRE SESSION EXTRAORDINAIRE**

GENÈVE, 9 NOVEMBRE 2006

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISION
ANNEXE**

**SOIXANTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ**

GENÈVE, 14-23 MAI 2007

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2007**



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ
PREMIÈRE SESSION EXTRAORDINAIRE**

GENÈVE, 9 NOVEMBRE 2006

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISION
ANNEXE**

GENÈVE
2007

ABREVIATIONS

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 Etats-Unis d'Amérique
AIEA	–	Agence internationale de l'Energie 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 Epizooties
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'Education, 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

L'Assemblée mondiale de la Santé a tenu sa première session extraordinaire au Palais des Nations à Genève le 9 novembre 2006, comme convenu par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session.¹ Ses actes paraissent dans deux volumes contenant notamment :

les résolutions et la décision ainsi que l'annexe qui s'y rapporte – document WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/2.

¹ Voir résolution EB118.R2.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.....	3
Ordre du jour.....	7
Liste des documents.....	9
Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions.....	11

RESOLUTIONS ET DECISION

Résolutions

SSA1.1	Nomination du Directeur général.....	13
SSA1.2	Contrat du Directeur général.....	13
SSA1.3	Reconnaissance de la contribution de feu le Dr Jong-wook Lee.....	14

Décision

SSA1(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs.....	14
---------	--	----

ANNEXE

Contrat du Directeur général.....	17
-----------------------------------	----

RAPPORT

Rapport de la Commission de Vérification des Pouvoirs	21
---	----

ORDRE DU JOUR¹

*Numéro
du point*

1. Ouverture de l'Assemblée
 - 1.1 Adoption de l'ordre du jour et de l'emploi du temps
 - 1.2 Commission de Vérification des Pouvoirs
 2. Directeur général
 - 2.1 Nomination
 - 2.2 Approbation du contrat
 3. Clôture de l'Assemblée
-

¹ Adopté à la première séance plénière.

LISTE DES DOCUMENTS

SSA1/1	Ordre du jour provisoire ¹
SSA1/1 Add.1	Emploi du temps provisoire
SSA1/2	Directeur général. Approbation du contrat ²
SSA1/3	Commission de Vérification des Pouvoirs. Rapport

Documents d'information

SSA1/INF.DOC./1	Directeur général. Note du Conseiller juridique
-----------------	---

Divers

SSA1/DIV/1	Liste provisoire des délégués et autres participants
SSA1/DIV/2	Décision et liste des résolutions
SSA1/DIV/3	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
SSA1/DIV/4	Liste des documents
SSA1/DIV/5	Première session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé – Inscriptions
SSA1/DIV/6	Dr Margaret Chan, Directeur général élu – Discours à la première session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 9 novembre 2006

¹ Voir p. 7.

² Voir annexe.

PRESIDENCE ET SECRETARIAT DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président :

Professeur P. I. GARRIDO (Mozambique)

Vice-Présidents :

M. A. A. MIGUIL (Djibouti)

Dr S. F. SUPARI (Indonésie)

Secrétaire :

Dr A. NORDSTRÖM, Directeur général
par intérim¹

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des
Pouvoirs était composée de délégués des Etats

Membres suivants : Burundi, Cambodge,
Chypre, Equateur, Estonie, Honduras,
Jordanie, Malawi, Nigéria, Pakistan, Pologne
et République populaire démocratique de
Corée.

Président : Professeur ENG HUOT
(Cambodge)

Vice-Président : M. J. C. DROUSHIOTIS
(Chypre)

Rapporteur : M. JANG IL HUN (République
populaire démocratique de Corée)

Secrétaire : M. G. L. BURCI, Conseiller
juridique

¹ A compter du 24 mai 2006 ; voir document EBSS-EB118/2006/REC/1, décision EBSS(1).

RESOLUTIONS

SSA1.1 Nomination du Directeur général

L'Assemblée mondiale de la Santé à sa première session extraordinaire,

Sur la proposition du Conseil exécutif,

NOMME le Dr Margaret Chan Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Deuxième séance plénière, 9 novembre 2006)

SSA1.2 Contrat du Directeur général¹

L'Assemblée mondiale de la Santé, à sa première session extraordinaire,

I

Conformément à l'article 31 de la Constitution et à l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

APPROUVE le contrat fixant les conditions et modalités d'engagement, le traitement et les autres émoluments attachés à la fonction de Directeur général ;

SUSPEND, en application de l'article 122 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'article 108 dudit Règlement en ce qui concerne la durée du mandat du Directeur général, aux fins de déterminer la durée du mandat du Dr Margaret Chan ;

DECIDE que le mandat du Dr Margaret Chan prendra effet le 4 janvier 2007 et se terminera le 30 juin 2012 ;

II

Conformément à l'article 112 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

AUTORISE le Président de la première session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé à signer ce contrat au nom de l'Organisation.

(Deuxième séance plénière, 9 novembre 2006)

¹ Voir annexe.

SSA1.3 Reconnaissance de la contribution de feu le Dr Jong-wook Lee

L'Assemblée mondiale de la Santé à sa première session extraordinaire,

Se remémorant le décès du Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Rendant hommage à son esprit de sacrifice, à son dévouement, à ses compétences professionnelles et à la passion avec laquelle il relevait tous les défis auxquels il était confronté ;

Sensible aux efforts qu'il a déployés pour combattre la maladie dans le monde, et surtout pour assurer dès 2005 un traitement antirétroviral à trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida et pour éradiquer la poliomyélite ;

Saluant son engagement en faveur de la mission de l'OMS d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ;

Rappelant que le Centre d'information sanitaire stratégique au Siège a été dédié à sa mémoire en reconnaissance de son action en faveur de la surveillance mondiale des maladies et qu'il porte son nom ;

RECONNAIT la contribution inestimable apportée par le Dr Jong-wook Lee à l'action de l'OMS.

(Deuxième séance plénière, 9 novembre 2006)

DECISION

SSA1(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

L'Assemblée mondiale de la Santé, à sa première session extraordinaire, a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Burundi, Cambodge, Chypre, Equateur, Estonie, Honduras, Jordanie, Malawi, Nigéria, Pakistan, Pologne et République populaire démocratique de Corée.

(Première séance plénière, 9 novembre 2006)

ANNEXE

ANNEXE

Contrat du Directeur général¹

LE PRESENT CONTRAT est conclu ce neuvième jour de novembre deux mille six entre l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation) d'une part, et le Dr Margaret Fu Chun Chan Fung (ci-après dénommée le Directeur général) d'autre part.

ATTENDU QUE

1) L'article 31 de la Constitution de l'Organisation prévoit que le Directeur général de l'Organisation est nommé par l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Assemblée de la Santé), sur proposition du Conseil exécutif (ci-après dénommé le Conseil) et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer ; et

2) Le Directeur général a été dûment désigné par le Conseil et nommé par l'Assemblée de la Santé au cours de sa séance du neuvième jour de novembre deux mille six pour une durée de cinq ans, cinq mois et vingt-sept jours.

EN CONSEQUENCE, AUX TERMES DU PRESENT CONTRAT, il a été convenu ce qui suit :

I. 1) Le mandat du Directeur général court du quatrième jour de janvier deux mille sept au trentième jour de juin deux mille douze, date à laquelle ses fonctions et le présent Contrat prennent fin.

2) Sous l'autorité du Conseil, le Directeur général remplit les fonctions de chef des services techniques et administratifs de l'Organisation et exerce telles attributions qui peuvent être spécifiées dans la Constitution et dans les Règlements de l'Organisation et/ou qui peuvent lui être conférées par l'Assemblée de la Santé ou par le Conseil.

3) Le Directeur général est soumis au Statut du Personnel de l'Organisation dans la mesure où ce Statut lui est applicable. En particulier, il ne peut occuper aucun autre poste administratif, ni recevoir de sources extérieures quelconques des émoluments à titre de rémunération pour des activités relatives à l'Organisation. Il n'exerce aucune occupation et n'accepte aucun emploi ou activité incompatibles avec ses fonctions dans l'Organisation.

4) Le Directeur général, pendant la durée de son mandat, jouit de tous les privilèges et immunités afférents à ses fonctions en vertu de la Constitution de l'Organisation et de tous accords s'y rapportant déjà en vigueur ou à conclure ultérieurement.

5) Le Directeur général peut à tout moment, et moyennant préavis de six mois, donner sa démission par écrit au Conseil, qui est autorisé à accepter cette démission au nom de l'Assemblée de la

¹ Voir résolution SSA1.2.

Santé ; dans ce cas, à l'expiration dudit préavis, le Directeur général cesse de remplir ses fonctions et le présent Contrat prend fin.

6) L'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après avoir entendu le Directeur général, a le droit, pour des raisons d'une exceptionnelle gravité susceptibles de porter préjudice aux intérêts de l'Organisation, de mettre fin au présent Contrat, moyennant préavis par écrit d'au moins six mois.

II. 1) A compter du quatrième jour de janvier deux mille sept, le Directeur général reçoit de l'Organisation un traitement annuel de deux cent dix-sept mille neuf cent quarante-cinq dollars des Etats-Unis avant imposition, de sorte que le traitement net, payable mensuellement, sera de cent trente-sept mille cinq cent quarante-trois dollars des Etats-Unis au taux pour fonctionnaires sans personnes à charge (cent cinquante-quatre mille six cent soixante-quatre dollars des Etats-Unis par an au taux pour fonctionnaires avec personnes à charge) ou son équivalent en telle autre monnaie que les parties pourront d'un commun accord arrêter.

2) En plus des ajustements et indemnités normalement accordés aux membres du personnel aux termes du Règlement du Personnel, le Directeur général reçoit annuellement, à titre de frais de représentation, un montant de vingt mille dollars des Etats-Unis ou son équivalent en toute autre monnaie arrêtée d'un commun accord par les parties, cette somme étant payable mensuellement à partir du quatrième jour de janvier deux mille sept. Il utilise le montant de l'indemnité de représentation uniquement pour couvrir les frais de représentation qu'il estime devoir engager dans l'exercice de ses fonctions officielles. Il a droit aux allocations versées à titre de remboursement, telles que celles qui se rapportent aux frais de voyage ou de déménagement entraînés par sa nomination, par un changement ultérieur de lieu d'affectation, ou par la fin de son mandat, de même que celles qui concernent les frais de voyages officiels et de voyages pour congé dans les foyers.

III. Les clauses du présent Contrat relatives au traitement et aux frais de représentation sont sujettes à révision et à adaptation par l'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après consultation du Directeur général, afin de les rendre conformes à toutes dispositions concernant les conditions d'emploi des membres du personnel que l'Assemblée de la Santé pourrait décider d'appliquer à ceux desdits membres du personnel déjà en fonctions.

IV. Au cas où, à propos du présent Contrat, viendraient à surgir une quelconque difficulté d'interprétation ou même un différend non résolu par voie de négociation ou d'entente amiable, l'affaire serait portée pour décision définitive devant le tribunal compétent prévu dans le Règlement du Personnel.

EN FOI DE QUOI, nous avons apposé nos signatures le jour et l'année indiqués au premier alinéa ci-dessus.

.....

Le Directeur général

.....

Le Président
de la première session extraordinaire
de l'Assemblée mondiale de la Santé

RAPPORT

COMMISSION DE VERIFICATION DES POUVOIRS

Rapport¹

[SSA1/3 – 9 novembre 2006]

La Commission de Vérification des Pouvoirs s'est réunie le 9 novembre 2006. Etaient présents les délégués des Etats Membres suivants : Burundi, Cambodge, Chypre, Equateur, Estonie, Honduras, Jordanie, Malawi, Nigéria, Pakistan, Pologne, République populaire démocratique de Corée.

La Commission a élu son bureau comme suit : Professeur Eng Huot (Cambodge), Président ; M. J. C. Droushiotis (Chypre), Vice-Président ; M. Jang Il Hun (République populaire démocratique de Corée), Rapporteur.

La Commission a examiné les pouvoirs remis au Directeur général par intérim conformément aux dispositions de l'article 22 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Elle a pris note que le Secrétariat a considéré ces pouvoirs comme étant conformes aux dispositions du Règlement intérieur.

La Commission propose à l'Assemblée de la Santé de reconnaître la validité des pouvoirs des délégués des Etats Membres dont la liste figure à la fin du présent rapport, ces pouvoirs ayant été trouvés conformes aux dispositions du Règlement intérieur.

La Commission a examiné les notifications des Etats Membres énumérées ci-après qui, bien que donnant la composition de la délégation de ces Etats Membres, ne peuvent être considérés comme constituant des pouvoirs officiels au sens des dispositions du Règlement intérieur. Elle recommande à l'Assemblée de la Santé de reconnaître provisoirement aux délégations de ces Etats Membres le plein droit de participer à ses travaux en attendant l'arrivée des pouvoirs officiels :

Afghanistan, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Cap-Vert, Congo, Djibouti, Ghana, Indonésie, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Kenya, Koweït, Liban, Népal, Paraguay, République arabe syrienne, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sri Lanka, Zimbabwe.

La Commission recommande qu'il soit demandé aux Etats Membres énumérés ci-dessus de remettre leurs pouvoirs officiels dans les plus brefs délais.

Etats dont il est recommandé de reconnaître la validité des pouvoirs (voir quatrième paragraphe ci-dessus)

Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Bangladesh, Bélarus, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Bosnie-Herzégovine,

¹ Approuvé par l'Assemblée de la Santé à sa deuxième séance plénière.

Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Egypte, El Salvador, Emirats arabes unis, Equateur, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Géorgie, Grèce, Guatemala, Guinée, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Salomon, Inde, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Lesotho, Lettonie, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Monaco, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Panama, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République de Corée, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Samoa, Sénégal, Serbie, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Soudan, Suède, Suisse, Suriname, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Ukraine, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen, Zambie



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SOIXANTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 14-23 MAI 2007

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2007**

AVANT-PROPOS

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 14 au 23 mai 2007, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et les annexes qui s'y rapportent – document WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/2,

les procès-verbaux et les rapports des commissions¹ – document WHA60/2007/REC/3.

¹ Le rapport de la Commission de Vérification des Pouvoirs, présenté à l'Assemblée de la Santé à sa première session extraordinaire, figure dans le présent volume, p. 21.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.....	25
Ordre du jour.....	31
Liste des documents.....	37
Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions.....	43

RESOLUTIONS ET DECISIONS

Résolutions

WHA60.1	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique.....	45
WHA60.2	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	48
WHA60.3	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2006 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.....	51
WHA60.4	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	51
WHA60.5	Barème des contributions pour 2008-2009.....	52
WHA60.6	Contribution d'un nouveau Membre.....	56
WHA60.7	Nomination du Commissaire aux Comptes.....	56
WHA60.8	Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4.....	56
WHA60.9	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : introduction des normes comptables internationales du secteur public.....	57
WHA60.10	Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel.....	58

	Pages
WHA60.11	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013..... 58
WHA60.12	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2008-2009..... 60
WHA60.13	Lutte contre la leishmaniose 63
WHA60.14	Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication 66
WHA60.15	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé..... 68
WHA60.16	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments 71
WHA60.17	Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections 74
WHA60.18	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme..... 77
WHA60.19	Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme..... 80
WHA60.20	Amélioration des médicaments destinés aux enfants 83
WHA60.21	Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode 86
WHA60.22	Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence..... 87
WHA60.23	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale 90
WHA60.24	La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation 94
WHA60.25	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 96
WHA60.26	Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 98
WHA60.27	Renforcement des systèmes d'information sanitaire 104
WHA60.28	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages 107
WHA60.29	Technologies sanitaires..... 111
WHA60.30	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle..... 113

	Pages
Décisions	
WHA60(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs	115
WHA60(2) Composition de la Commission des Désignations	115
WHA60(3) Election du président et des vice-présidents de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.....	115
WHA60(4) Election du bureau des commissions principales	116
WHA60(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée	116
WHA60(6) Adoption de l'ordre du jour.....	116
WHA60(7) Vérification des pouvoirs	117
WHA60(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif.....	117
WHA60(9) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS	117
WHA60(10) Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool.....	118
WHA60(11) Choix du pays où se tiendra la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé	118
WHA60(12) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent dix-huitième, cent dix-neuvième et cent vingtième sessions	118

ANNEXES

1. Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.....	121
2. 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.....	122
3. Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé	127

ORDRE DU JOUR¹

SEANCES PLENIERES

Numéro du point

1. Ouverture de l'Assemblée
 - 1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs
 - 1.2 Election de la Commission des Désignations
 - 1.3 Rapports de la Commission des Désignations
 - Election du président
 - Election 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. Rapports du Conseil exécutif sur ses cent dix-huitième, cent dix-neuvième et cent vingtième 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. Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009
 - 11.1 Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013
 - 11.2 Projet de budget programme 2008-2009
 - 11.3 Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement
 - 11.4 Onzième programme général de travail : suivi de la mise en oeuvre
12. Questions techniques et sanitaires
 - 12.1 Grippe aviaire et grippe pandémique :
 - faits nouveaux, action et suivi
 - application du Règlement sanitaire international (2005)
 - meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux et des données sur le séquençage
 - 12.2 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
 - 12.3 Lutte contre la leishmaniose
 - 12.4 Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication
 - 12.5 Paludisme, y compris proposition d'instaurer une Journée mondiale du paludisme
 - 12.6 Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme
 - 12.7 Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool
 - 12.8 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale
 - 12.9 Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections
 - 12.10 Vers la couverture universelle par des interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : rapport biennal

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

-
- 12.11 La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation
 - 12.12 Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS
 - 12.13 Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs
 - 12.14 Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence
 - 12.15 Renforcement des systèmes d'information sanitaire
 - 12.16 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
 - 12.17 Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments
 - 12.18 Amélioration des médicaments destinés aux enfants
 - 12.19 Technologies sanitaires
 - 12.20 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental
 - 12.21 Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires
 - A. Améliorer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens (résolution WHA58.27)
 - B. 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)
 - C. *Rapport mondial sur la violence et la santé* : mise en oeuvre des recommandations
 - D. Promotion de la sécurité routière et prévention des accidents de la circulation (résolution WHA57.10)
 - E. Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (résolution WHA58.23)
 - F. Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus
 - G. Eliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA58.24)
 - H. Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action (résolution WHA58.16)
 - I. Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (résolution WHA59.22)

J. Réduire la mortalité rougeoleuse mondiale

K. Réseau de métrologie sanitaire

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 financières

15.1 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l’OMS pour 2006 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l’Administration du Conseil exécutif

15.2 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes

15.3 Etat 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

15.4 [supprimé]

15.5 Barème des contributions pour l’exercice 2008-2009

15.6 Contributions des nouveaux Membres et Membres associés

15.7 Nomination du Commissaire aux Comptes

15.8 Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4

15.9 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière

- Introduction des normes comptables internationales pour le secteur public

16. Rapport du vérificateur intérieur des comptes

17. Questions relatives au personnel

17.1 Ressources humaines : rapport annuel

17.2 Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel

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

- 17.3 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
- 17.4 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l’OMS
18. Collaboration à l’intérieur du système des Nations Unies et avec d’autres organisations intergouvernementales
- Rapport commun du Directeur général et du Président de l’Organe international de Contrôle des Stupéfiants
-

LISTE DES DOCUMENTS

A60/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A60/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent dix-huitième, cent dix-neuvième et cent vingtième sessions
A60/3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/4	Distinctions. Amendements aux Statuts de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille
A60/5	Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement
A60/6	Onzième programme général de travail : suivi de la mise en oeuvre
A60/7	Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi
A60/8	Grippe aviaire et grippe pandémique : application du Règlement sanitaire international (2005)
A60/9	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A60/10	Lutte contre la leishmaniose
A60/11	Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication
A60/12	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée du paludisme
A60/13	Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme
A60/14	Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool
A60/14 Add.1	Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool. Bilan mondial des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool
A60/15	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale
A60/16	Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections

¹ Voir p. 31.

A60/17	Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants : rapport biennal
A60/18	La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation
A60/19	Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS ¹
A60/20	Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs
A60/20 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A60/21	Systèmes de santé. Systèmes de soins d'urgence
A60/22	Renforcement des systèmes d'information sanitaire
A60/23	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
A60/24	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments
A60/25	Amélioration des médicaments destinés aux enfants
A60/26 et Add.1	Technologies sanitaires
A60/27	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental
A60/28	Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires
A60/29	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A60/29 Add.1	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé. Rapport d'enquête
A60/30	Rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2006. Exercice 2006-2007
A60/30 Add.1	Rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2006 – Exercice 1 ^{er} janvier 2006-31 décembre 2007. Annexe : ressources extrabudgétaires pour les activités du programme
A60/31	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes
A60/32 et Corr.1	Nomination du Commissaire aux Comptes

¹ Voir annexe 2.

A60/33	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière ¹
A60/34	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A60/35 et Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel
A60/36 et Corr.1	Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel
A60/37	Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
A60/38 Rev.1	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A60/39	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A60/39 Add.1	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales. Application à titre d'essai pilote du programme unique de pays des Nations Unies dans huit pays
A60/40	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique. Huitième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique
A60/41	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour l'année 2006 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif. Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/42	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution et dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés. Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/43 et Add.1	Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4
A60/44	Contribution d'un nouveau Membre. Contribution de la République du Monténégro
A60/45	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes. Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/46	Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4. Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

¹ Voir annexe 1.

A60/46 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 ¹
A60/47	Rapport du vérificateur intérieur des comptes. Cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/48	Onzième programme général de travail : suivi de la mise en oeuvre. Sixième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
A60/49	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A60/50	Commission des Désignations. Premier rapport
A60/51	Commission des Désignations. Deuxième rapport
A60/52	Commission des Désignations. Troisième rapport
A60/53	Commission de Vérification des Pouvoirs. Premier rapport
A60/54	Premier rapport de la Commission A (Projet)
A60/55	Premier rapport de la Commission B (Projet)
A60/56	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A60/57	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A60/58	Troisième rapport de la Commission A (Projet)
A60/59	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A60/60	Troisième rapport de la Commission B (Projet)
A60/61	Cinquième rapport de la Commission A (Projet)
A60/62	Quatrième rapport de la Commission B (Projet)
A60/63	Sixième rapport de la Commission A
A60/64	Cinquième rapport de la Commission B
A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009, A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 Corr.1 et Corr.2	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2008-2009

¹ Voir annexe 3.

Documents d'information

- A60/INF.DOC./1 Grippe aviaire et grippe pandémique. Meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux et de données sur les séquences génétiques
- A60/INF.DOC./2 Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales. Rapport commun du Directeur général et du Président de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants
- A60/INF.DOC./3 Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement. Rapport de situation sur le nouveau bâtiment au Siège
- A60/INF.DOC./4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Directeur de la Santé de l'UNRWA pour 2006)
- A60/INF.DOC./5 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport de l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève)
- A60/INF.DOC./6 Etat du recouvrement des contributions
- A60/INF.DOC./7 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Ministère israélien de la Santé)

Divers

- A60/DIV/1 Rev.1 Liste des délégués et autres participants
- A60/DIV/2 Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
- A60/DIV/3 Décisions et liste des résolutions
- A60/DIV/4 Liste des documents
- A60/DIV/5 [Document non publié]
- A60/DIV/6 Allocution de M. Jens Stoltenberg, Premier Ministre de Norvège, à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
- A60/DIV/7 Allocution de Mme Thoraya Ahmed Obaid, Directeur exécutif, Fonds des Nations Unies pour la Population, à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
-

PRESIDENCE ET SECRETARIAT DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président :

Mme J. HALTON (Australie)

Vice-Présidents :

Dr T. ADHANOM (Ethiopie)
Dr N. A. HAFFADH (Bahreïn)
Dr J. KIELY (Irlande)
M. KYE CHUN YONG (République
populaire démocratique de Corée)
Dr C. CHANG (Equateur)

Secrétaire :

Dr M. CHAN, Directeur général

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des Etats Membres suivants : Barbade, Cap-Vert, Emirats arabes unis, Guatemala, Kirghizistan, Lituanie, Monaco, Mongolie, République centrafricaine, Sierra Leone, Timor-Leste et Viet Nam

Président : Dr A. B. H. AL AMERI (Emirats arabes unis)

Vice-Président : M. D. XIMENES (Timor-Leste)

Secrétaire : M. G. L. BURCI, Conseiller juridique

Commission des Désignations

La Commission des Désignations était composée des délégués des Etats Membres suivants : Afghanistan, Argentine, Burkina Faso, Canada, Chine, Colombie, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, France, Ghana, Guinée équatoriale, Indonésie, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Palaos, Panama, Qatar, République démocratique du Congo, Sri Lanka, Suriname, Ukraine et du Professeur P. I. Garrido, Mozambique (Président de la

Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

Président : Professeur P. I. GARRIDO (Mozambique)

Secrétaire : Dr M. CHAN, Directeur général

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 Etats Membres suivants : Allemagne, Botswana, Chine, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Guinée-Bissau, Jamaïque, Lettonie, Maroc, Mauritanie, Namibie, Paraguay, République arabe syrienne, Samoa et Thaïlande

Président : Mme J. HALTON (Australie)

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 R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

Vice-Présidents : Dr A. BALBISI (Jordanie) et Professeur ENG HUOT (Cambodge)

Rapporteur : Mme G. BU FIGUEROA (Honduras)

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

Commission B**Président** : M. T. ZELTNER (Suisse)**Vice-Présidents** : M. D. FRANCIS (Trinité-et-Tobago) et Dr A. A.YOOSUF (Maldives)**Rapporteur** : M. H. bin M. AL-FAKHERI
(Arabie saoudite)**Secrétaire** : Dr M. M. DAYRIT, Directeur,
Ressources humaines pour la santé

RESOLUTIONS

WHA60.1 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA49.10, dans laquelle était recommandée une date pour la destruction des stocks restants de virus variolique, sous réserve d'une décision de l'Assemblée de la Santé, et la résolution WHA52.10, qui autorisait le maintien temporaire des stocks de virus jusqu'à une date ultérieure, sous réserve d'un examen annuel de la situation par l'Assemblée de la Santé ;

Notant que l'Assemblée de la Santé a décidé, dans la résolution WHA55.15, d'autoriser de nouveau le maintien temporaire des stocks existants de virus variolique vivant, sous réserve que toutes les recherches approuvées restent axées sur les résultats et limitées dans le temps et soient périodiquement examinées, et qu'une nouvelle date concernant la destruction des stocks soit fixée lorsque les réalisations et les résultats des travaux de recherche permettront de dégager un consensus sur la date de destruction des stocks de virus variolique ;

Notant que l'autorisation a été accordée de mener des recherches essentielles aux fins de la santé publique mondiale, y compris de nouvelles recherches internationales sur des agents antiviraux et des vaccins améliorés et plus sûrs, ainsi que des recherches hautement prioritaires sur la structure génétique du virus et la pathogenèse de la variole ;

Notant que, dans la résolution WHA52.10, le Directeur général était prié de nommer un groupe d'experts qui déciderait des recherches devant être effectuées, le cas échéant, pour arriver à un consensus mondial sur la date de la destruction des stocks existants de virus variolique ;

Rappelant les décisions des Assemblées de la Santé antérieures selon lesquelles les stocks restants de virus variolique devraient être détruits ;

Reconnaissant que la destruction de tous les stocks de virus variolique est une échéance irrévocable et que la date de cette destruction doit être fixée avec grand soin ;

Rappelant la résolution WHA55.16 qui appelait à une action de santé publique internationale face à la présence naturelle, la dissémination accidentelle ou l'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé ;

Reconnaissant en outre que des stocks inconnus de virus variolique vivant pourraient exister et que la dissémination délibérée ou accidentelle de ces virus varioliques serait une catastrophe pour la communauté mondiale ;

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique, et le rapport de la huitième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique ;¹

Notant avec satisfaction les progrès considérables accomplis dans la mise au point d'agents antiviraux, de vaccins améliorés et plus sûrs, et de tests de diagnostic sensibles et spécifiques, ainsi que dans le séquençage de génomes entiers de virus appartenant à de nombreuses souches différentes ;

Consciente du fait qu'aucun agent antiviral contre la variole n'a été homologué, que le virus variolique vivant sera nécessaire pour garantir l'efficacité des tests *in vitro*, et qu'une nouvelle amélioration du modèle animal pourrait s'imposer pour mieux l'adapter aux tests d'efficacité de ces agents ;

Notant en outre que les inspections conduites par l'OMS en 2005 dans les deux conservatoires autorisés ont confirmé que la sûreté et la sécurité des stocks de virus étaient satisfaisantes ;

Notant qu'à sa septième réunion, le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique a estimé qu'il était urgent de revoir toutes les nouvelles propositions de recherche utilisant des virus varioliques vivants à la lumière des progrès considérables accomplis jusqu'ici ;²

Constatant en outre que le Secrétariat, comme le lui avait demandé le Comité consultatif OMS, a élaboré un modèle de présentation des propositions de recherche et établi un protocole et un calendrier en vue de les soumettre au Comité pour examen, et qu'il est rendu compte à l'OMS des recherches approuvées conformément à un protocole établi ;

1. REAFFIRME ENERGIQUEMENT les décisions des Assemblées de la Santé antérieures selon lesquelles les stocks restants de virus variolique devraient être détruits ;

2. REAFFIRME EN OUTRE :

1) la nécessité de parvenir à un consensus sur une nouvelle date pour la destruction des stocks de virus variolique, lorsque les résultats de la recherche, essentiels pour améliorer l'action de santé publique face à une flambée, le permettront ;

2) la décision figurant dans la résolution WHA55.15 (de veiller à la poursuite des travaux du Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique en ce qui concerne la recherche sur les stocks de virus variolique et à l'exécution du programme de recherche de façon ouverte et transparente) selon laquelle le programme de recherche devrait être exécuté de façon ouverte et transparente uniquement avec l'accord et sous le contrôle de l'OMS ;

3. DECIDE d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé un point technique intitulé « Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique » ;

¹ Documents A60/9 et A60/40.

² Voir le document A59/10.

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de procéder en 2010 à un examen majeur des résultats des recherches entreprises et actuellement en cours et des plans et des besoins concernant la réalisation d'autres recherches essentielles aux fins de la santé publique mondiale, en tenant compte des recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique, afin que la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé puisse parvenir à un consensus mondial sur la date de destruction des stocks de virus variolique existants ;
- 2) de veiller à la poursuite des travaux du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique et d'en diffuser plus largement les recommandations à la communauté scientifique ;
- 3) de revoir la composition du Comité consultatif OMS et la représentation des conseillers et observateurs aux réunions du Comité pour assurer une représentation géographique équilibrée, en incluant des experts de pays en développement, une représentation substantielle d'experts de la santé publique, et l'indépendance des membres de ce Comité vis-à-vis de tout conflit d'intérêts ;
- 4) de veiller à ce que les propositions de recherche approuvées, les résultats et les retombées de la recherche soient mis à la disposition de tous les Etats Membres ;
- 5) de maintenir des inspections biennales des deux conservatoires autorisés afin de veiller à ce que les conditions de stockage du virus et les recherches effectuées dans les laboratoires répondent aux normes les plus élevées de sécurité et de sûreté biologiques ; les rapports des missions d'inspection devraient être mis à la disposition du public pour information après rédaction appropriée sur le plan scientifique et celui de la sécurité ;
- 6) de poursuivre l'élaboration du cadre opérationnel concernant la réserve OMS de vaccin antivariolique ;
- 7) de continuer à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis concernant le programme de recherche, la sécurité et la sûreté biologiques et les questions connexes ainsi que sur la mise en oeuvre des recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique acceptées par le Directeur général ;
- 8) de veiller à ce qu'aucune recherche entreprise n'implique de manipulations génétiques du virus variolique ;
- 9) de veiller à ce que les deux conservatoires autorisés à détenir des virus vivants et toute autre institution détenant des fragments de l'ADN du virus variolique distribuent cet ADN uniquement à des fins de recherche sur les moyens diagnostiques, le traitement et les vaccins, selon les recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique ;
- 10) de soumettre un rapport annuel détaillé à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les recherches achevées, les résultats de ces recherches, les recherches entreprises et les recherches prévues dans les deux conservatoires autorisés ;
- 11) de soumettre à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur le statut juridique des souches de virus variolique détenues dans les deux conservatoires eu égard à la propriété de celles-ci ;

12) de soumettre un rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les mesures propres à promouvoir dans les Etats Membres l'accès le plus large et le plus équitable possible aux résultats de la recherche, y compris aux agents antiviraux, aux vaccins et aux outils diagnostiques.

(Huitième séance plénière, 18 mai 2007 –
Commission A, premier rapport)

WHA60.2 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

La Soixantième 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 ;

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;¹

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 ;

Préoccupée également par la crise sanitaire et le niveau croissant de l'insécurité alimentaire dans le territoire palestinien occupé due à la retenue par Israël des recettes douanières palestiniennes ;

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 ;

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 ;

¹ Document A60/29.

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 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) 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 ;
- 3) facilite l'accès des patients et du personnel médical palestiniens aux établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée ;
- 4) verse régulièrement et sans retard à l'Autorité palestinienne ses recettes douanières et ses recettes de l'assurance-maladie pour lui permettre de s'acquitter de ses responsabilités concernant les besoins essentiels de l'être humain, y compris les services de santé ;
- 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 tous ses plans, y compris la politique de bouclage, qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;

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

- 1) d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;
- 2) de fournir un appui financier et technique aux services de santé publique et aux services vétérinaires afin de mettre en oeuvre le plan national palestinien destiné à prévenir la propagation de la grippe aviaire dans le territoire palestinien occupé ;
- 3) de contribuer à faire lever les restrictions et obstacles imposés au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé ;

4) 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 ;

5) 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 ;

3. REMERCIE vivement le Directeur général :

1) 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 ;

2) de l'organisation d'une réunion d'urgence d'une journée sur la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé et de l'aide apportée à la suite de cette journée ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de seconder les services sanitaires et vétérinaires palestiniens dans la création d'un laboratoire moderne de santé publique capable de diagnostiquer la grippe aviaire chez l'homme et chez l'animal ;

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 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 soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;

6) de contribuer à déterminer les causes inexplicables jusqu'ici des blessures mortelles et des souffrances subies par les victimes palestiniennes des attaques israéliennes ;

7) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.3 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2006 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2006 ;¹

Ayant pris note du premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ;²

ACCEPTE le rapport financier intérimaire non vérifié du Directeur général pour l'année 2006.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.4 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état de recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats 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 Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine, des Comores, de la Dominique, de la Guinée-Bissau, du Kirghizistan, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo et de la Somalie était suspendu, et que cette suspension devait se prolonger jusqu'à ce que les arriérés des Etats Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, le Cap-Vert était redevable 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 ce Membre à l'ouverture de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé ;

DECIDE :

1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, le Cap-Vert est encore

¹ Documents A60/30 et A60/30 Add.1.

² Document A60/41.

³ Document A60/42.

redevable d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, son droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;

2) que toute suspension ainsi décidée se prolongera à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées suivantes jusqu'à ce que les arriérés du Cap-Vert 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.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.5 Barème des contributions pour l'exercice 2008-2009

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

ADOpte le barème des contributions des Membres pour l'exercice 2008-2009, tel qu'il figure ci-dessous :

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2008-2009 %
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
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	0,0060
Bosnie-Herzégovine	0,0060
Botswana	0,0140
Brésil	0,8761
Brunéi Darussalam	0,0260
Bulgarie	0,0200
Burkina Faso	0,0020

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2008-2009 %
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
Egypte	0,0880
El Salvador	0,0200
Emirats arabes unis	0,3020
Equateur	0,0210
Erythrée	0,0010
Espagne	2,9682
Estonie	0,0160
Etats-Unis d'Amérique	22,0000
Ethiopie	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
Guyana	0,0010
Haïti	0,0020
Honduras	0,0050
Hongrie	0,2440
Iles Cook	0,0010
Iles Marshall	0,0010
Iles Salomon	0,0010
Inde	0,4500
Indonésie	0,1610
Iran (République islamique d')	0,1800
Iraq	0,0150
Irlande	0,4450
Islande	0,0370

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2008-2009 %
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 (Etats 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
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

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2008-2009 %
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
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

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2008-2009 %
Yémen	0,0070
Zambie	0,0010
Zimbabwe	0,0080
Total	100,0000

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.6 Contribution d'un nouveau Membre

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la contribution d'un nouveau Membre ;¹

SE FELICITE d'accueillir la République du Monténégro en tant que nouveau Membre de l'OMS et fixe le taux de sa contribution à 0,001 %, correspondant à un montant de US \$1490 pour 2006 et de US \$4470 pour 2007.²

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.7 Nomination du Commissaire aux Comptes

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

DECIDE que le titulaire de la charge de Contrôleur et Vérificateur général des Comptes de l'Inde est nommé Commissaire aux Comptes de l'Organisation mondiale de la Santé pour les exercices 2008-2009 et 2010-2011 et qu'il devra effectuer ses vérifications de comptes conformément aux principes énoncés à l'article XIV et à l'appendice du Règlement financier et qu'il pourra, s'il y a lieu, désigner un représentant chargé de le suppléer en son absence.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.8 Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur l'exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4 ;³

¹ Document A60/44.

² Voir résolution WHA60.5.

³ Documents A60/43, A60/43 Add.1 et A60/46.

DECIDE que tout excédent de recettes diverses en 2006-2007 par rapport au montant de US \$31,8 millions autorisé à l'origine dans la résolution WHA58.4, jusqu'à un maximum de US \$7 millions, peut être utilisé pour financer des technologies de l'information cruciales et d'autres coûts d'investissement liés à la mise en oeuvre du système mondial de gestion.¹

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.9 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : introduction des normes comptables internationales du secteur public²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'introduction des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS) et les amendements connexes au Règlement financier proposés par le Directeur général et approuvés par le Conseil exécutif à sa cent vingtième session ;³

1. APPROUVE l'introduction des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS) ;
2. PREND NOTE de la modification apportée aux normes comptables du système des Nations Unies qui permettra à l'OMS d'introduire progressivement les normes IPSAS ;
3. NOTE par ailleurs que le Directeur général soumettra pour examen aux organes directeurs, à de futures sessions, les propositions d'amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière résultant de l'adoption des normes IPSAS ;
4. ADOPTE les amendements au paragraphe 4.4 du Règlement financier afin d'exposer clairement le fonctionnement du mécanisme de compensation des pertes au change, avec effet au 1^{er} janvier 2008, ainsi que les amendements au paragraphe 4.5 du Règlement financier afin de permettre le report de crédits du budget ordinaire pour régler les engagements pris avant la fin d'un exercice et mis en oeuvre avant la fin de la première année de l'exercice suivant ;
5. SUPPRIME les paragraphes 6.5 et 8.2 du Règlement financier pour mettre fin au plan d'incitation financière qui n'a pas réussi à encourager les Etats Membres à verser promptement leur contribution, avec effet au 1^{er} janvier 2008.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

¹ Voir à l'annexe 3 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Voir annexe 1.

³ Document A60/33.

WHA60.10 Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général ;¹

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à partir du 1^{er} janvier 2007 à US \$168 826 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$122 737 (avec personnes à charge) ou de US \$111 142 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général adjoint à partir du 1^{er} janvier 2006 à US \$176 877 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$127 970 (avec personnes à charge) ou de US \$115 166 (sans personnes à charge) ; et, à partir du 1^{er} janvier 2007, à US \$185 874 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$133 818 (avec personnes à charge) ou de US \$120 429 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général, à compter du 1^{er} janvier 2007, à US \$228 818 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$161 732 (avec personnes à charge) ou de US \$143 829 (sans personnes à charge).

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission B, premier rapport)

WHA60.11 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA59.4 sur le onzième programme général de travail, 2006-2015 ;

Reconnaissant que le onzième programme général de travail définit un programme mondial d'action sanitaire et fixe le cadre général et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS ;

Notant que le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 constitue un cadre biennal souple qui guidera, en assurant la continuité pendant trois exercices, l'établissement des budgets programmes biennaux et plans opérationnels conformément au programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les priorités sont définies plus en détail dans le plan stratégique à moyen terme sous forme d'objectifs stratégiques, et dans le budget programme biennal sous forme de résultats escomptés ;

Notant que les projets de budget programme 2010-2011 et 2012-2013 seront soumis respectivement à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé pour décision ;

¹ Documents A60/36 et A60/36 Corr.1.

Se félicitant du caractère intersectoriel des objectifs stratégiques, qui créent des synergies et facilitent la collaboration entre les différents programmes en tenant compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats sanitaires, les politiques et systèmes de santé et les technologies sanitaires ;

Reconnaissant que le plan stratégique à moyen terme, qui définit des objectifs stratégiques au lieu de domaines d'activité étroits, offre une structure programmatique plus stratégique et plus souple tenant mieux compte des besoins des pays et des Régions et facilite la coordination et la collaboration dans l'ensemble de l'Organisation et avec les Etats Membres, les organisations du système des Nations Unies et d'autres acteurs ;

1. APPROUVE le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;
2. ENGAGE les Etats Membres à définir leur rôle et les mesures à prendre pour atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le plan stratégique à moyen terme ;
3. INVITE les organisations intéressées du système des Nations Unies, les partenaires et organismes internationaux d'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé à étudier comment ils peuvent contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques fixés dans le plan stratégique à moyen terme ;
4. DECIDE d'examiner le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 tous les deux ans en même temps que le projet de budget programme afin, le cas échéant, de réviser le plan stratégique, y compris les indicateurs et les cibles ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de se servir du plan stratégique à moyen terme pour fixer les orientations stratégiques de l'Organisation pendant la période 2008-2013 afin d'exécuter le programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail ;
 - 2) de se servir du plan stratégique à moyen terme pour guider l'établissement des projets de budget programme 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013 et des plans opérationnels pour chaque période biennale ;
 - 3) de collaborer avec les organisations intéressées du système des Nations Unies, les partenaires et organismes internationaux d'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé en vue de la mise en oeuvre du plan stratégique à moyen terme ;
 - 4) de recommander à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, parallèlement aux projets de budget programme 2010-2011 et 2012-2013, les révisions du plan stratégique à moyen terme qui seraient nécessaires ;
 - 5) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session, sur l'application de la présente résolution, et de rendre compte ensuite tous les deux ans des progrès accomplis.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA60.12 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2008-2009

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

1. NOTE que le montant total du budget effectif, toutes sources de fonds confondues, s'élève à US \$4 227 480 000 ;
2. DECIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2008-2009, un crédit de US \$1 038 840 000, financé par les contributions nettes des Membres pour un montant de US \$928 840 000, les recettes diverses estimées à un montant de US \$30 000 000, 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	85 368 000
2.	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	48 996 000
3.	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, aux traumatismes et aux déficiences visuelles	45 215 000
4.	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	55 909 000
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	17 631 000
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	39 077 000
7.	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	14 427 000
8.	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	32 736 000
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	23 054 000
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	139 630 000
11.	Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	31 244 000

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes diverses US \$
12.	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	139 448 000
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	286 105 000
	Budget effectif	958 840 000
14.	Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
	Total	1 038 840 000

3. DECIDE EGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections du budget effectif 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 2008-2009 ; 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 1 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux engagements contractés pendant l'exercice allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2008-2009 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 \$11 284 310, la contribution nette des Membres s'élève donc au total à US \$940 124 310 ;

4. DECIDE par ailleurs que le niveau du fonds de roulement restera fixé à US \$31 millions, comme cela a été décidé antérieurement par la résolution WHA56.32 ;

5. NOTE que les dépenses prévues dans le projet de budget programme 2008-2009 devant être financées au moyen de contributions volontaires sont estimées à US \$3 268 640 000, comme indiqué ci-après :

Section	Objet	Montant US \$
1.	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	808 675 000
2.	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	657 936 000
3.	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, aux traumatismes et aux déficiences visuelles	112 889 000
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	303 924 000
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	200 782 000
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	122 980 000
7.	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	51 478 000
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	97 720 000
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	103 880 000
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	374 424 000
11.	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	102 789 000
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	74 896 000
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	256 267 000
	Total	3 268 640 000

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA60.13 Lutte contre la leishmaniose

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;¹

Reconnaissant que la leishmaniose est l'une des maladies tropicales les plus négligées alors que le nombre de personnes atteintes dans le monde dépasse actuellement 12 millions et que 2 millions de nouveaux cas se produisent chaque année ;

Notant avec préoccupation que la maladie menace 350 millions de personnes et que le nombre de nouveaux cas augmente ;

Reconnaissant que l'on manque d'informations exactes sur l'épidémiologie de la maladie pour mieux comprendre et endiguer la maladie ;

Constatant avec inquiétude que la maladie touche les couches les plus pauvres de la population dans 88 pays et représente une lourde charge économique pour les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;

Notant que le traitement peut représenter une charge pour les familles ;

Sachant que la malnutrition et l'insécurité alimentaire font souvent partie des facteurs qui prédisposent à la leishmaniose et aggravent la maladie ;

Reconnaissant l'importance du soutien apporté par les Etats Membres et d'autres partenaires et leur sachant gré de leur coopération permanente ;

Constatant que les Etats Membres concernés de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont engagés à collaborer aux efforts visant à éliminer la leishmaniose viscérale (kala-azar) dans la Région d'ici 2015 ;²

1. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres où la leishmaniose est un important problème de santé publique :

- 1) à redoubler d'efforts pour instaurer des programmes de lutte nationaux qui permettront d'établir des lignes directrices et des systèmes de surveillance, de collecte et d'analyse des données ;
- 2) à renforcer la prévention, le dépistage actif et le traitement de la leishmaniose cutanée et de la leishmaniose viscérale afin de réduire la charge de la maladie ;
- 3) à rendre les centres de santé périphériques mieux à même de dispenser des soins primaires et secondaires et ainsi d'assurer des services appropriés et financièrement abordables de diagnostic et de traitement et de servir de sites sentinelles ;

¹ Document A60/10.

² Memorandum of Understanding on Elimination of Kala-azar of the South-East Asia Region, 18 mai 2005.

4) à faire des évaluations épidémiologiques afin d'établir la carte des foyers d'infection et de calculer l'impact réel de la leishmaniose en s'appuyant sur des études exactes de la prévalence et de l'incidence, de l'impact socio-économique et de l'accès à la prévention et aux soins, et de l'étendue de la maladie chez les personnes touchées par la malnutrition et le VIH ;

5) à renforcer la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs ou sont confrontés aux mêmes menaces ; à instaurer une structure décentralisée dans les régions qui comptent d'importants foyers de la maladie en renforçant la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs, en désignant davantage de centres collaborateurs OMS pour la leishmaniose et en leur conférant un plus grand rôle, et en s'appuyant sur les initiatives prises par les différents acteurs et sur la collaboration interinstitutions aux niveaux national et international pour tous les aspects de la lutte contre la leishmaniose ainsi que du dépistage et du traitement de cette maladie, ces initiatives étant encouragées avec le secteur privé par les programmes nationaux de lutte ;

6) à promouvoir la pérennité de la surveillance de la leishmaniose et de la lutte contre cette maladie ;

7) à améliorer tant les connaissances et les qualifications pour prévenir les cas de leishmaniose dans les populations rurales que la situation socio-économique de ces populations afin de combattre cette maladie ;

8) à aider à faire des études sur la surveillance de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ;

9) à échanger des données d'expérience sur la mise au point d'études et de techniques concernant la prévention de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ;

2. INVITE EN OUTRE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à plaider pour des médicaments de qualité et financièrement abordables et des politiques pharmaceutiques nationales appropriées ;

2) à encourager la recherche sur la lutte contre la leishmaniose afin :

a) de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte contre les vecteurs et les réservoirs ;

b) de mettre au point d'autres médicaments sûrs, efficaces, financièrement abordables et moins toxiques à administrer en cure plus courte par voie orale ou parentérale ou en application locale et de nouvelles associations médicamenteuses, et de définir une posologie et une durée de traitement appropriées pour ces médicaments ;

c) de trouver des mécanismes qui facilitent l'accès aux mesures de lutte existantes, y compris en entreprenant des études socio-économiques et une réforme du secteur de la santé dans certains pays en développement ;

d) d'évaluer et d'améliorer la sensibilité et la spécificité des méthodes de diagnostic sérologique de la leishmaniose viscérale canine et humaine, et d'évaluer notamment leur standardisation et leur efficacité ;

- e) d'évaluer l'efficacité d'autres mesures de lutte telles que l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ;
3. ENGAGE les organismes partenaires à poursuivre et à accroître leur soutien aux programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose et, le cas échéant, à accélérer la recherche et la mise au point d'un vaccin contre la leishmaniose ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de sensibiliser à l'importance de la charge mondiale de la leishmaniose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour la prévention et la prise en charge de la maladie ;
 - 2) de rédiger des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la leishmaniose en s'attachant à mettre à jour le rapport du Comité OMS d'experts sur les leishmanioses,¹ dans le but de dresser des plans régionaux et d'encourager la création de groupes régionaux d'experts ;
 - 3) de renforcer la collaboration entre les acteurs de différents secteurs, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de contribuer à l'élaboration et à l'exécution de programmes de lutte contre la leishmaniose ;
 - 4) de concevoir une politique de lutte contre la leishmaniose avec l'appui technique du Tableau d'experts OMS de la leishmaniose ;
 - 5) de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose, notamment pour mettre au point des vaccins, des outils diagnostiques et des médicaments moins toxiques qui soient à la fois sûrs, efficaces et financièrement abordables, et la diffusion des résultats de cette recherche, en particulier par l'intermédiaire du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ;
 - 6) de suivre les progrès de la lutte contre la leishmaniose en collaboration avec les partenaires internationaux, les bureaux régionaux de l'OMS et les Etats Membres touchés par la leishmaniose ;
 - 7) de promouvoir une action avec les grands laboratoires afin de réduire le prix des médicaments pour les pays en développement ;
 - 8) de promouvoir et d'appuyer :
 - a) l'évaluation de l'efficacité de nouveaux médicaments ;
 - b) l'évaluation de la posologie et de la durée du traitement avec les médicaments existants ;
 - c) la standardisation des réactifs de diagnostic, en particulier pour la leishmaniose viscérale ;

¹ OMS, Série de Rapports techniques N° 793, 1990.

9) de faciliter et d'améliorer la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux concernés par la leishmaniose ;

10) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes de lutte contre la leishmaniose.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA60.14 Polioomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;¹

Rappelant que, dans la résolution WHA59.1, les Etats Membres où la poliomyélite est endémique sont instamment invités à donner suite à leur engagement d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage ;

Reconnaissant que le poliovirus ne sévit plus à l'état endémique que dans des zones géographiquement délimitées de quatre pays ;

Reconnaissant la nécessité d'un consensus international sur les politiques à long terme pour réduire au maximum et gérer les risques d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication ;

Reconnaissant que les voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule encore peuvent constituer un risque de propagation internationale du virus ;

Notant que le maintien d'une couverture vaccinale systématique élevée dans les pays exempts de poliomyélite contribue à diminuer le risque de flambées dues à des poliovirus sauvages et réduit au maximum le risque de flambées dues à des poliovirus dérivés de souches vaccinales ;

Notant que la planification en vue d'un tel consensus international doit commencer dans un proche avenir ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres où la poliomyélite reste présente dans certaines zones géographiques, en particulier les quatre pays où la poliomyélite est endémique :

1) à mettre en place des dispositifs afin de renforcer l'engagement politique en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite à tous les niveaux et d'associer les dirigeants locaux et les membres des dernières populations touchées par la poliomyélite à leur action dans le but d'assurer l'acceptation complète des campagnes de vaccination antipoliomyelitiques et la pleine participation à ces campagnes ;

2) à intensifier les activités d'éradication de la poliomyélite afin d'interrompre rapidement la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;

¹ Document A60/11.

2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

- 1) à examiner et, le cas échéant, à réactualiser les recommandations nationales sur la vaccination antipoliomyélitique afin de réduire le risque de propagation internationale ;
- 2) à réduire les conséquences potentielles de la propagation internationale du poliovirus sauvage en obtenant et en maintenant une couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique supérieure à 90 % et, le cas échéant, en menant des activités de vaccination supplémentaires, sous forme de campagnes supplémentaires en étroite collaboration avec les médias et le grand public ;
- 3) à renforcer la surveillance active de la paralysie flasque aiguë afin de détecter rapidement tout poliovirus sauvage circulant et se préparer à la certification de l'éradication de la poliomyélite ;
- 4) à se préparer au confinement biologique à long terme des poliovirus par l'application des mesures énoncées dans le cadre des phases 1 et 2 de l'édition actuelle du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire ;¹

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à fournir un appui technique aux derniers Etats Membres où la poliomyélite reste présente dans le cadre de leurs efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage ainsi qu'aux Etats Membres exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus ;
- 2) de contribuer à la mobilisation de ressources financières pour éradiquer la poliomyélite dans les dernières zones où le poliovirus circule, pour fournir un appui aux pays actuellement exempts de poliomyélite qui sont exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus, et pour réduire au maximum les risques de réémergence de la maladie après son éradication ;
- 3) de continuer à collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies sur les questions de sécurité, par des dispositifs comme l'instauration de « journées de tranquillité » dans les zones où un meilleur accès aux enfants s'impose pour que tous puissent être vaccinés ;
- 4) de continuer à examiner et à diffuser les mesures que les Etats Membres peuvent prendre pour réduire le risque et les conséquences de la propagation internationale de poliovirus en y incluant, si et quand c'est nécessaire, l'étude de recommandations provisoires ou permanentes, en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ; et, si de telles recommandations sont faites, de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les aspects financiers et opérationnels découlant de leur mise en oeuvre, ainsi que sur les enseignements à en tirer ;
- 5) de soumettre des propositions à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé afin de réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication, en parvenant à un consensus international sur l'utilisation à long terme des vaccins antipoliomyélitiques et sur le confinement biologique des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007 –
Commission A, deuxième rapport)

¹ Document WHO/V&B/03.11 (deuxième édition).

WHA60.15 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA58.34 concernant le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

Ayant examiné le rapport sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;¹

Reconnaissant le rôle essentiel de l'ensemble de la recherche sanitaire et médicale dans l'amélioration de la santé humaine ;

Reconnaissant par ailleurs que la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé est limitée et que les données qui en découlent sont importantes pour orienter les politiques de façon à réduire les écarts ;

Réaffirmant que la recherche visant à renforcer les systèmes de santé est fondamentale pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant qu'un large fossé subsiste entre pays développés et pays en développement en matière de capacité de recherche en santé et qu'il risque d'entraver les efforts visant à obtenir de meilleurs résultats sanitaires et de contribuer à une aggravation de l'exode des cerveaux ;

Notant en particulier les travaux du CIRC, du Centre OMS pour le développement sanitaire, du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ;

Convaincue que les résultats de la recherche et les données issues de systèmes d'information sanitaire efficaces devraient étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Consciente que l'Organisation devrait montrer l'exemple en utilisant les résultats de la recherche pour étayer les décisions concernant la santé ;

Réaffirmant le soutien que les programmes de recherche coparrainés par l'OMS apportent dans les domaines négligés de la recherche qui présentent un intérêt pour les populations pauvres et défavorisées, en particulier les maladies liées à la pauvreté, la tuberculose, le paludisme et le sida, et reconnaissant la contribution de l'OMS au développement du potentiel de recherche ;

Attachée à garantir le respect de normes éthiques dans la conduite des recherches en santé que soutient l'Organisation ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire d'évaluer les progrès de la recherche en santé réalisés depuis 2004 et de débattre des besoins futurs de tous les Etats Membres en matière de promotion de recherches en santé et de politiques reposant sur des données factuelles ;

¹ Document A60/23.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 par la Commission de Recherche en Santé pour le Développement, à savoir que les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ;¹
- 2) à envisager la mise au point et le renforcement des instruments de contrôle des ressources afin de suivre l'évolution des fonds publics et des crédits des donateurs dépensés pour la recherche en santé, et à communiquer les résultats pertinents de la recherche aux décideurs, à la société civile et au grand public ;
- 3) à intégrer la recherche dans les principaux plans et activités programmatiques nationaux et à promouvoir un plus large accès aux résultats de la recherche ;
- 4) à renforcer les capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels chargés d'examiner les propositions de recherche en santé, selon qu'il conviendra ;
- 5) à élaborer des politiques et des textes législatifs sur la recherche en santé, ou à les renforcer, selon qu'il conviendra ;
- 6) à créer un programme permanent de formation des directeurs de la recherche et à mettre en place un ensemble de personnels qualifiés pour diriger la recherche en santé s'il y a lieu ;
- 7) à mieux organiser la carrière des chercheurs qui ne relèvent pas nécessairement du ministère chargé de la recherche, selon qu'il conviendra ;
- 8) à envisager de développer le potentiel de recherche national dans les domaines complémentaires suivants : acquisition de nouvelles connaissances, ressources humaines et financières, instituts de recherche et utilisation des résultats de la recherche pour la prise de décision, et à encourager les réseaux nationaux et internationaux de collaboration en matière de recherche ;
- 9) à instaurer un mécanisme, et à le renforcer selon qu'il conviendra, pour que toutes les parties intéressées participent à l'établissement des priorités de la recherche en santé en tenant compte des changements dynamiques des systèmes de santé, de la charge de la maladie et des questions nouvelles qui touchent à la santé ;

2. EXHORTE la communauté de la recherche en santé, les autres organisations internationales, le secteur privé, la société civile et les autres parties concernées à apporter un soutien solide et durable aux activités entreprises dans tous les domaines de la recherche sanitaire, médicale et comportementale, et en particulier la recherche sur les maladies transmissibles, la pauvreté et les inégalités en matière de santé, avec la participation des communautés et conformément aux priorités de chaque pays, et à continuer de soutenir les activités visant à promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche pour inspirer les politiques, les pratiques et l'opinion publique ;

¹ In: Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. New York, Oxford University Press, 1990.

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de promouvoir et d'encourager la recherche dans les domaines négligés présentant une importance pour l'amélioration de la santé, en particulier concernant les maladies qui touchent avant tout les pays en développement, et dans l'intérêt des groupes pauvres et défavorisés ;
- 2) de renforcer au sein de l'Organisation la culture de la recherche servant à prendre des décisions fondées sur des données factuelles et de faire en sorte que ses activités techniques s'appuient sur la recherche ;
- 3) de mettre sur pied un système de rapports sur les activités de l'OMS en matière de recherche en santé ;
- 4) d'améliorer sensiblement la coordination des activités de recherche pertinentes, et notamment l'intégration de la recherche dans la prévention et la lutte contre la maladie, et de désigner au sein de l'Organisation un point focal ayant une vue d'ensemble de toutes les activités de l'OMS en matière de recherche ;
- 5) d'examiner l'usage qu'il est fait des données de la recherche pour l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;
- 6) de mettre en place des dispositifs transparents pour établir un ordre de priorité concernant les activités et les projets de recherche au sein de l'OMS, y compris des dispositifs indépendants d'examen collégial et des critères de sélection tels que la pertinence et la qualité scientifique ;
- 7) d'instaurer des méthodes et des mécanismes normalisés pour la conduite de la recherche et l'application des résultats par l'Organisation, y compris l'enregistrement de ses propositions de recherche dans une base de données accessible à tous, l'examen collégial des propositions et la diffusion des résultats ;
- 8) de conseiller les Etats Membres qui le demanderont sur les moyens d'organiser des systèmes de recherche pour améliorer la santé ;
- 9) de contribuer à faciliter l'accès aux résultats pertinents de la recherche, notamment en soutenant le mouvement visant à ouvrir l'accès aux revues scientifiques ;
- 10) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils développent leur potentiel de recherche sur les systèmes et les politiques de santé, s'il y a lieu ;
- 11) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour le renforcement des capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels sur la recherche en santé, l'examen des protocoles de recherche complexes, et l'élaboration de politiques nationales de santé et de textes législatifs sur la recherche en santé ;
- 12) de définir et mettre en oeuvre des dispositifs afin de mieux aider les pays et les Régions à reconnaître et optimiser la recherche en santé en tant qu'élément clé du développement des systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement ;
- 13) de mettre au point des stratégies simples susceptibles d'être utilisées par les gouvernements pour déterminer les priorités de la recherche en santé, selon qu'il conviendra ;

- 14) d'instituer des systèmes et des mécanismes appropriés pour multiplier les interactions et faciliter la convergence entre les chercheurs et ceux qui utilisent leurs travaux pertinents afin que les résultats de la recherche soient mieux utilisés et les politiques de santé mieux conçues ;
- 15) d'offrir des possibilités de développement des capacités en matière d'économie de la santé, d'évaluation de la technologie sanitaire, d'évaluation de l'impact économique des maladies, et de calcul du coût de différentes interventions afin que chaque pays puisse optimiser les prestations de son système de santé ;
- 16) de renforcer les capacités afin de contrôler et d'indiquer aux Etats Membres le total des dépenses consacrées à la recherche en santé par pays et par Région, par source – fonds publics et donateurs – et par catégorie ;
- 17) de soumettre à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé une stratégie sur la gestion et l'organisation des activités de recherche au sein de l'OMS ;
- 18) de convoquer à Bamako, en novembre 2008, une conférence ministérielle sur la recherche en santé ouverte à la participation de tous les Etats Membres.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA60.16 Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS ;¹

Rappelant le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients étudié à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et suivi par l'adoption de la résolution WHA58.27 sur l'amélioration de l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Rappelant les résolutions WHA39.27, WHA41.16 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA41.17, WHA45.30 et WHA47.16 sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments, WHA43.20 et WHA45.27 sur le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, WHA47.12 sur le rôle du pharmacien à l'appui de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS, WHA49.14 et WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée, WHA51.9 sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet, et WHA54.11 sur la stratégie pharmaceutique de l'OMS ;

Reconnaissant les efforts déployés par l'OMS, en collaboration avec les gouvernements, les universités, le secteur privé et les organisations non gouvernementales dans les domaines liés aux systèmes de prestation des soins de santé et aux programmes d'assurance-maladie, pour améliorer l'usage des médicaments par les prescripteurs, les dispensateurs et les patients ;

¹ Document A60/24.

Attentive aux composantes essentielles de la stratégie de l'OMS pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;¹

Souhaitant promouvoir l'usage rationnel scientifiquement fondé des médicaments par les prestataires et les consommateurs et assurer un meilleur accès aux médicaments essentiels ;

Consciente que l'usage non rationnel des médicaments demeure un problème urgent et généralisé dans le secteur public et le secteur privé de la santé des pays développés comme des pays en développement, ce qui a des conséquences graves en termes d'issues sanitaires pour les patients, de réactions indésirables aux médicaments, d'accroissement de la résistance aux antimicrobiens et de gaspillage des ressources ;

Constatant que l'on ne pourra parvenir à appliquer avec succès les résolutions précédentes sur la résistance aux antimicrobiens sans aborder le problème mondial de l'usage non rationnel des médicaments ;

Reconnaissant que de nombreux pays ne disposent ni d'une autorité de réglementation pharmaceutique rigoureuse, ni d'un programme ou d'un organisme national en bonne et due forme pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

Soulignant que les initiatives mondiales destinées à élargir l'accès aux médicaments essentiels devraient suivre le principe de l'usage rationnel des médicaments et inclure l'observance par les patients ;

Préoccupée par le peu d'attention et de ressources consacré au problème de l'usage non rationnel des médicaments par les prescripteurs, les dispensateurs et les consommateurs ;

Soulignant la nécessité d'une approche globale, durable, nationale et sectorielle pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

Reconnaissant que le financement des médicaments et les modalités de paiement des prestataires peuvent avoir des conséquences non négligeables sur l'usage rationnel et qu'il faut mettre en place des politiques appropriées de financement des soins de santé ;

Reconnaissant qu'il peut y avoir, dans tout le système de santé, des incitations à utiliser les médicaments de façon non rationnelle, par exemple dans certaines circonstances donnant lieu à des conflits d'intérêts ;

Préoccupée du fait que les ventes directes au consommateur ou par le biais d'Internet peuvent conduire à un usage non rationnel des médicaments ;

Convaincue qu'il est temps que les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale s'engagent, notamment en apportant des ressources suffisantes, à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

¹ Document WHO/EDM/2004.5.

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :¹

- 1) d'investir suffisamment dans les ressources humaines et de prévoir un financement adéquat pour renforcer la capacité institutionnelle d'assurer un usage mieux adapté des médicaments tant dans le secteur public que dans le secteur privé ;
- 2) d'envisager de créer et/ou de renforcer, selon les besoins, une autorité nationale de réglementation pharmaceutique et un programme national complet et/ou un organe pluridisciplinaire associant la société civile et des organismes professionnels, pour surveiller et promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
- 3) d'étudier la possibilité de développer, de renforcer et de mener à bien, selon le cas, l'application d'une liste de médicaments essentiels dans l'ensemble des prestations des fonds d'assurance existants ou nouveaux ;
- 4) de mettre au point des programmes de formation sur l'usage rationnel des médicaments, de consolider ceux qui existent déjà et de veiller à ce qu'ils soient pris en compte dans les programmes de formation de tous les professionnels de la santé et étudiants en médecine, y compris leur formation continue, le cas échéant, et de promouvoir des programmes d'éducation du grand public à l'usage rationnel des médicaments ;
- 5) de promulguer une nouvelle législation ou de faire respecter la législation existante pour interdire la promotion inexacte, trompeuse ou contraire à l'éthique de médicaments, de surveiller la promotion des médicaments et de mettre au point et d'appliquer des programmes qui fourniront des informations indépendantes et dénuées de caractère promotionnel sur les médicaments ;
- 6) d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques et programmes nationaux, y compris des recommandations cliniques et des listes de médicaments essentiels, selon que de besoin, pour améliorer l'usage des médicaments, en mettant l'accent sur des interventions plurielles destinées aux secteurs public et privé de la santé et intéressant les prestataires et les consommateurs ;
- 7) d'envisager de développer et, au besoin, de renforcer la capacité des commissions pharmaceutiques et thérapeutiques hospitalières à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
- 8) d'élargir au niveau national les interventions durables mises en oeuvre avec succès au niveau local ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer le rôle de direction et de sensibilisation factuelle de l'OMS en ce qui concerne la promotion de l'usage rationnel des médicaments ;
- 2) en collaboration avec les gouvernements et la société civile, de consolider l'appui technique de l'OMS aux Etats Membres lorsqu'ils s'efforcent de créer des organes nationaux multidisciplinaires chargés de surveiller l'usage des médicaments ou de les renforcer le cas

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

échéant, et de mettre en oeuvre des programmes nationaux relatifs à l'usage rationnel des médicaments ;

3) de renforcer la coordination de l'appui financier et technique international pour l'usage rationnel des médicaments ;

4) de promouvoir la recherche, notamment la mise au point d'interventions durables pour l'usage rationnel des médicaments à tous les niveaux du secteur de la santé, public comme privé ;

5) de susciter la discussion entre les autorités sanitaires, les professionnels de la santé et les patients sur l'usage rationnel des médicaments ;

6) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et ultérieurement, tous les deux ans, sur les progrès réalisés, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées pour la mise en oeuvre des programmes de l'OMS destinés à promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA60.17 Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA22.30, WHA28.64 et WHA31.50 sur la fluoruration et la santé dentaire, WHA36.14 sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous, WHA42.39 sur la santé bucco-dentaire ; WHA56.1 et WHA59.17 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses ; WHA57.14 « Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA » ; WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ; WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; WHA58.16 « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action » ; WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;

Ayant examiné le rapport sur le plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections ;¹

Constatant le lien intrinsèque entre la santé bucco-dentaire, la santé en général et la qualité de vie ;

Soulignant la nécessité d'incorporer des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires dans les programmes de prévention et de prise en charge intégrées des maladies chroniques ;

¹ Document A60/16.

Consciente du fait que l'importance des activités de prévention et de lutte concernant les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;

Se félicitant du rôle joué par les centres collaborateurs de l'OMS, les partenaires et les organisations non gouvernementales pour améliorer la santé bucco-dentaire dans le monde ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à prendre des mesures afin que la santé bucco-dentaire soit incorporée selon qu'il conviendra aux politiques relatives à la prévention et à la prise en charge intégrées des maladies non transmissibles chroniques et des maladies transmissibles, ainsi qu'aux politiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant ;
- 2) à prendre des mesures pour que des approches fondées sur des données factuelles soient utilisées pour incorporer en tant que de besoin la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention et de lutte intégrées concernant les maladies non transmissibles ;
- 3) à envisager des dispositifs propres à assurer la couverture de la population en soins de santé bucco-dentaires essentiels, à incorporer la santé bucco-dentaire dans le cadre des soins de santé primaires renforcés pour les maladies non transmissibles chroniques, et à promouvoir l'accès aux services de santé bucco-dentaire qui devraient être orientés vers la prévention des maladies et la promotion de la santé des populations pauvres et défavorisées, en collaboration avec les programmes intégrés de prévention des maladies non transmissibles chroniques ;
- 4) pour les pays qui n'ont pas accès à des niveaux de fluor optimaux et qui n'ont pas encore établi de programmes de fluoration systématique, à envisager la mise au point et l'application de programmes de fluoration en donnant la priorité à des stratégies équitables telles que la fluoration automatique de l'eau de boisson, du sel ou du lait, par exemple, et à l'approvisionnement en dentifrice fluoré à un coût abordable ;
- 5) à prendre des dispositions afin que la prévention du cancer de la bouche fasse partie intégrante des programmes nationaux de lutte contre le cancer et que des professionnels de la santé bucco-dentaire ou des personnels de soins de santé primaires ayant reçu une formation appropriée en soins bucco-dentaires soient associés au dépistage, au diagnostic précoce et à la prise en charge ;
- 6) à prendre des dispositions pour assurer la prévention des maladies bucco-dentaires liées au VIH/sida et la promotion de la santé bucco-dentaire et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, en y associant des professionnels de la santé bucco-dentaire ou du personnel spécialement formé aux soins de santé primaires, et en appliquant les soins de santé bucco-dentaire primaires là où cela est possible ;
- 7) à élaborer et mettre en oeuvre des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires pour les enfants d'âge préscolaire et les écoliers dans le cadre des activités des écoles-santé ;
- 8) à renforcer la capacité de produire des personnels de santé bucco-dentaire, notamment des hygiénistes, des infirmières et des auxiliaires dentaires, en veillant à la répartition équitable de ces personnels auxiliaires au niveau des soins primaires et en faisant assurer par le biais de systèmes d'orientation appropriés des services d'appui adéquats par des dentistes ;

9) à élaborer et mettre en oeuvre, dans les pays touchés par le noma, des programmes de lutte contre le noma au sein des programmes nationaux de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, de santé maternelle et de réduction de la malnutrition et de la pauvreté, conformément aux objectifs de développement liés à la santé convenu sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

10) à incorporer un système d'information en santé bucco-dentaire intégré aux plans de surveillance sanitaire afin que les objectifs de santé bucco-dentaire soient en accord avec les normes internationales, et à évaluer les progrès en matière de promotion de la santé bucco-dentaire ;

11) à renforcer la recherche en santé bucco-dentaire, à utiliser la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies fondées sur des preuves scientifiques pour consolider et ajuster les programmes de santé bucco-dentaire, et à encourager les échanges inter pays de connaissances et d'expériences fiables dans le domaine des programmes communautaires de santé bucco-dentaire ;

12) à veiller à la planification des ressources humaines et des effectifs de santé bucco-dentaire dans le cadre des plans nationaux de santé ;

13) à accroître, en tant que de besoin, les allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte concernant les maladies et affections bucco-dentaires et cranio-faciales ;

14) à renforcer les partenariats et le partage des responsabilités entre parties prenantes pour qu'il y ait le plus possible de ressources à l'appui des programmes nationaux de santé bucco-dentaire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de faire prendre conscience des défis mondiaux à relever pour améliorer la santé bucco-dentaire, et des besoins spécifiques et uniques des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et des groupes de population pauvres et défavorisés ;

2) de veiller à ce que l'Organisation, aux niveaux mondial et régional, fournisse des conseils et un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de santé bucco-dentaire dans le cadre d'approches intégrées de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ;

3) de promouvoir de façon continue la coopération internationale et l'interaction avec et parmi tous les acteurs concernés par la mise en oeuvre du plan d'action pour la santé bucco-dentaire, y compris les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire et les organisations non gouvernementales ;

4) de faire part à l'UNICEF et aux autres organisations du système des Nations Unies qui entreprennent des activités liées à la santé de l'importance d'intégrer la santé bucco-dentaire dans leurs programmes ;

5) de renforcer la prééminence de l'OMS en ce qui concerne les aspects techniques de la santé bucco-dentaire, notamment en accroissant, en tant que de besoin, les ressources budgétaires et humaines à tous les niveaux.

WHA60.18 Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée du paludisme ;¹

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables ;

Notant que d'importantes ressources ont été fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative du Président des Etats-Unis d'Amérique contre le paludisme et par d'autres donateurs ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'Etats Membres, et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) ;

Rappelant que la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies fait partie des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme afin d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, et de contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à appliquer, dans leur contexte spécifique, les politiques, stratégies et instruments s'appuyant sur des données factuelles recommandés par l'OMS et des systèmes de suivi et d'évaluation fondés sur les résultats afin de renforcer la couverture par les principales interventions préventives dans les populations à risque et par des interventions curatives pour les patients atteints de paludisme, et à apprécier l'exécution des programmes ainsi que la couverture et l'effet des interventions de manière efficace et en temps utile, en particulier en utilisant la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;

2) à affecter des ressources nationales et internationales, humaines et financières, à l'assistance technique afin que les stratégies les mieux adaptées à la situation et à l'épidémiologie locales soient effectivement mises en oeuvre et que les populations cibles soient atteintes ;

3) à cesser progressivement, dans les secteurs public et privé, l'administration de monothérapies à l'artémisinine par voie orale, à promouvoir l'utilisation d'associations

¹ Document A60/12.

médicamenteuses comportant de l'artémisinine, et à appliquer des politiques interdisant la production, la commercialisation, la distribution et l'utilisation d'antipaludiques contrefaits ;

4) à élargir l'accès à des associations médicamenteuses antipaludiques sûres, efficaces et d'un coût abordable, à un traitement préventif intermittent dans le cas des femmes enceintes – avec des précautions particulières pour les femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une chimiothérapie au co-trimoxazole –, à des moustiquaires imprégnées d'insecticide – notamment par la distribution gratuite de moustiquaires le cas échéant – et aux pulvérisations à l'intérieur des habitations d'insecticides à effet rémanent adaptés et sûrs pour la lutte antipaludique, compte tenu des réglementations, normes et directives internationales pertinentes ;

5) à prévoir le cas échéant dans leur législation la pleine utilisation des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pour faciliter l'accès aux produits pharmaceutiques ;¹

6) à utiliser tous les moyens administratifs et législatifs nécessaires, y compris, le cas échéant, les dispositions contenues dans les accords internationaux, dont l'Accord sur les ADPIC, pour promouvoir l'accès aux techniques de prévention du paludisme ;

7) à chercher à réduire ou interrompre la transmission du paludisme autant que possible par une gestion intégrée des vecteurs, à favoriser une amélioration des conditions locales et environnementales et des cadres sains, et à faciliter l'accès aux services de santé de base, aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives pour réduire la charge de morbidité palustre ;

8) à mettre en oeuvre des approches intégrées de prévention et de lutte antipaludique par la collaboration multisectorielle et la participation responsable de la communauté ;

2. PRIE les organisations internationales et les organismes de financement :

1) de fournir un appui pour que les pays en développement puissent se doter des moyens d'étendre : l'utilisation de produits diagnostiques fiables et d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance, l'application de la lutte intégrée contre les vecteurs, y compris l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable et de mesures larvicides, la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides à effet rémanent sûrs et appropriés, comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants,² et le recours à des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris la base de données de pays mise au point par l'OMS ;

¹ Le Conseil général de l'OMC, dans sa décision du 30 août 2003 sur la mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, a décidé que « l'expression 'produit pharmaceutique' s'entend de tout produit breveté, ou produit fabriqué au moyen d'un procédé breveté, du secteur pharmaceutique nécessaire pour remédier aux problèmes de santé publique tels qu'ils sont reconnus au paragraphe 1 de la Déclaration. Il est entendu qu'elle inclurait les principes actifs nécessaires à la fabrication du produit et les kits de diagnostic nécessaires à son utilisation ».

² La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (annexe B, deuxième partie, paragraphes 1-5) autorise l'utilisation temporaire du DDT pour la lutte contre les vecteurs du paludisme tout en maintenant l'objectif de réduire et, à terme, d'éliminer l'utilisation du DDT, et demande que soient mises au point des solutions de remplacement.

- 2) d'accroître les ressources pour la lutte antipaludique afin que les organismes compétents puissent continuer à fournir un appui aux pays, et d'affecter des moyens supplémentaires à l'assistance technique pour que les ressources financières puissent être absorbées et utilisées de manière efficace dans les pays ;
 - 3) de fournir un appui pour l'élimination du paludisme dans les zones où il est possible de l'éliminer durablement ;
 - 4) d'ajuster leurs politiques afin de cesser progressivement de financer la fourniture et la distribution de monothérapies orales comportant de l'artémisinine et d'adhérer à des campagnes visant à interdire la production, la commercialisation, la distribution et l'utilisation d'antipaludiques contrefaits ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de prendre les mesures voulues pour identifier les lacunes dans les connaissances en matière de lutte antipaludique et d'élimination du paludisme ; fournir un appui à la mise au point de nouveaux instruments de diagnostic, traitement, prévention et lutte et de stratégies ; estimer avec plus d'exactitude la charge de morbidité mondiale et les tendances dans ce domaine ; mettre au point de nouveaux outils et méthodes d'évaluation des effets et de la rentabilité des interventions ; renforcer les activités de recherche antipaludique en cours à l'OMS, y compris celles du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; fournir une assistance technique aux pays pour leur permettre de mener des activités de recherche opérationnelle et pratique ; et mobiliser des ressources et accroître le soutien en faveur de la recherche pour mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies de prévention et de lutte concernant le paludisme ;
 - 2) de renforcer et de rationaliser les ressources humaines affectées à la lutte antipaludique en déployant le personnel au niveau des pays et en améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à fournir des orientations techniques aux programmes de santé nationaux ;
 - 3) de fournir un appui à la coordination des efforts des partenaires et des pays pour la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ;
 - 4) d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte antipaludique ;
 - 5) de soutenir la gestion rationnelle de l'utilisation du DDT pour la lutte antivectorielle conformément à la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants¹ et d'échanger des données sur cette utilisation avec les Etats Membres ;
 - 6) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les deux ans, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ;

¹ La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (annexe B, deuxième partie, paragraphes 1-5) autorise l'utilisation temporaire du DDT pour la lutte contre les vecteurs du paludisme tout en maintenant l'objectif de réduire et, à terme, d'éliminer l'utilisation du DDT, et demande que soient mises au point des solutions de remplacement.

4. DECIDE que :

- 1) la Journée mondiale du paludisme sera célébrée chaque année le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers Etats Membres, pour faire connaître et comprendre le paludisme, qui est un fléau mondial évitable et une maladie guérissable ;
- 2) la Journée mondiale du paludisme sera le point culminant d'années de mise en oeuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, notamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie, et l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA60.19 Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme ;¹

Notant les progrès accomplis depuis 1991 dans la réalisation des cibles internationales fixées à 2005 et, plus récemment, depuis la création du partenariat Halte à la tuberculose en application de la résolution WHA51.13 ;

Consciente qu'il faut faire fond sur ces progrès et surmonter les obstacles pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 par le partenariat Halte à la tuberculose – dans la perspective de 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 la stratégie Halte à la tuberculose est conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte antituberculeuses qui inclut la stratégie de lutte contre la tuberculose convenue au plan international (stratégie DOTS), amplifie les activités de lutte antituberculeuse et en élargit le champ ;

Accueillant favorablement le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du partenariat, dans lequel sont exposées les activités à entreprendre pour appliquer la stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 ;

Consciente qu'il faut élargir, amplifier et accélérer les recherches indispensables pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique d'importance mondiale d'ici à 2050 ;

¹ Document A60/13.

Craignant que des retards dans l'application du plan mondial ne se traduisent par une augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès, y compris ceux dus à la tuberculose multirésistante (et ultrarésistante) et à l'impact du VIH, et ne retardent par conséquent la réalisation, d'ici à 2015, des cibles internationales 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 ;

Reconnaissant l'importance de la situation et les tendances de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui dressent des obstacles à la réalisation des objectifs du plan mondial d'ici à 2015, ainsi que la nécessité d'accroître le nombre des Etats Membres participant au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux et de trouver les ressources supplémentaires requises pour accomplir cette tâche ;

Rappelant que, dans la résolution WHA58.14, les Etats Membres sont encouragés à s'acquitter de l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'Etats Membres, et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de la volonté de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à établir et appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme conformes au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, dans le cadre de plans généraux de développement sanitaire, en collaboration avec d'autres programmes (y compris les programmes de lutte contre le VIH/sida, de santé de l'enfant et de renforcement des systèmes de santé) et par le biais des partenariats nationaux Halte à la tuberculose, le cas échéant, dans le but :

a) de progresser plus vite vers les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 en appliquant intégralement et rapidement la stratégie Halte à la tuberculose et en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques ;

b) d'améliorer plus rapidement les systèmes d'information sanitaire, que ce soit en général ou pour la tuberculose en particulier, afin d'aider à l'évaluation des résultats des programmes nationaux ;

c) de veiller à une mise en oeuvre de haute qualité de la stratégie DOTS par les programmes de lutte antituberculeuse, première et principale mesure pour l'application complète de la stratégie Halte à la tuberculose ;

d) d'endiguer l'émergence et la transmission de la tuberculose multirésistante, et notamment de la tuberculose ultrarésistante, en assurant une mise en oeuvre de haute qualité de la stratégie DOTS et en veillant à une application rapide des mesures de précaution pour endiguer l'infection ;

e) s'ils sont touchés, de s'attaquer immédiatement aux problèmes de la tuberculose ultrarésistante et de la tuberculose liée au VIH dans le cadre de la stratégie générale Halte à la tuberculose, en tant que principales priorités sanitaires ;

f) de renforcer les capacités de laboratoire afin de soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, là où des ressources sont disponibles, et de promouvoir l'accès à un examen microscopique des frottis de qualité assurée ;

g) d'élargir l'accès aux médicaments de deuxième intention dont la qualité est garantie et le prix abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose ;

h) d'accélérer les interventions concertées contre l'infection à VIH et la tuberculose ;

i) d'associer pleinement le secteur privé aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse ;

2) à utiliser tous les mécanismes de financement possible pour s'acquitter des engagements pris dans la résolution WHA58.14, y compris celui d'assurer un financement intérieur et extérieur durable, comblant ainsi les déficits de financement dégagés dans le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ;

3) à déclarer la tuberculose urgence sanitaire, le cas échéant, et à affecter des ressources supplémentaires pour renforcer les activités destinées à interrompre la propagation de la tuberculose ultrarésistante ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de mieux soutenir les Etats Membres pour développer la mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant le potentiel et en améliorant les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, particulièrement la qualité des activités DOTS, et en appliquant des mesures de lutte contre l'infection dans le contexte général du renforcement des systèmes de santé, afin d'atteindre les cibles internationales fixées à 2015 ;

2) de continuer à fournir un appui au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux en y intégrant un plus grand nombre d'Etats Membres afin d'adapter le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 compte tenu de l'ampleur et des tendances de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante ;

3) de renforcer de toute urgence l'appui de l'OMS aux pays touchés par la tuberculose multirésistante et particulièrement par la tuberculose ultrarésistante, et aux pays gravement touchés par la tuberculose liée au VIH ;

4) de faire en sorte que l'OMS assure davantage la direction des activités au sein du partenariat Halte à la tuberculose dans la coordination des efforts déployés pour mettre en oeuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, et d'obtenir un engagement à long terme qui garantisse le financement durable du plan mondial par des mécanismes améliorés visant à accroître le financement ;

5) de renforcer les mécanismes permettant d'examiner et de suivre les estimations de l'impact des activités de lutte sur la charge que fait peser la tuberculose, y compris l'incidence,

la prévalence et la mortalité, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques ;

6) de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils développent les capacités de laboratoire pour soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, d'élaborer des directives consensuelles sur les tests rapides de pharmacosensibilité et des mesures appropriées pour le renforcement des laboratoires, et de mobiliser les fonds correspondants ;

7) d'accroître le rôle de l'OMS dans la recherche sur la tuberculose pour promouvoir la recherche appliquée nécessaire pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et la recherche fondamentale requise pour éliminer la tuberculose d'ici à 2050 ; et de mieux soutenir au niveau mondial les branches de la recherche sur la tuberculose qui sont actuellement insuffisamment financées, notamment en encourageant la recherche-développement de nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins et en faisant ressortir l'importance de la nutrition pour la tuberculose de même que son interaction avec celle-ci ;

8) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur :

a) la mise en oeuvre du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, y compris la mobilisation de ressources intérieures et extérieures pour sa mise en oeuvre ;

b) les progrès accomplis dans la réalisation des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015, en se fondant sur la « proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) » (indicateur 24 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer les résultats des programmes nationaux, et sur le taux d'incidence, « le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie » (indicateur 23 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer l'impact de l'action menée sur l'épidémie de tuberculose.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA60.20 Amélioration des médicaments destinés aux enfants

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants ;¹

Rappelant les résolutions WHA39.27, WHA41.16 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA41.17 sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments, WHA43.20 et WHA45.27 sur le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, WHA47.12 sur le rôle du pharmacien à l'appui de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS,

¹ Document A60/25.

WHA49.14 et WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée, WHA54.11 sur la stratégie pharmaceutique de l'OMS et WHA58.27 sur l'amélioration de l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, d'autres organisations du système des Nations Unies, des universités, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des organismes de financement dans les domaines qui contribuent à faciliter l'accès à de meilleurs médicaments pour les enfants ;

Attentive aux composantes essentielles du cadre mondial de l'OMS pour élargir l'accès aux médicaments essentiels ;

Souhaitant contribuer à ce que les dispensateurs de soins et les personnes qui s'occupent des enfants sélectionnent et utilisent les médicaments destinés aux enfants en se fondant sur des données factuelles ;

Constatant que des initiatives régionales s'efforcent de résoudre les problèmes d'accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants ;

Souhaitant garantir un meilleur accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants, condition nécessaire pour atteindre les résultats sanitaires prévus dans les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente que les difficultés d'accès aux médicaments essentiels de qualité garantie continuent d'entraîner un risque important de morbidité et de mortalité élevées chez les enfants, en particulier les enfants de moins de cinq ans ;

Reconnaissant les activités en cours du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et la nécessité de veiller à l'harmonisation de l'action de l'OMS concernant l'accès aux médicaments essentiels ;

Notant avec préoccupation que les enfants peuvent être encore plus désavantagés lorsqu'ils n'ont pas physiquement et économiquement accès aux médicaments essentiels, particulièrement dans les communautés vulnérables ;

Reconnaissant que de nombreux pays n'ont pas les moyens requis pour réglementer et contrôler les médicaments destinés aux enfants ;

Constatant que de nombreux fabricants de médicaments essentiels n'ont pas mis au point ni produit de médicaments dont la forme galénique et le dosage soient adaptés aux enfants ;

Notant avec préoccupation que les investissements dans les essais cliniques, la mise au point et la fabrication de médicaments destinés aux enfants sont insuffisants ;

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) de prendre des dispositions pour déterminer les formes galéniques et les dosages adaptés aux enfants, et d'encourager leur fabrication et leur homologation ;

- 2) de faire des études pour savoir si les médicaments actuellement disponibles pourraient être formulés pour l'usage pédiatrique ;
 - 3) d'entreprendre la surveillance de la résistance aux antimicrobiens des médicaments pédiatriques localement disponibles et couramment prescrits ;
 - 4) d'encourager la recherche et la mise au point de médicaments appropriés contre les maladies qui touchent les enfants et de veiller à ce que ces médicaments fassent l'objet d'essais cliniques de qualité et conformes à l'éthique ;
 - 5) de créer des conditions propices à l'homologation en temps utile de médicaments pédiatriques appropriés, de qualité et d'un prix abordable, et dont l'innocuité sera contrôlée par des méthodes novatrices, et d'encourager la commercialisation de formes pédiatriques adéquates pour les nouveaux médicaments ;
 - 6) de promouvoir l'accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants en les incluant, en tant que de besoin, dans les listes de médicaments et les systèmes d'achat et de remboursement nationaux, et de concevoir des mesures pour en surveiller les prix ;
 - 7) s'agissant de médicaments pédiatriques et de médicaments pour adultes dont l'usage pédiatrique n'a pas été homologué, de collaborer pour faciliter les innovations dans la recherche-développement, la formulation, l'homologation réglementaire, la fourniture rapide d'informations suffisantes et l'usage rationnel ;
 - 8) d'utiliser tous les mécanismes administratifs et législatifs nécessaires, parmi lesquels, s'il y a lieu, les dispositions contenues dans les accords internationaux, y compris l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, afin de promouvoir l'accès aux médicaments pédiatriques essentiels ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de promouvoir l'élaboration, l'harmonisation et l'utilisation de normes pour les essais cliniques de médicaments destinés aux enfants ; de réviser et d'actualiser régulièrement la liste modèle des médicaments essentiels afin d'y inclure des médicaments essentiels qui manquent pour les enfants, à l'aide de directives cliniques s'appuyant sur des données factuelles ; et de promouvoir l'application de ces directives par les Etats Membres et les organismes internationaux de financement, en mettant initialement l'accent sur les traitements contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies chroniques ;
 - 2) de faire en sorte que tous les programmes pertinents de l'OMS, y compris mais pas uniquement celui des médicaments essentiels, contribuent à ce que les enfants disposent aussi largement que les adultes de médicaments sûrs et efficaces ;
 - 3) de promouvoir l'élaboration de normes et critères internationaux de qualité et d'innocuité des formes galéniques destinées aux enfants, ainsi que des fonctions de réglementation nécessaires pour les appliquer ;
 - 4) de mettre à disposition des directives thérapeutiques fondées sur des données factuelles et des informations indépendantes sur la posologie et l'innocuité des médicaments essentiels destinés aux enfants pour couvrir progressivement tous les médicaments à usage pédiatrique, et de collaborer avec les Etats Membres pour faire appliquer ces directives ;

5) de collaborer avec les gouvernements, d'autres organisations du système des Nations Unies, y compris l'OMC et l'OMPI, des organismes donateurs, des organisations non gouvernementales et l'industrie pharmaceutique pour encourager le commerce équitable de médicaments sûrs et efficaces destinés aux enfants et pour réunir le financement qui permettra de rendre ces médicaments plus accessibles ;

6) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, et ensuite chaque fois qu'il y aura lieu, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les mesures concrètes nécessaires pour faciliter plus encore l'accès aux médicaments destinés aux enfants.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, troisième rapport)

WHA60.21 Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant pris note avec intérêt du rapport intitulé « Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode » ;¹

Notant que, si des progrès ont été faits par certains États Membres depuis deux ans pour éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode, entre un quart et un tiers de la population mondiale souffre encore de cette carence en micronutriments, essentiellement dans les régions pauvres du monde ;

Constatant avec inquiétude que la carence en iode peut empêcher le développement optimal du cerveau de l'enfant et entraîner des difficultés d'apprentissage, ce qui peut avoir des conséquences sociales et économiques par la suite ;

Reconnaissant que la lutte contre la carence en iode contribue directement à de nombreux autres objectifs liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, dont la réduction de l'extrême pauvreté, la réduction de la mortalité de l'enfant, l'amélioration de la santé maternelle, l'éducation primaire pour tous et la promotion de l'égalité des sexes ;

Se félicitant du soutien apporté par des organisations internationales, spécialement l'OMS, l'UNICEF et le PAM, des organismes bilatéraux d'aide au développement et des partenaires non gouvernementaux et privés, dont Kiwanis International, le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode et le Réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à redoubler d'efforts pour atteindre les personnes qui ne sont pas encore protégées contre les troubles dus à une carence en iode et à pérenniser les programmes efficaces ;

¹ Document A60/28, section G.

2) à mettre en oeuvre la recommandation contenue dans la résolution WHA58.24 concernant la constitution de coalitions nationales pluridisciplinaires afin de surveiller le bilan iodé tous les trois ans ;

2. PRIE le Directeur général de continuer à renforcer la coopération entre l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies pour soutenir les Etats Membres dans leur action de lutte contre la carence en iode, et de faire rapport tous les trois ans sur le bilan iodé, en application de la résolution WHA58.24.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, troisième rapport)

WHA60.22 Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence ;¹

Rappelant la résolution WHA56.24 sur la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, dans laquelle l'Assemblée de la Santé note que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, et la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, dans laquelle elle relève l'ampleur et la gravité des problèmes de santé publique dus aux accidents de la circulation ;

Rappelant en outre que, dans sa résolution WHA56.24, l'Assemblée de la Santé prie le Directeur général de fournir un appui technique pour renforcer les services de secours d'urgence et de prise en charge des victimes d'actes de violence et que, dans sa résolution WHA57.10, elle recommande aux Etats Membres de renforcer les services d'urgence et de réadaptation et prie le Directeur général de fournir un appui technique au renforcement des systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie aux victimes des accidents de la circulation ;

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

Consciente de la nécessité de la prévention primaire, qui est l'un des moyens les plus importants de réduire la charge des traumatismes ;

Reconnaissant que l'amélioration de l'organisation et de la planification des soins de traumatologie et d'urgence est un élément essentiel de la prestation intégrée des soins de santé, joue un rôle important dans la préparation et la réponse aux événements qui font un grand nombre de victimes et peut diminuer la mortalité, limiter les incapacités et éviter d'autres issues défavorables des traumatismes subis chaque jour ;

¹ Document A60/21.

Considérant que les documents d'orientation publiés par l'OMS et les outils électroniques qu'elle met à disposition offrent un moyen particulièrement bien adapté aux besoins des pays à revenu faible ou intermédiaire de mieux organiser et planifier les soins de traumatologie et d'urgence ;

1. CONSIDERE qu'il faudrait redoubler d'efforts au niveau mondial pour renforcer la prestation des soins de traumatologie et d'urgence afin que ceux qui en ont besoin bénéficient en temps voulu de services performants dans le cadre du système général de santé et des initiatives connexes en faveur de la santé et de la promotion de la santé ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire une analyse exhaustive de la situation concernant les soins préhospitaliers et les soins d'urgence, et notamment à mettre en lumière, le cas échéant, les besoins qui ne sont pas satisfaits ;

2) à garantir la participation des ministères de la santé et la mise en place d'un mécanisme de coordination intersectorielle pour l'examen et le renforcement des soins de traumatologie et d'urgence ;

3) à envisager d'instaurer des systèmes structurés et intégrés de soins d'urgence et à tirer parti des systèmes parallèles et des ressources locales pour mettre sur pied des services de soins intégrés dans les endroits où il est impossible d'établir des systèmes préhospitaliers structurés de soins médicaux d'urgence ;

4) dans les endroits où existe un système structuré de soins médicaux d'urgence, à assurer, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, le fonctionnement d'un mécanisme de suivi susceptible de fournir des informations pertinentes de meilleure qualité et de garantir le respect de normes minimum en matière de formation, de matériel, d'infrastructure et de communication ;

5) dans les endroits où existe ou est en train d'être créé un système structuré de soins médicaux d'urgence, à mettre en place et rendre public un numéro de téléphone unique pour l'accès aux soins ;

6) à définir un ensemble essentiel de services de traumatologie et d'urgence et à concevoir des moyens de garantir et de prouver que ces services sont assurés de façon appropriée à tous ceux qui en ont besoin ;

7) à envisager de créer des incitations en matière de formation et à améliorer les conditions de travail des agents de santé concernés ;

8) à faire en sorte que les programmes de formation des personnels concernés couvrent les compétences de base voulues et à promouvoir la formation continue des agents des services de traumatologie et d'urgence ;

9) à veiller à ce que les sources de données soient suffisantes pour contrôler objectivement les résultats des efforts visant à renforcer les systèmes de soins de traumatologie et d'urgence ;

10) à passer en revue et à actualiser la législation applicable, y compris, le cas échéant, les mécanismes financiers et les aspects gestionnaires, afin de s'assurer que toutes les personnes qui en ont besoin puissent avoir accès à un ensemble essentiel de services de traumatologie et d'urgence ;

3. PRIE le Directeur général :
- 1) de concevoir des instruments et des méthodes normalisés pour évaluer les besoins en matière de soins préhospitaliers et institutionnels de traumatologie et d'urgence ;
 - 2) de mettre au point des techniques d'examen des orientations politiques et de la législation applicables à la prestation de soins d'urgence, de rassembler des exemples de textes de loi de ce type et de mettre à profit ces capacités institutionnelles pour aider les Etats Membres qui en feront la demande à examiner et actualiser leurs orientations politiques et leur législation ;
 - 3) d'établir des critères, des mécanismes et des méthodes pour l'inspection des établissements et de fournir un appui aux Etats Membres pour concevoir des programmes d'amélioration de la qualité et d'autres méthodes nécessaires pour assurer en temps voulu et avec compétence des soins essentiels de traumatologie et d'urgence ;
 - 4) de donner des conseils pour la création et le renforcement des systèmes de prise en charge de nombreuses victimes ;
 - 5) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande, pour ce qui concerne l'évaluation des besoins, l'inspection des établissements, les programmes d'amélioration de la qualité, l'examen des textes de loi et toutes autres mesures destinées à renforcer la prestation de soins de traumatologie et d'urgence ;
 - 6) d'encourager la recherche et de collaborer avec les Etats Membres à l'élaboration de politiques et de programmes scientifiquement fondés pour l'application des méthodes à mettre en oeuvre pour le renforcement des soins de traumatologie et d'urgence ;
 - 7) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations non gouvernementales et d'autres parties prenantes afin de contribuer à la mise en place des moyens nécessaires pour bien planifier, organiser, administrer, financer et contrôler la prestation de soins de traumatologie et d'urgence ;
 - 8) de faire savoir qu'il existe des moyens peu coûteux de réduire la mortalité en organisant et en planifiant mieux la prestation de soins de traumatologie et d'urgence, et d'organiser régulièrement des réunions d'experts pour faciliter les échanges techniques et renforcer les capacités dans ce domaine ;
 - 9) de travailler avec les Etats Membres à l'élaboration de stratégies visant à assurer régulièrement à tous ceux qui en ont besoin des prestations optimales de soins ne présentant pas un caractère d'urgence et de soins d'urgence ; et de fournir un appui aux Etats Membres en vue de la mobilisation, selon les besoins, de ressources adéquates auprès des donateurs et des partenaires du développement pour atteindre cet objectif ;
 - 10) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.23 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;¹

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA54.18 sur la transparence de la lutte antitabac, WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les nombreuses résolutions connexes des comités régionaux, notamment celles relatives à la santé mentale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'en 2005 les maladies non transmissibles ont entraîné, selon les estimations, 35 millions de décès (60 % de la mortalité mondiale), que 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et que près de 16 millions de décès ont frappé des personnes de moins de 70 ans ;

Notant que la mortalité due aux maladies non transmissibles devrait augmenter de 17 % d'ici 2015, avec de graves répercussions socio-économiques pour les Etats Membres, les communautés et les familles ;

Notant par ailleurs les liens entre maladies non transmissibles, développement, environnement et sécurité humaine, et leur contribution aux inégalités en matière de santé ;

Constatant que l'action multisectorielle continue d'être limitée faute de sensibilisation à la pandémie des maladies non transmissibles et de mesures appropriées pour la contrer ;

Notant que l'importance de la lutte contre les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015, qui comprend notamment une cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

Prenant acte du volume croissant de données probantes concernant la rentabilité de plusieurs interventions simples pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Notant l'importance de motiver et d'éduquer les individus et les familles et de les aider à faire des choix sains dans leur vie quotidienne, et le rôle majeur joué par les gouvernements pour établir des politiques publiques et des environnements sains ;

Confirmant qu'il est important de lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles de façon intégrée, complète, multisectorielle et progressive ;

Consciente de la lourde charge sociale et économique que représentent les troubles musculo-squelettiques, surtout parmi les travailleurs et les personnes âgées ;

¹ Document A60/15.

Ayant à l'esprit que l'action face à la triple charge des maladies infectieuses, des maladies non transmissibles et des traumatismes à laquelle sont confrontés de nombreux pays et aux pénuries graves de ressources dont ils souffrent exige un solide système de soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé intégré ;

Reconnaissant que la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une mesure essentielle pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et des modes de vie sains et améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et des boissons, la manière dont ils sont commercialisés et la qualité et la disponibilité des informations destinées aux consommateurs et à leurs familles, en particulier les enfants, les jeunes et d'autres groupes de population en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant en outre qu'il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les conséquences socio-économiques et développementales des maladies non transmissibles et sur l'issue des interventions disponibles ;

Sachant que les Etats Membres ne consacrent qu'une petite partie de leur budget de la santé à la prévention des maladies non transmissibles et à la santé publique, et qu'une augmentation, même minime, de ce pourcentage aurait des retombées bénéfiques considérables sur les plans sanitaire et socio-économique ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à renforcer aux niveaux national et local la volonté politique de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles dans le cadre d'un engagement en faveur de la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années, qui figure dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;¹
- 2) à établir et renforcer, selon le contexte national, un mécanisme national de coordination et des coalitions locales pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles dotés d'un large mandat multisectoriel comprenant la mobilisation d'une volonté politique et de ressources financières et faisant appel à toutes les parties prenantes ;
- 3) à élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;
- 4) à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- 5) à mettre en oeuvre et accroître le soutien accordé aux initiatives mondiales et à la Convention-cadre pour la lutte antitabac qui contribueront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

¹ Document A59/25, appendice 6.

- 6) à renforcer la capacité de prévention des systèmes de santé, à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles une partie intégrante des programmes de soins de santé primaires et à faire en sorte que les établissements de santé soient organisés de manière à faire face aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose implicitement de privilégier les soins de santé primaires ;
- 7) à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation, y compris les mécanismes de surveillance épidémiologique dans les pays, afin de recueillir des données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques ;
- 8) à mettre l'accent sur le rôle central des fonctions gouvernementales, et notamment des fonctions réglementaires, dans la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- 9) à accroître l'accès à des soins de santé adaptés, y compris à des médicaments de qualité et d'un coût abordable pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 10) à faire figurer dans leurs programmes de santé nationaux des stratégies prévoyant des interventions de santé publique visant à réduire l'incidence de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte, ainsi que des mesures de lutte contre le diabète sucré ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) sur la base des grandes lignes esquissées dans le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale,¹ d'élaborer pour soumission à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un plan d'action définissant les priorités, les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles entre 2008 et 2013 aux niveaux mondial et régional, et de fournir là où cela est nécessaire un appui à l'élaboration, à la mise en oeuvre intensifiée et au suivi des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment en poursuivant la mise au point d'une intervention destinée à prendre en charge les personnes à haut risque de maladies non transmissibles ;
- 2) de sensibiliser davantage les Etats Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de mécanismes nationaux multisectoriels de coordination et de surveillance, de programmes de promotion de la santé, ainsi que de plans de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- 3) de fournir un soutien aux Etats Membres qui en feront la demande et de promouvoir les partenariats, la collaboration, la coopération et la diffusion des pratiques les meilleures entre Etats Membres pour qu'ils incorporent des interventions complètes de lutte contre les maladies non transmissibles dans les politiques et les programmes nationaux, y compris les politiques et programmes relatifs aux systèmes de santé, et pour qu'ils élargissent les interventions, notamment les stratégies visant à éduquer et aider les individus et les familles ;
- 4) de diffuser aux Etats Membres, en temps opportun et de manière cohérente, des informations sur les interventions essentielles d'un bon rapport coût/efficacité visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

¹ Document A60/15.

- 5) d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques et le secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels, afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les programmes de promotion de la santé et du bien-être sur les lieux de travail, s'il y a lieu ;
- 6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles afin d'accroître l'offre d'aliments sains et de favoriser une alimentation saine et de bonnes habitudes alimentaires, et de promouvoir également une commercialisation responsable, notamment l'élaboration d'un ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;
- 7) de développer et de maintenir les contacts avec les médias afin qu'ils continuent de faire une large place aux questions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- 8) de mieux faire comprendre les conséquences socio-économiques des maladies non transmissibles au niveau national et au niveau des ménages, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 9) de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent et un appui, le cas échéant ;
- 10) de mettre sur pied des mécanismes qui permettent aux Etats Membres de coordonner les activités de lutte contre les maladies non transmissibles, de reconnaître en particulier les programmes de maillage mondiaux et régionaux pour la lutte contre ces maladies comme un moyen efficace de coopération et de mise en oeuvre de la stratégie mondiale, et de fournir des fonds et un soutien pour l'organisation et la coordination de ces programmes aux niveaux mondial et régional ;
- 11) de promouvoir résolument le dialogue entre Etats Membres en vue de la mise en oeuvre de mesures concrètes pour prévenir l'obésité et le diabète sucré dans le cadre de la résolution WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;
- 12) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, et par la suite tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris dans l'application du plan d'action.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.24 La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA42.44 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, WHA51.12 sur la promotion de la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, ainsi que les résultats des six conférences internationales sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986 ; Adélaïde (Australie), 1988 ; Sundsvall (Suède), 1991 ; Jakarta, 1997 ; Mexico, 2000 et Bangkok, 2005) ;

Ayant examiné le rapport¹ sur le suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Bangkok, 2005) qui confirme l'importance qu'il convient d'accorder à la promotion de la santé dans l'action sur les déterminants de la santé ;

S'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata, de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui énonce les orientations stratégiques pour une amélioration équitable de la santé au cours des premières décennies du XXI^e siècle ;

Considérant les actions et les recommandations énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation visant à inscrire la promotion de la santé au coeur du programme mondial de développement, à en faire une responsabilité essentielle de tous les gouvernements et l'une des principales priorités des communautés, de la société civile, et du secteur privé ;

Notant que la promotion de la santé est indispensable pour atteindre les cibles des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, qu'elle est intimement liée à l'action de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, et qu'elle apporte une contribution importante à la réalisation des objectifs du onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les modifications profondes de la charge mondiale de morbidité dues notamment aux maladies non transmissibles doivent davantage retenir l'attention et que des ajustements s'imposent dans la société dans son ensemble et en matière d'allocation des ressources afin d'influer sur les déterminants immédiats et sous-jacents de la santé ;

Reconnaissant que la promotion de la santé contribue à l'instauration de la santé pour tous ;

Confirmant qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé et d'appliquer les recommandations et de prendre des mesures en faveur de la santé pour tous ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à accroître, selon que de besoin, les investissements dans la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable, et à formuler des politiques judicieuses dans ce domaine ;

¹ Document A60/18.

- 2) à établir, selon que de besoin, des mécanismes efficaces pour une approche multisectorielle, y compris interministérielle, permettant de traiter efficacement les déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux de la santé tout au long de la vie ;
 - 3) à soutenir et encourager la participation active à la promotion de la santé des communautés, de la société civile, en particulier des individus ou des groupes dont la contribution est précieuse, du public, notamment des organisations professionnelles et des syndicats, des entreprises et des associations, et d'autres organismes, en particulier ceux qui sont actifs dans les domaines de la santé publique et de la promotion de la santé, tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts et en encourageant un engagement constructif dans l'intérêt de tous ;
 - 4) à surveiller, évaluer et améliorer régulièrement de façon systématique les politiques, les programmes, les infrastructures et les investissements liés à la promotion de la santé, y compris en étudiant la possibilité de recourir à des évaluations d'impact sur la santé, à établir des rapports sur les solutions apportées aux problèmes liés à la promotion de la santé et à communiquer et utiliser ces solutions aux fins de la planification ;
 - 5) à réorienter les systèmes nationaux de santé publique vers la promotion et l'adoption de modes de vie plus sains par les individus, les familles et les communautés ;
 - 6) à introduire dans les pratiques actuelles des interventions efficaces de promotion de la santé fondées sur des données factuelles ;
 - 7) qui ont appliqué avec succès une politique nationale de santé publique dans laquelle la promotion de la santé est la clé du changement des déterminants de la santé, à transférer efficacement leur expertise aux pays qui se trouvent encore à la phase de mise en oeuvre ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les capacités de promotion de la santé dans toute l'Organisation pour mieux soutenir les Etats Membres en enrichissant les connaissances des organisations du système des Nations Unies et autres organisations internationales concernées et en les incitant à s'engager activement ;
 - 2) de fournir un appui aux Etats Membres pour leur permettre de continuer à renforcer les systèmes de santé nationaux et plus particulièrement le secteur des soins primaires, afin de pouvoir mieux faire face aux graves menaces pour la santé ;
 - 3) d'assurer l'utilisation optimale des structures des Etats Membres pour les acteurs multisectoriels et notamment interministériels, les organisations intéressées et d'autres organismes, tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts, afin de soutenir le développement et la mise en oeuvre de la promotion de la santé ;
 - 4) d'encourager la tenue régulière de conférences multisectorielles aux niveaux national, sous-régional, régional et mondial sur la promotion de la santé ;
 - 5) de suivre et évaluer les progrès, de recenser les principales faiblesses dans le domaine de la promotion de la santé à travers le monde, de faire rapport régulièrement et de rendre les rapports accessibles au public ;

- 6) de faciliter l'échange d'informations avec des instances internationales autres que sanitaires sur les principaux aspects de la promotion de la santé ;
- 7) de plaider en faveur de grandes orientations favorables à la santé ;
- 8) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.25 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

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de 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 ;¹

Rappelant le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les recommandations faites à la Conférence Beijing Plus 10 (2005) et les rapports sur leur application, les conclusions concertées 1997/2 du Conseil économique et social, la Déclaration du Millénaire (2000), le Document final du Sommet mondial de 2005² et la résolution WHA58.30 intitulée « Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire » ;

1. PREND NOTE AVEC SATISFACTION de la 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 ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et la planification en fonction de celle-ci dans la planification stratégique et opérationnelle et au besoin dans la planification budgétaire conjointe, y compris dans les stratégies de coopération avec les pays ;
 - 2) à mettre au point des stratégies nationales pour aborder la problématique hommes-femmes dans les politiques, programmes et travaux de recherche ayant trait à la santé, y compris à la santé sexuelle et génésique ;
 - 3) à mettre l'accent sur la formation et la sensibilisation à la question de la sexospécificité, des femmes et de la santé et sur la promotion de cette problématique ;

¹ Voir annexe 2.

² Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 4) à faire en sorte que l'équité entre les sexes soit respectée à tous les niveaux des prestations et des services de santé, y compris des services destinés aux adolescents et aux jeunes ;
 - 5) à recueillir et analyser des données ventilées par sexe, à conduire des recherches sur les facteurs à l'origine des disparités entre les sexes et à utiliser les résultats de ces recherches pour étayer les politiques et programmes ;
 - 6) à progresser sur la voie qui mène à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé afin qu'il soit tenu compte de la contribution des femmes, des hommes, des filles et des garçons aux prestations de santé dans les politiques et la planification sanitaires et la formation des agents de santé ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'évaluer les différences et les inégalités entre les sexes et de s'en préoccuper lors de la planification, de l'exécution, du contrôle et de l'évaluation des activités de l'OMS, et de faire figurer cette exigence dans les descriptions de poste et parmi les critères d'évaluation des services du personnel ;
 - 2) de définir des indicateurs, de surveiller la mise en oeuvre de la stratégie par le Secrétariat au Siège et dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, et de veiller à ce qu'il en soit rendu compte ;
 - 3) de contribuer à intégrer durablement les considérations d'équité entre les sexes dans les politiques et programmes de l'OMS, y compris en recrutant dans les meilleurs délais du personnel ayant des responsabilités et une expérience dans les domaines de la sexospécificité et de la santé de la femme ;
 - 4) de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils développent leur capacité d'analyse et d'action concernant les spécificités de chaque sexe de manière à élaborer et appliquer des stratégies, des plans d'action et les budgets pertinents pour intégrer l'égalité des sexes dans toutes les politiques et tous les programmes et travaux de recherche se rapportant à la santé ;
 - 5) de considérer l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe comme prioritaires dans les publications de l'OMS, y compris les documents pertinents soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé, et dans les mesures destinées à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin que l'égalité des sexes y apparaisse comme un déterminant de la santé ;
 - 6) de faire en sorte que les évaluations programmatiques et thématiques indiquent dans quelle mesure il est tenu compte de la problématique hommes-femmes dans les activités de l'Organisation ;
 - 7) d'identifier et de faire connaître les bonnes pratiques suivies pour mesurer l'impact de l'intégration de la dimension sexospécifique dans les politiques de santé, notamment la mise au point d'indicateurs et de systèmes d'information sanitaire présentant les données ventilées par sexe ;
 - 8) de veiller à ce que la stratégie soit pleinement mise en oeuvre et de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

WHA60.26 Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs ;¹

Rappelant la résolution WHA49.12, par laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé la stratégie mondiale pour la santé au travail pour tous ;

Rappelant et ayant présentes à l'esprit les recommandations faites au Sommet mondial pour le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, 2002), selon lesquelles l'OMS devrait renforcer son action dans le domaine de la santé au travail et la relier à la santé publique ;²

Rappelant la Convention sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, et les autres instruments internationaux sur cette question adoptés par la Conférence générale de l'OIT ;³

Considérant que la santé des travailleurs est déterminée non seulement par les risques professionnels, mais aussi par des facteurs sociaux et individuels et par l'accès aux services de santé ;

Sachant qu'il existe des interventions de prévention primaire des risques professionnels et des interventions qui contribuent à rendre les lieux de travail sains ;

Constatant avec préoccupation les écarts importants à l'intérieur des pays et entre pays en ce qui concerne l'exposition des travailleurs et des communautés locales aux risques professionnels et leur accès aux services de médecine du travail ;

Soulignant que la santé des travailleurs est une condition indispensable à la productivité et au développement économique ;

1. APPROUVE le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à concevoir des politiques et plans nationaux en collaboration avec les travailleurs, les employeurs et les organisations qui les représentent dans le but d'appliquer le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs en fonction des besoins, et à instaurer des mécanismes et des cadres juridiques appropriés de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation de ces politiques et plans ;
 - 2) à faire en sorte que tous les travailleurs, y compris ceux du secteur informel, des petites et moyennes entreprises, du secteur agricole, et les travailleurs migrants et travailleurs contractuels soient couverts par les interventions essentielles et les services de médecine du travail de base aux fins de prévention primaire des maladies et traumatismes d'origine professionnelle ;

¹ Annexé à la présente résolution.

² Plan de mise en oeuvre du Sommet mondial pour le développement durable. Document A/Conf.199/20, annexe.

³ Conférence internationale du Travail, quatre-vingt-quinzième session, Genève, 2006. Compte rendu provisoire 20A.

- 3) à prendre des mesures pour acquérir ou développer le potentiel institutionnel de base et les moyens humains indispensables pour répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population active, à rassembler des données sur la santé des travailleurs et à fonder les politiques et l'action sur ces données ;
 - 4) à élaborer et mettre à disposition des lignes directrices concrètes pour l'instauration de services de santé appropriés ainsi que des mécanismes de surveillance des maladies et des risques pour l'homme et pour l'environnement introduits dans les communautés locales où des activités d'exploitation minière et autres activités industrielles et agricoles ont été mises en place pour répondre aux besoins de ces communautés ;
 - 5) à faire en sorte que tous les programmes nationaux qui concernent la santé des travailleurs, par exemple les programmes de prévention des maladies et traumatismes professionnels, de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques, de promotion de la santé, de santé mentale, d'hygiène du milieu et de développement des systèmes de santé, collaborent entre eux et mènent une action concertée ;
 - 6) à inciter à prendre en compte la santé des travailleurs dans les politiques nationales et sectorielles de développement durable, de lutte contre la pauvreté, d'emploi, de commerce, de protection de l'environnement et d'éducation ;
 - 7) à inciter à créer des mécanismes efficaces de collaboration et de coopération entre pays développés et pays en développement aux niveaux régional, sous-régional et au niveau des pays pour mettre en oeuvre, en tenant compte des besoins sanitaires des travailleurs migrants, le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs ;
 - 8) à inciter à concevoir des stratégies sanitaires et non sanitaires d'ensemble pour la réinsertion des travailleurs malades ou blessés dans la société, en coordination avec différentes organisations gouvernementales et non gouvernementales ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de promouvoir la mise en oeuvre du plan mondial d'action pour la santé des travailleurs 2008-2017 aux niveaux national et international selon un calendrier précis et à l'aide d'indicateurs pour l'instauration de services de médecine du travail au niveau mondial ;
 - 2) de collaborer plus étroitement avec l'OIT et d'autres organisations internationales apparentées et d'encourager une action commune au niveau régional et au niveau des pays dans le domaine de la santé des travailleurs ;
 - 3) de préserver et de renforcer le réseau de centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine du travail, qui est un important mécanisme de mise en oeuvre du plan d'action mondial ;
 - 4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à ses cent trente-deuxième (2013) et cent quarante-deuxième sessions (2018) sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du plan d'action mondial.

*Annexe***PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LA SANTE
DES TRAVAILLEURS 2008-2017****INTRODUCTION**

1. Les travailleurs représentent la moitié de la population mondiale et sont les principaux moteurs du développement socio-économique. Leur santé est déterminée par les risques professionnels, mais aussi par des facteurs sociaux et individuels et par l'accès aux services de santé.
2. Alors qu'il existe des interventions efficaces pour éviter les risques professionnels, protéger et promouvoir la santé sur le lieu de travail, on constate d'importants écarts à l'intérieur des pays et entre pays en ce qui concerne l'état de santé des travailleurs et l'exposition aux risques professionnels. Une petite minorité seulement de la population active dans le monde a accès aux services de médecine du travail.
3. La mobilité croissante de l'emploi, des produits et des technologies peut contribuer à ce que les solutions novatrices de prévention des risques professionnels soient plus largement appliquées, mais elle peut aussi déplacer les risques vers les groupes défavorisés. Actuellement en expansion, le secteur économique informel est souvent associé à des conditions de travail dangereuses et emploie des groupes vulnérables comme les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les travailleurs migrants.
4. Le présent plan d'action traite de tous les aspects de la santé des travailleurs, y compris la prévention primaire des risques professionnels, la protection et la promotion de la santé au travail, les conditions d'emploi et la façon dont les systèmes de santé peuvent oeuvrer plus efficacement pour la santé des travailleurs. Il repose sur certains principes communs. Tous les travailleurs devraient pouvoir posséder le meilleur état de santé physique et mentale qu'ils sont capables d'atteindre et bénéficier de conditions de travail favorables. Le travail ne doit pas nuire à la santé et au bien-être. La prévention primaire des risques sanitaires d'origine professionnelle doit être la priorité. Toutes les composantes des systèmes de santé doivent prendre part à une action intégrée visant à répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population active. Le milieu professionnel peut aussi se prêter à d'autres interventions de santé publique essentielles et à la promotion de la santé. Les activités touchant à la santé des travailleurs devraient être planifiées, menées à bien et évaluées dans l'intention de réduire les inégalités sanitaires entre travailleurs d'un même pays ou de pays différents. Les travailleurs, les employeurs et leurs représentants doivent aussi participer à ces activités.

ACTIONS

5. Les pays envisageront les actions suivantes et les adapteront en fonction de leurs priorités nationales et de la situation qui leur est propre afin d'atteindre différents objectifs.

Objectif 1 : définir et appliquer un cadre d'action pour la santé des travailleurs

6. Les pays devraient concevoir une politique-cadre nationale pour la santé des travailleurs qui tienne compte des conventions internationales du travail pertinentes et qui prévoie : l'application de la

législation ; la mise en place de mécanismes intersectoriels de coordination des activités ; un financement et la mobilisation de ressources pour protéger et promouvoir la santé des travailleurs ; le renforcement du rôle et des capacités des ministères de la santé ; et l'intégration des objectifs et des mesures ayant trait à la santé des travailleurs dans les stratégies sanitaires nationales.

7. Les ministères intéressés, notamment ceux de la santé et du travail, et d'autres grands acteurs nationaux devraient ensemble dresser des plans d'action nationaux pour la santé des travailleurs qui tiennent compte du Cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, et qui comprennent, fixent ou prévoient : des profils nationaux, des priorités, des objectifs et des cibles, des mesures, des mécanismes de mise en oeuvre, des ressources humaines et financières, un suivi, une évaluation, une actualisation et des mécanismes de notification et de responsabilisation.

8. Les pays devraient prendre des mesures pour prévenir les maladies et traumatismes d'origine professionnelle selon leurs priorités et en conjonction avec les campagnes mondiales de l'OMS.

9. Il faut prendre des mesures pour réduire au maximum les écarts entre les différents groupes de travailleurs en ce qui concerne l'importance des risques et l'état de santé. Il faut accorder une attention particulière aux secteurs d'activité à haut risque et aux populations actives défavorisées et vulnérables comme les travailleurs jeunes ou âgés, les handicapés et les migrants, en tenant compte des différences entre les sexes. Des programmes doivent aussi être créés pour la santé et la sécurité du personnel soignant.

10. L'OMS collaborera avec les Etats Membres en vue d'aider les ministères de la santé à jouer un rôle directeur dans le domaine de la santé des travailleurs, à concevoir et appliquer des politiques et des plans d'action et à faciliter la collaboration intersectorielle. Elle s'emploiera aussi à organiser une campagne mondiale pour l'élimination des maladies liées à l'amiante, en sachant qu'il convient d'appliquer une approche différenciée pour réglementer l'utilisation des différentes formes d'amiante, conformément aux instruments juridiques internationaux en la matière et en se fondant sur les tout derniers éléments attestant l'efficacité des interventions, une campagne mondiale pour la vaccination de tous les agents de santé contre l'hépatite B et d'autres actions répondant aux principales préoccupations concernant la santé des travailleurs.

Objectif 2 : protéger et promouvoir la santé sur le lieu de travail

11. Il convient de mieux évaluer et gérer les risques sanitaires sur le lieu de travail en déterminant les interventions essentielles pour éviter et maîtriser les risques mécaniques, physiques, chimiques, biologiques et psychosociaux de l'environnement professionnel. Ces mesures englobent aussi la gestion intégrée des produits chimiques en milieu professionnel, l'élimination du tabagisme passif dans tous les lieux de travail fermés, une sécurité renforcée et l'évaluation, au moment de leur conception, des effets qu'auront sur la santé les nouvelles technologies, les nouveaux procédés et nouveaux produits.

12. La protection de la santé sur le lieu de travail suppose aussi d'adopter une réglementation et une série de normes sanitaires de base en milieu professionnel pour que tous les lieux de travail répondent aux exigences minimales en matière de santé et de sécurité, de veiller à la bonne application de ces normes, de multiplier les inspections sanitaires et de développer la collaboration entre les organismes réglementaires compétents selon la situation propre à chaque pays.

13. Il faudrait développer les moyens de prévention primaire des risques, maladies et traumatismes professionnels, et notamment développer les ressources humaines, méthodologiques et technologiques, former les travailleurs et les employeurs, adopter des pratiques professionnelles et des modes

d'organisation du travail qui ne présentent pas de danger pour la santé et instaurer une culture de promotion de la santé en milieu professionnel. On veillera aussi à instaurer des mécanismes de consultation et de participation des travailleurs et des employeurs pour créer des lieux de travail sains.

14. Il faudrait davantage stimuler la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles en milieu professionnel, et notamment promouvoir la santé mentale et la santé de la famille sur le lieu de travail et inciter les travailleurs à avoir une alimentation saine et à faire de l'exercice physique. Il est indispensable par ailleurs de lutter sur le lieu de travail contre les menaces sanitaires d'importance mondiale comme la tuberculose, le VIH/sida, le paludisme et la grippe aviaire.

15. L'OMS s'emploiera à élaborer des outils pratiques d'évaluation et de gestion des risques professionnels, à recommander des normes minimales pour la protection de la santé sur les lieux de travail, à indiquer comment créer des lieux de travail sains et à promouvoir la santé en milieu professionnel. Elle prévoira aussi des mesures à appliquer sur le lieu de travail dans les programmes internationaux de lutte contre les menaces sanitaires d'importance mondiale.

Objectif 3 : améliorer les services de médecine du travail et en élargir l'accès

16. Il faudrait étendre la couverture et améliorer la qualité des services de médecine du travail en intégrant leur développement dans les stratégies sanitaires nationales, les réformes du secteur de la santé et les plans d'amélioration de la performance du système de santé ; en adoptant des normes concernant l'organisation et la couverture des services de médecine du travail ; en fixant des cibles pour étendre la couverture de la population active par les services de médecine du travail ; en créant des mécanismes de mise en commun des ressources et de financement de la médecine du travail ; en faisant en sorte que les ressources humaines soient suffisantes et compétentes ; et en instaurant des systèmes d'assurance de la qualité. Des services essentiels de médecine du travail doivent être mis à la disposition de tous les travailleurs, y compris ceux du secteur informel, des petites entreprises et du secteur agricole.

17. Aux niveaux national et local, il faudrait renforcer les principales capacités d'appui technique aux services essentiels de médecine du travail en ce qui concerne la planification, le contrôle et l'assurance de la qualité des services, le développement de nouvelles interventions, la diffusion de l'information et les compétences spécialisées.

18. Il convient de développer les ressources humaines dans le domaine de la santé des travailleurs en mettant l'accent sur les études universitaires supérieures dans les disciplines concernées ; en formant le personnel nécessaire pour assurer les services essentiels de médecine du travail ; en intégrant la santé des travailleurs dans les programmes d'études du personnel qui dispense les soins de santé primaires et des autres agents de santé indispensables pour assurer les services de médecine du travail ; en prenant des mesures pour inciter à faire carrière dans le domaine de la santé des travailleurs et pour fidéliser le personnel ; et en favorisant la création de réseaux de services et d'associations professionnelles. On se préoccupera non seulement des études universitaires supérieures mais aussi de la formation élémentaire des professionnels de la santé dans différents domaines comme la promotion de la santé des travailleurs ou la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des travailleurs. On en fera une priorité de la formation aux soins de santé primaires.

19. L'OMS donnera des indications aux Etats Membres sur la façon de concevoir des ensembles essentiels de services, une documentation, des outils et des méthodes de travail et de donner des exemples de bonnes pratiques concernant les services de médecine du travail. De plus, elle incitera à prendre des initiatives au niveau international pour développer le potentiel humain et institutionnel indispensable.

Objectif 4 : fournir des données sur lesquelles fonder l'action

20. Les systèmes de surveillance de la santé des travailleurs devraient être conçus de façon à déterminer avec précision et maîtriser les risques professionnels. Cela suppose notamment de créer des systèmes d'information nationaux, de développer les moyens d'estimation de la charge des maladies et traumatismes d'origine professionnelle, de tenir des registres de l'exposition aux principaux risques, accidents et maladies professionnels, de les détecter plus tôt et de mieux les signaler.

21. Il faut renforcer la recherche sur la santé des travailleurs, notamment en élaborant des programmes de recherche spéciaux, en donnant la priorité aux questions de santé des travailleurs dans les plans nationaux de recherche et dans les systèmes d'attribution de bourses aux chercheurs, et en encourageant la recherche pratique et collective.

22. Il convient d'élaborer, en collaboration avec tous les intéressés, des stratégies et des outils pour mieux informer et sensibiliser les travailleurs, les employeurs et les organisations qui les représentent, les responsables politiques, le grand public et les médias. Les professionnels de la santé devraient mieux connaître les liens entre travail et santé et les possibilités de résoudre les problèmes de santé en intervenant sur le lieu de travail.

23. L'OMS élaborera des indicateurs et encouragera la création de centres d'information régionaux et mondiaux pour surveiller la santé des travailleurs, définira des critères internationaux d'exposition et de diagnostic aux fins de dépistage précoce des maladies professionnelles et fera figurer les causes professionnelles de pathologie dans la Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

Objectif 5 : intégrer la santé des travailleurs dans d'autres politiques

24. Il faudrait renforcer la capacité du secteur de la santé de promouvoir la santé des travailleurs dans les politiques d'autres secteurs. Des mesures de protection de la santé des travailleurs devraient être prévues dans les politiques de développement économique et les stratégies de lutte contre la pauvreté. Le secteur de la santé devrait collaborer avec le secteur privé en vue d'éviter le transfert international des risques professionnels et de protéger la santé des travailleurs. Des mesures analogues devraient être prévues dans les plans et programmes nationaux de développement durable.

25. La santé des travailleurs devrait également être envisagée dans le contexte des politiques commerciales quand on applique les mesures prévues dans la résolution WHA59.26 sur le commerce international et la santé.

26. Les politiques en matière d'emploi ont elles aussi une influence sur la santé. Il faut par conséquent inciter à évaluer les conséquences sanitaires des stratégies appliquées en matière d'emploi. Les mesures de protection de l'environnement doivent être renforcées pour protéger la santé des travailleurs, qu'il s'agisse, par exemple, des mesures de réduction des risques prévues dans l'approche stratégique de la gestion internationale des substances chimiques, ou de la prise en compte des questions de santé des travailleurs dans les accords multilatéraux sur l'environnement, les stratégies d'atténuation des risques, les systèmes de gestion de l'environnement et les plans de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours.

27. Les politiques sectorielles adoptées dans différents secteurs d'activité économique, en particulier ceux où les risques sanitaires sont les plus grands, devraient prendre en compte la santé des travailleurs.

28. Les différents aspects de la santé des travailleurs devraient être inclus dans les programmes d'études primaires, secondaires et supérieures et les programmes de formation professionnelle.

MISE EN OEUVRE

29. C'est par des efforts bien coordonnés dans l'ensemble de la société, sous la conduite des pouvoirs publics et avec une importante participation des travailleurs et des employeurs, qu'on peut améliorer la santé des travailleurs. Un ensemble de mesures adaptées aux particularités et aux priorités des pays s'impose pour atteindre les objectifs exposés ci-dessus. Les mesures sont destinées à être appliquées au niveau national et dans le cadre d'une coopération interpays et interrégionale.

30. Avec le concours de son réseau de centres collaborateurs pour la médecine du travail et en partenariat avec d'autres organisations intergouvernementales et internationales, l'OMS collaborera avec les Etats Membres à la mise en oeuvre du plan d'action en s'attachant à :

- favoriser les partenariats et l'action commune et oeuvrer en partenariat et conjointement avec l'OIT et d'autres organisations du système des Nations Unies, les organisations d'employeurs, les syndicats et d'autres acteurs de la société civile et du secteur privé dans le but de renforcer l'action menée au niveau international pour la santé des travailleurs ;
- en harmonie avec les initiatives prises par l'OIT, fixer des normes de protection de la santé des travailleurs, donner des lignes directrices, en promouvoir et en contrôler l'utilisation, et contribuer à l'adoption et à l'application de conventions internationales du travail ;
- proposer des options pour établir un programme national en matière de santé des travailleurs qui soit fondé sur les meilleures pratiques et sur des données probantes ;
- fournir l'appui technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population active et se doter des moyens institutionnels indispensables pour agir dans le domaine de la santé des travailleurs ;
- observer les tendances concernant la santé des travailleurs et les infléchir ;
- instaurer des dispositifs scientifiques et consultatifs pour faciliter l'action en faveur de la santé des travailleurs aux niveaux mondial et régional.

31. La mise en oeuvre du plan d'action sera régulièrement suivie et contrôlée à l'aide d'une série d'indicateurs de résultats nationaux et internationaux.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.27 Renforcement des systèmes d'information sanitaire

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA58.30 sur la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant la résolution WHA58.28 sur la cybersanté et ayant présente à l'esprit la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

Reconnaissant que des informations fiables sont indispensables pour la formulation de politiques de santé fondées sur des données factuelles et la prise de décision, et essentielles pour le suivi des progrès de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant par ailleurs que les systèmes d'information sanitaire de la plupart des pays en développement sont faibles, fragmentaires, que leurs sources d'informations premières sont parfois dispersées, isolées et difficiles d'accès et qu'ils sont en sous-effectif et dotés de ressources insuffisantes ;

Convaincue de l'importance de l'information sanitaire, ventilée selon le sexe, l'âge et les principaux facteurs socio-économiques, pour étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Reconnaissant que l'information sanitaire et la recherche en santé sont complémentaires en tant que bases du renforcement des systèmes de santé et des politiques sanitaires ;

Consciente du rôle clé des offices nationaux de la statistique dans la conception et l'application des stratégies statistiques nationales et de leur contribution à l'information sanitaire de la population ;

Notant les fonctions normatives constitutionnelles de l'OMS en matière d'information sanitaire et de notification épidémiologique et réaffirmant le rôle de l'Organisation en tant que partenaire fondateur du Réseau de métrologie sanitaire, dont elle accueille le secrétariat, qui a défini les normes de base des systèmes d'information sanitaire ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à mobiliser les ressources scientifiques, techniques, sociales, politiques, humaines et financières nécessaires pour :

- 1) considérer les systèmes d'information sanitaire comme une stratégie essentielle pour renforcer les systèmes de santé nationaux et, à ce titre, à s'en doter et à veiller à leur bon fonctionnement ;
- 2) concevoir, appliquer, consolider et évaluer des plans destinés à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire moyennant une collaboration entre les secteurs de la santé et des statistiques et d'autres partenaires, une bonne coordination au sein des administrations chargées de la santé et une division rationnelle des responsabilités ;
- 3) établir, au sein des systèmes d'information sanitaire nationaux, des systèmes d'information programmatiques formant des sous-ensembles et organiser l'harmonisation de ces différents sous-ensembles programmatiques ;
- 4) rassembler les partenaires techniques et les partenaires du développement autour d'une stratégie et d'un plan cohérents et coordonnés dont la direction est confiée aux pays pour renforcer les systèmes d'information sanitaire et qui sont pleinement intégrés dans les principaux programmes et plans sanitaires nationaux ;

- 5) renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs à différents niveaux du système de santé à synthétiser, analyser, diffuser et utiliser l'information sanitaire pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles et pour mieux sensibiliser le public ;
- 6) développer la capacité des agents de santé à recueillir des informations sanitaires exactes et pertinentes ;
- 7) relier le renforcement des systèmes d'information sanitaire aux politiques et aux programmes destinés à accroître le potentiel statistique en général ;
- 8) renforcer la recherche sur les normes en matière d'information sanitaire et promouvoir la normalisation et l'harmonisation des systèmes d'information sanitaire ;

2. EXHORTE les organes d'information et de statistique sanitaires, d'autres organisations internationales, dont les initiatives et fonds mondiaux en faveur de la santé, le secteur privé, la société civile et les autres partenaires concernés, à apporter un soutien ferme et durable pour renforcer les systèmes d'information, notamment au moyen des normes et des principes directeurs énoncés dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire, pour couvrir tout l'éventail des statistiques sanitaires, y compris les déterminants de la santé, les ressources, les dépenses et le fonctionnement des systèmes de santé, l'accès aux services, leur couverture et leur qualité ainsi que les résultats et la situation sanitaires, et pour accorder une attention particulière à l'information sur la pauvreté et sur les inégalités en matière de santé ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer la culture de l'information et du concret au sein de l'Organisation et de veiller à ce que soient utilisées des statistiques sanitaires exactes et actuelles pour étayer l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;
- 2) d'accroître les activités de statistique sanitaire de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national et de fournir un appui harmonisé aux Etats Membres afin qu'ils puissent se doter des capacités requises pour la mise en place de systèmes d'information sanitaire ainsi que pour la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données ;
- 3) de promouvoir un meilleur accès aux statistiques sanitaires, d'encourager la diffusion d'informations à tous les partenaires sous une forme appropriée et accessible et de favoriser la transparence dans l'analyse, la synthèse et l'évaluation des données, y compris par des examens collégiaux ;
- 4) de veiller à améliorer l'alignement, l'harmonisation et la coordination des activités d'information sanitaire en ayant présentes à l'esprit la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ainsi que l'Action des partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques,¹ et de donner la priorité aux programmes qui soutiennent les systèmes d'information sanitaire ;

¹ Action des partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques. Rapport du Groupe de travail sur les partenariats mondiaux pour la santé. Paris, Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, 14-15 novembre 2005.

5) de faire régulièrement le point des expériences en cours dans les pays, d'apporter une aide pour la mise à jour du cadre du Réseau de métrologie sanitaire en fonction des leçons apprises et de l'évolution des méthodologies, de tenir les pays informés à propos du Réseau, de leur fournir un appui pour qu'ils puissent participer au Réseau et de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.28 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la grippe aviaire et la grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi ;¹

Réaffirmant les obligations des Etats Parties en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant les résolutions WHA58.5 et WHA59.2, dans lesquelles l'Assemblée de la Santé a exprimé sa préoccupation concernant le risque de voir la souche H5N1 du virus grippal A provoquer une pandémie et a instamment invité les Etats Membres à communiquer aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents, notamment des échantillons cliniques et des virus ;

Reconnaissant le droit souverain des Etats sur leurs ressources biologiques et l'importance d'une action collective en vue d'atténuer les risques pour la santé publique ;

Reconnaissant que les droits de propriété intellectuelle n'empêchent pas et ne devraient pas empêcher les Etats Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique ;

Rappelant la Déclaration de Jakarta sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, et les recommandations de la Réunion de haut niveau sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant (Jakarta, 26-28 mars 2007) ;

Reconnaissant en particulier l'importance de l'échange international, avec les centres collaborateurs de l'OMS, d'échantillons cliniques et de virus pour contribuer à l'évaluation du risque pandémique, à la mise au point de vaccins contre la grippe pandémique, à l'actualisation des réactifs et kits de diagnostic et à la surveillance de la résistance aux antiviraux ;

Soulignant le besoin de dispositifs internationaux efficaces et transparents, qui favorisent un partage juste et équitable des avantages, y compris l'accès à des produits diagnostiques et des traitements, dont les vaccins, d'un coût abordable et leur distribution rapide à ceux qui en ont besoin, en particulier dans les pays en développement ;

¹ Documents A60/7, A60/8 et A60/INF.DOC./1.

Notant le plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour accroître l'approvisionnement en vaccins et son objectif consistant à réduire l'écart entre la demande potentielle de vaccins et l'offre prévue en cas de pandémie de grippe en augmentant à moyen et long termes l'offre de vaccins contre la grippe pandémique ;¹

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à continuer de soutenir, renforcer et améliorer le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe et ses méthodes par l'échange rapide de virus ou d'échantillons avec les centres collaborateurs de l'OMS, en tant qu'élément fondamental de la santé publique, pour assurer l'évaluation critique des risques et les interventions requises, et à s'efforcer de garantir et de promouvoir le partage transparent, juste et équitable des avantages découlant de la production d'informations, d'outils diagnostiques, de médicaments, de vaccins et d'autres technologies ;
- 2) à soutenir et promouvoir la recherche afin d'améliorer la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de l'infection par le virus grippal, dans le but d'élaborer de meilleurs outils de santé publique ;
- 3) à soutenir l'OMS, selon les besoins, pour définir et mettre en oeuvre les dispositifs mentionnés au paragraphe 2.1) ci-après ;
- 4) à formuler des politiques, selon les besoins, ou à renforcer celles qui existent déjà, sur les vaccins antigrippaux dans le cadre de leurs plans nationaux de préparation en cas de pandémie de grippe ;
- 5) à renforcer, selon les besoins, la capacité des autorités nationales et régionales de réglementation d'appliquer de manière efficiente et efficace les mesures nécessaires pour garantir l'approbation rapide de vaccins candidats sûrs et efficaces contre la grippe, en particulier ceux dérivés des nouveaux sous-types des virus grippaux, et à encourager à cet égard la collaboration internationale entre les autorités de réglementation ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de définir et de proposer, en étroite consultation avec les Etats Membres, des cadres et des dispositifs visant à assurer le partage juste et équitable entre tous les Etats Membres des avantages, au bénéfice de la santé publique, en prenant résolument en considération les besoins particuliers des pays en développement, à savoir notamment, mais pas uniquement :
 - a) des mécanismes financiers novateurs pour faciliter l'achat, rapide et à un coût abordable, des vaccins contre la grippe pandémique pour et par les Etats Membres qui en ont besoin ;
 - b) l'acquisition plus aisée par les pays en développement de capacités de fabrication de vaccins antigrippaux ;
 - c) l'accès de tous les fabricants de vaccins antigrippaux, en particulier dans les pays en développement, aux virus vaccins mis au point par les centres collaborateurs de l'OMS pour la production de vaccins antigrippaux ;

¹ Document WHO/IVB/06.13 – WHO/ODS/EPR/GIP/2006.1.

-
- d) en cas d'urgence de santé publique de portée internationale, le plein accès de tous les fabricants de vaccins antigrippaux aux virus vaccins mis au point par les centres collaborateurs de l'OMS pour la production des vaccins contre la grippe pandémique ;
- e) l'assistance technique aux pays en développement pour renforcer les capacités locales de recherche et de surveillance, notamment en matière de formation du personnel, dans le but de leur permettre de travailler sur les virus grippaux aux niveaux national et régional ;
- f) la fourniture d'un appui aux Etats Membres qui en feront la demande, notamment les pays en développement et les pays touchés, pour améliorer leur capacité à mettre en place et à renforcer les moyens d'analyse des virus H5 et des autres virus grippaux, notamment leur identification et leur caractérisation, et pour établir et renforcer la capacité de ces pays à satisfaire aux exigences de l'OMS concernant la désignation de laboratoires de référence ou de centres collaborateurs, s'ils le souhaitent ;
- 2) de constituer, en étroite consultation avec les Etats Membres, un stock international de vaccins contre le virus H5N1 et les autres virus grippaux à potentiel pandémique, le cas échéant, pour que les pays qui en ont besoin puissent les utiliser rapidement et selon les principes rationnels de la santé publique, en suivant des règles et des procédures transparentes s'appuyant sur des conseils d'experts et des données factuelles, pour les opérations, la fixation des priorités, le déblocage des stocks, la gestion et la supervision ;
- 3) de mettre au point des dispositifs et des lignes directrices, en étroite consultation avec les Etats Membres, en vue d'assurer une distribution juste et équitable des vaccins contre la grippe pandémique à des prix abordables, en cas de pandémie, afin que les Etats Membres qui en ont besoin puissent en disposer rapidement ;
- 4) de mobiliser le soutien financier, technique et autre nécessaire auprès des Etats Membres, des fabricants de vaccins, des banques de développement, des organisations caritatives, des donateurs privés et d'autres intervenants, afin de mettre en oeuvre des mécanismes favorisant le partage équitable des avantages décrits aux paragraphes 2.1), 2.2) et 2.3) ci-dessus ;
- 5) de réunir un groupe de travail interdisciplinaire pour réviser les mandats des centres collaborateurs de l'OMS, des laboratoires de référence pour les virus H5 et des centres nationaux de la grippe, concevoir des dispositifs de surveillance, élaborer des projets de clauses et conditions types pour l'échange des virus entre les pays d'origine et les centres collaborateurs de l'OMS ainsi qu'entre ces centres et des tiers, et revoir tous les documents portant sur les échanges de virus grippaux et de données sur le séquençage, en se fondant sur la confiance mutuelle, la transparence et les grands principes suivants :
- a) échange rapide des virus dans le cadre du réseau mondial de surveillance de la grippe;
- b) application des mêmes clauses et conditions types à toutes les transactions, en fonction des besoins ;
- c) consultation rapide et partage des informations avec les pays d'origine, notamment sur l'utilisation hors du réseau ;
- d) pour toute utilisation des virus grippaux n'entrant pas dans le mandat des centres collaborateurs de l'OMS, des laboratoires de référence pour les virus H5 et des centres nationaux de la grippe, soumission d'une demande directement au centre national de la

- grippe compétent ou autre laboratoire d'origine du pays où le virus a été recueilli et obtention d'une réponse appropriée du centre national de la grippe ; ces demandes s'inscrivent dans un cadre bilatéral n'exigeant pas l'intervention de l'OMS ;
- e) reconnaissance et respect de la contribution et du rôle cruciaux et fondamentaux des pays fournissant des virus au réseau mondial de surveillance de la grippe ;
 - f) engagement, participation et reconnaissance accrues de la contribution des scientifiques des pays d'origine concernant les recherches sur les virus et les échantillons ;
 - g) reconnaissance des travaux des chercheurs des pays d'origine et collaboration accrue de ces chercheurs à la rédaction des publications scientifiques ;
 - h) prise en considération du droit national et international applicable ;
- 6) de veiller à la composition du groupe de travail interdisciplinaire, qui doit compter quatre Etats Membres de chacune des six Régions de l'OMS, en assurant une représentation équilibrée des pays en développement et des pays développés et en incluant à la fois des spécialistes et des responsables politiques ;
- 7) de convoquer une réunion intergouvernementale chargée d'examiner les rapports du Directeur général concernant les paragraphes 2.1), 2.2), 2.3) et 2.8), et le rapport du groupe de travail interdisciplinaire concernant le paragraphe 2.5) ; cette réunion sera ouverte à tous les Etats Membres et aux organisations d'intégration économique régionale ;
- 8) de demander un rapport d'experts sur les questions relatives aux brevets pour les virus de la grippe et leurs gènes, et d'en rendre compte à la réunion intergouvernementale ;
- 9) de continuer d'étudier avec les Etats Membres la possibilité de transformer des établissements de biologie existants, tels que les laboratoires de production de vaccins à usage vétérinaire, afin de répondre aux normes fixées pour la mise au point et la production des vaccins humains, l'offre de vaccins contre la grippe pandémique se trouvant ainsi renforcée, et de leur permettre de recevoir des souches semences ;
- 10) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution, et notamment sur les travaux de la réunion intergouvernementale.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA60.29 Technologies sanitaires¹

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les technologies sanitaires ;²

Reconnaissant que les technologies sanitaires fournissent aux dispensateurs de soins de santé des outils indispensables pour assurer une prévention, un diagnostic, un traitement et une réadaptation efficaces et efficaces et pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Considérant que les technologies sanitaires, en particulier les dispositifs médicaux, posent des difficultés d'ordre économique et technique au système de santé de nombreux Etats Membres et constatant avec préoccupation que des ressources sont gaspillées en investissements malavisés dans des technologies sanitaires, en particulier des dispositifs médicaux, qui ne répondent pas aux besoins prioritaires, sont incompatibles avec les infrastructures existantes, sont utilisés de façon irrationnelle ou impropre, ou sont peu performants ;

Consciente que les Etats Membres et les donateurs doivent maîtriser l'augmentation rapide des coûts en sélectionnant les technologies sanitaires, en particulier les dispositifs médicaux, en fonction de leur impact sur la charge de la maladie, et qu'ils doivent, par une planification, une évaluation, une gestion et un approvisionnement judicieux, faire en sorte que les ressources soient utilisées à bon escient ;

Notant qu'il est nécessaire de développer les compétences en matière de technologies sanitaires, et en particulier de dispositifs médicaux ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à rassembler, vérifier, actualiser et échanger des informations sur les technologies sanitaires, en particulier les dispositifs médicaux, qui les aideront à hiérarchiser les besoins et à allouer les ressources ;
- 2) à élaborer, s'il y a lieu, des stratégies et des plans nationaux pour instaurer des systèmes d'évaluation, de planification, d'achat et de gestion des technologies sanitaires, en particulier des dispositifs médicaux, en collaboration avec les personnels s'occupant d'évaluation des technologies sanitaires et de techniques biomédicales ;
- 3) à rédiger des lignes directrices de portée nationale ou régionale sur les bonnes pratiques de fabrication et de réglementation, à mettre en place des systèmes de surveillance et d'autres mesures garantissant la qualité, l'innocuité et l'efficacité des dispositifs médicaux et, s'il y a lieu, à participer à l'harmonisation au plan international ;
- 4) à créer, le cas échéant, des institutions régionales et nationales de technologie sanitaire, et à collaborer et former des partenariats avec les dispensateurs de soins de santé, l'industrie, les associations de patients et les organisations professionnelles, scientifiques et techniques ;

¹ L'expression « technologies sanitaires » désigne l'application de connaissances et de compétences organisées sous la forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, de procédés et de systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de la vie.

² Document A60/26.

5) à recueillir des informations permettant de relier les dispositifs médicaux, qui apportent des solutions aux problèmes prioritaires de santé publique à différents échelons du système de soins et dans différents contextes et environnements, aux infrastructures, actes et outils de référence requis ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de collaborer avec les Etats Membres intéressés et les centres collaborateurs de l'OMS à l'élaboration, dans la transparence et sur la base de données factuelles, de lignes directrices et d'outils, y compris de normes, de critères et d'un glossaire normalisé de définitions, applicables aux technologies sanitaires, et en particulier aux dispositifs médicaux ;

2) de fournir, le cas échéant, un appui aux Etats Membres pour la mise en place de mécanismes visant à déterminer de quelles technologies sanitaires, et en particulier de quels dispositifs médicaux, ils ont besoin au niveau national, et à garantir leur disponibilité et leur utilisation ;

3) de mettre au point des outils méthodologiques pour aider les Etats Membres à analyser leurs besoins en technologies sanitaires, en particulier en dispositifs médicaux, et la mesure dans laquelle leur système de santé remplit les conditions nécessaires à leur mise en place ;

4) d'apporter, le cas échéant, un soutien et des conseils techniques aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques concernant les technologies sanitaires, et en particulier les dispositifs médicaux, notamment pour les maladies prioritaires, selon les différents échelons du système de soins dans les pays en développement ;

5) de collaborer avec d'autres organisations du système des Nations Unies, organisations internationales, institutions universitaires et organes professionnels pour seconder les Etats Membres dans le classement par ordre d'importance, la sélection et l'utilisation des technologies sanitaires, en particulier des dispositifs médicaux ;

6) de créer et de mettre régulièrement à jour une base de données sur les technologies sanitaires fondée sur les faits et disponible sur le Web, qui centralisera l'information et donnera des orientations sur les dispositifs médicaux adaptés aux différents échelons du système de soins, contextes, environnements et interventions sanitaires prévues, en fonction des besoins spécifiques du pays ou de la région ;

7) de fournir un appui aux Etats Membres dont le système de soins de santé est vulnérable pour qu'ils identifient et mettent place les technologies sanitaires appropriées, et en particulier les dispositifs médicaux, qui facilitent l'accès à des services de qualité dans le cadre des soins de santé primaires ;

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

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA60.30 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA59.24 portant création d'un groupe de travail intergouvernemental chargé d'élaborer un projet de stratégie et de plan d'action mondiaux pour fournir un cadre à moyen terme fondé sur les recommandations de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, avec notamment pour objectif d'assurer une base plus solide et durable pour des activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins et intéressant des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement, de proposer des objectifs et des priorités clairs pour la recherche-développement et d'estimer les besoins financiers en la matière ;

Constatant avec préoccupation que les maladies transmissibles représentent environ 50 % de la charge de morbidité des pays en développement et que l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux kits de diagnostic est rendu difficile notamment par les insuffisances des systèmes de soins de santé, le manque de ressources et des prix inabordables pour beaucoup d'habitants des pays en développement ;

Consciente de la charge croissante de maladies et d'affections qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, en particulier celles qui concernent les femmes et les enfants, et notamment de la recrudescence des maladies non transmissibles ;

Notant que la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique confirme que l'Accord n'empêche pas, et ne devrait pas empêcher, les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique ;

Notant que les droits de propriété intellectuelle constituent une importante incitation pour la mise au point de nouveaux produits médico-sanitaires ;

Saluant avec enthousiasme l'engagement du Directeur général en faveur du processus mené par le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

1. **EXPRIME** ses remerciements au Directeur général pour son engagement et l'encourage à guider le processus visant à établir une stratégie et un plan d'action mondiaux qui fourniront un cadre à moyen terme pour des activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins ;
2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres à soutenir pleinement et activement les activités du groupe de travail intergouvernemental et à procurer des ressources suffisantes à l'OMS ;
3. **PRIE** le Directeur général :
 - 1) d'assurer un appui technique et financier au groupe de travail intergouvernemental afin qu'il puisse achever ses travaux à temps pour faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé ;
 - 2) de fournir, selon qu'il conviendra, sur demande et en collaboration avec les autres organisations internationales compétentes, un appui général et technique aux pays qui ont l'intention d'utiliser les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et d'autres accords internationaux afin de promouvoir

l'accès aux produits pharmaceutiques¹ et d'appliquer la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique et d'autres instruments de l'OMC ;

3) de fournir un appui technique et financier pour des réunions consultatives régionales afin de fixer des priorités régionales qui serviront aux travaux du groupe de travail intergouvernemental ;

4) d'encourager l'élaboration de propositions pour un système de recherche-développement axé sur les besoins sanitaires, qui seront soumises à l'examen du groupe de travail intergouvernemental, comprenant un éventail de dispositifs incitatifs et prenant en considération le lien entre le coût de la recherche-développement et le prix des médicaments, des vaccins, des kits de diagnostic et des autres produits médico-sanitaires et une méthode permettant d'ajuster le dosage optimal des incitations en fonction d'une affection ou d'un produit déterminé, dans le but de lutter contre les maladies qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement ;

5) d'établir des documents de base sur chacun des huit éléments du plan d'action proposés par le groupe de travail intergouvernemental, et notamment :

- une matrice sur les activités en cours et les lacunes actuelles ;
- une matrice sur les propositions actuelles faisant référence aux principaux acteurs ;
- les incidences financières de ces propositions.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007 –
Commission B, cinquième rapport)

¹ Par sa décision du 30 août 2003 sur la mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, le Conseil général de l'OMC a décidé que « l'expression 'produits pharmaceutiques' s'entend de tout produit breveté, ou produit fabriqué au moyen d'un procédé breveté, du secteur pharmaceutique nécessaire pour remédier aux problèmes de santé publique tels qu'ils sont reconnus au paragraphe 1 de la Déclaration. Il est entendu qu'elle inclurait les principes actifs nécessaires à la fabrication du produit et les kits de diagnostic nécessaires à son utilisation ».

DECISIONS

WHA60(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Barbade, Cap-Vert, Emirats arabes unis, Guatemala, Kirghizistan, Lituanie, Monaco, Mongolie, République centrafricaine, Sierra Leone, Timor-Leste et Viet Nam.

(Première séance plénière, 14 mai 2007)

WHA60(2) Composition de la Commission des Désignations

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Afghanistan, Argentine, Burkina Faso, Canada, Chine, Colombie, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, France, Ghana, Guinée équatoriale, Indonésie, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Palaos, Panama, Qatar, République démocratique du Congo, Sri Lanka, Suriname et Ukraine, et le Professeur P. I. Garrido, Mozambique (Président de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

(Première séance plénière, 14 mai 2007)

WHA60(3) Election du président et des vice-présidents de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu :

Président : Mme J. Halton (Australie)

Vice-Présidents : Dr T. Adhanom (Ethiopie)
Dr N. A. Haffadh (Bahreïn)
Dr J. Kiely (Irlande)
M. Kye Chun Yong (République populaire démocratique de Corée)
Dr C. Chang (Equateur)

(Première séance plénière, 14 mai 2007)

WHA60(4) Election du bureau des commissions principales

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Dr R. R. Jean Louis (Madagascar)

Commission B : M. T. Zeltner (Suisse).

(Première séance plénière, 14 mai 2007)

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

Commission A : Vice-Présidents, Dr A. Balbisi (Jordanie) et
Professeur Eng Huot (Cambodge)

Rapporteur, Mme G. Bu Figueroa (Honduras)

Commission B : Vice-Présidents, M. D. Francis (Trinité-et-Tobago) et
Dr A. A. Yoosuf (Maldives)

Rapporteur, M. H. Bin M. Al-Fakheri (Arabie saoudite).

(Première séance de la Commission A, 15 mai 2007 ;
Première et deuxième séances de la Commission B, 16 et 17 mai 2007)

WHA60(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Allemagne, Botswana, Chine, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Guinée-Bissau, Jamaïque, Lettonie, Maroc, Mauritanie, Namibie, Paraguay, République arabe syrienne, Samoa et Thaïlande.

(Première séance plénière, 14 mai 2007)

WHA60(6) Adoption de l'ordre du jour

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent vingtième session, après avoir supprimé un point et un point subsidiaire.

(Deuxième séance plénière, 14 mai 2007)

WHA60(7) Vérification des pouvoirs

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des Etats 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, Bélarus, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie, 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, Egypte, El Salvador, Emirats arabes unis, Equateur, Erythrée, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mongolie, Monténégro, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nauru, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, 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.

(Cinquième séance plénière, 16 mai 2007 ;
Huitième séance plénière, 18 mai 2007)

WHA60(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Bahamas, Emirats arabes unis, Indonésie, Malawi, Nouvelle-Zélande, Paraguay, Pérou, République de Corée, République de Moldova, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sao Tomé-et-Principe et Tunisie.

(Huitième séance plénière, 18 mai 2007)

WHA60(9) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr J. Larivière, délégué du Canada, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et le Dr A. A. Yoosuf, délégué des

Maldives, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2010.

(Neuvième séance plénière, 21 mai 2007)

WHA60(10) Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a décidé qu'un point intitulé « Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » et les documents connexes examinés à l'Assemblée de la Santé devraient être inscrits à l'ordre du jour de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif en janvier 2008, et a prié le Directeur général de poursuivre, dans l'intervalle, ses travaux sur la question.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007)

WHA60(11) Choix du pays où se tiendra la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

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

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007)

WHA60(12) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent dix-huitième, cent dix-neuvième et cent vingtième sessions

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cent dix-huitième, cent dix-neuvième et cent vingtième sessions,¹ a pris note des rapports, a félicité le Conseil du travail qu'il avait accompli et a exprimé sa satisfaction du dévouement avec lequel il s'était acquitté des tâches qui lui avaient été confiées.

(Onzième séance plénière, 23 mai 2007)

¹ Document A60/2.

ANNEXES

ANNEXE 1

Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière¹

Règlement financier

[A60/33 – 29 mars 2007]

...

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 Etats-Unis et au taux de change officiel de l'Organisation des Nations Unies. Tous les montants non utilisés en cours d'exercice sont portés au crédit des recettes diverses.

4.5 Les crédits au titre du budget ordinaire de l'exercice en cours peuvent rester utilisables lors de l'exercice suivant afin de payer tous les biens et services résultant d'engagements juridiques pris avant la fin de l'exercice, pour mise en oeuvre l'année suivante.

...

[6.5 supprimé]

...

[8.2 supprimé]

Règles de gestion financière

Règle IV – Fourniture des fonds

[104.2 supprimé]

¹ Résolution WHA60.9.

ANNEXE 2

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'OMS¹

[A60/19 – 29 mars 2007]

1. A sa cent seizième session, le Conseil exécutif a prié le Directeur général de présenter, afin de donner suite au Programme d'action de Beijing et aux conclusions concertées 1997/2 du Conseil économique et social des Nations Unies, un projet de stratégie et de plan d'action pour prendre en compte la dimension sexospécifique dans les activités de l'OMS.² La présente stratégie découle d'un document antérieur³ et des initiatives prises dans les Régions.⁴ Elle est présentée pour répondre à la demande du Conseil exécutif.

2. La stratégie est le fruit d'une vaste consultation organisée dans l'ensemble de l'Organisation avec des experts extérieurs et les représentants de ministères de la santé, d'où il est ressorti que l'égalité et l'équité entre hommes et femmes devraient être intégrées dans la planification stratégique et opérationnelle de l'OMS en général pour apporter des changements systémiques dans tous les domaines d'activité. Un plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie est en cours d'élaboration.⁵

3. La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ont, sur la base de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 1993), fait ressortir l'importance de l'égalité des sexes dans tous les domaines du développement social et économique. Un appel y a été lancé aux organismes du système des Nations Unies et aux gouvernements pour qu'ils prennent en considération l'égalité et l'équité entre les sexes lorsqu'ils décident des buts, de l'affectation des fonds, des activités et des résultats escomptés des programmes. Il a notamment été établi lors de la Conférence de Beijing que l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes était une stratégie importante pour promouvoir l'égalité entre hommes et femmes.

¹ Voir résolution WHA60.25.

² Voir document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la deuxième séance.

³ *Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes*. Organisation mondiale de la Santé, 2002.

⁴ Voir, par exemple, le plan d'action stratégique intitulé *Strategic action plan for the health of women in Europe*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2001 ; la résolution AFR/RC53/R4 sur la santé de la femme : stratégie de la Région africaine ; et la résolution CD46.R16 sur le projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes.

⁵ Document WHO/FCH/GWH/07.1.

4. Le Conseil économique et social a défini comme suit l'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes :

Intégrer une démarche d'équité entre les sexes, c'est évaluer les incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans l'élaboration, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Le but ultime est d'atteindre l'égalité entre les sexes.¹

5. Parmi les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, figure la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes en tant que moyen efficace de combattre la pauvreté, la faim et la maladie, et de promouvoir un développement réellement durable.² La présente stratégie est en harmonie avec la stratégie adoptée par l'ensemble du système des Nations Unies pour intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans ses activités.

6. Pour qu'à tout âge les femmes et les hommes bénéficient sur un pied d'égalité de conditions leur garantissant le meilleur état de santé possible et l'équité en santé, le secteur de la santé doit tenir compte des différences biologiques et sociales entre les sexes. A cause de ces différences, hommes et femmes ne sont pas exposés aux mêmes risques sanitaires, ne se voient pas offrir les mêmes prestations par le système de santé, n'ont pas les mêmes comportements de recours aux soins et ne connaissent pas les mêmes issues sanitaires.

7. Dans nombre de sociétés, les femmes ont moins facilement accès à l'information sanitaire, aux soins, aux services et aux ressources nécessaires pour entretenir leur santé. Les normes qui régissent les relations entre les sexes nuisent aussi à la santé des hommes quand elles leur confèrent des rôles qui les incitent à prendre des risques et à négliger leur santé. De plus, l'appartenance sexuelle se conjugue à d'autres différences sociales, comme la race, pour créer des inégalités entre groupes sociaux et entre hommes et femmes.

8. L'appui que l'OMS fournit aux Etats Membres devrait leur permettre de prendre des mesures de développement sanitaire qui répondent aux besoins particuliers des hommes et des femmes, des garçons et des filles, pour qu'ils puissent atteindre un état de santé optimum. Il est donc indispensable que l'OMS intègre dans ses activités à tous les niveaux l'analyse des spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans le domaine de la santé ainsi que des mesures en faveur des femmes et des hommes défavorisés. Cela peut supposer d'adapter les politiques et programmes existants pour répondre aux besoins particuliers de chacun de façon juste et équitable et permettre ainsi à tous de participer aux efforts visant à promouvoir le développement sanitaire et l'égalité des sexes, et d'en bénéficier. Les efforts doivent viser essentiellement à ce que les femmes ne subissent plus les conséquences de la discrimination fondée sur le sexe afin d'apporter une amélioration mesurable de leur santé.

¹ Conclusions concertées 1997/2 du Conseil économique et social des Nations Unies.

² Résolution 55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

BUTS ET OBJECTIFS

9. Les orientations stratégiques exposées ci-dessous visent à développer et améliorer les moyens dont dispose le Secrétariat d'analyser les spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans le domaine de la santé, de repérer les inégalités systémiques et évitables et d'y remédier. Quand les programmes techniques s'attaquent clairement à ces inégalités, les politiques et les instruments qu'ils élaborent leur permettent de mieux soutenir les Etats Membres soucieux de concevoir et de mettre en oeuvre des stratégies sensibles aux disparités entre hommes et femmes. Les orientations stratégiques devraient être appliquées progressivement et leur application régulièrement suivie et évaluée.

PRINCIPES DIRECTEURS

10. Le Secrétariat se fondera sur les principes suivants pour faire en sorte que l'appui fourni aux Etats Membres intègre pleinement l'analyse des spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans le domaine de la santé et détermine l'action à mener :

- l'équité en santé passe par la lutte contre la discrimination fondée sur le sexe ;
- c'est aux plus hauts responsables des politiques et des programmes techniques de l'Organisation qu'il incombe de diriger l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les activités ;
- les programmes se doivent d'analyser les spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans leur domaine de compétence et de toujours prévoir des activités qui en tiennent compte dans tous les objectifs stratégiques ;
- il est indispensable que les femmes et les hommes participent sur un pied d'égalité à la prise de décision à tous les niveaux de l'Organisation afin que les besoins des uns et des autres soient pris en compte ;
- le système de gestion des services devrait prévoir un suivi et une évaluation de l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les activités.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

11. **Développer les moyens dont dispose l'OMS d'analyser les spécificités de chaque sexe et d'en tenir compte dans la planification.** Pour contribuer à ce que l'analyse des spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans le domaine de la santé et la planification en fonction de celle-ci soient intégrées dans les activités de l'OMS à tous les niveaux, le personnel devra avoir des notions de base en la matière. Des mécanismes de soutien et de suivi seront instaurés dans l'ensemble de l'Organisation. Des coordonnateurs suffisamment qualifiés seront ainsi désignés et les administrateurs devront veiller à ce que le personnel apprenne à analyser et traiter les questions de spécificités sexuelles en matière de santé.

12. Le réseau genre et santé de la femme du Secrétariat, composé de personnel exerçant aux trois niveaux de l'Organisation, a conçu des outils de formation individuelle et d'autoformation qui seront mis à la disposition de l'ensemble du personnel de l'Organisation afin qu'il puisse se former ou se perfectionner. Cette initiative s'étendra aux programmes de formation mondiaux ou collectifs et aux cours spécifiques. En outre, la formation à la gestion fondée sur les résultats comprendra des modules

sur l'analyse des spécificités de chaque sexe et leur prise en compte dans la planification, le suivi et l'évaluation.

13. Tenir compte des différences entre hommes et femmes dans la gestion de l'OMS. L'intégration des considérations de sexe dans les composantes de la gestion fondée sur les résultats – planification, budgétisation, suivi et évaluation – a une influence sensible sur les activités de l'Organisation.

14. L'équité et l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé étant des objectifs communs à toute l'Organisation, il faut intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe dans les stratégies de coopération avec les pays, les objectifs stratégiques à moyen terme et le budget programme. Le budget correspondant à chaque objectif stratégique doit tenir compte de l'intégration de l'analyse sexospécifique et des mesures à prendre en fonction de celle-ci ; le suivi et l'appréciation de l'exécution doivent prévoir des indicateurs différenciés selon le sexe. Il faut, lors de l'évaluation régulière des activités, faire le point sur l'intégration du principe d'équité entre les sexes dans les activités de l'OMS et tirer les leçons du travail déjà accompli. Les instruments et les moyens nécessaires à cette intégration seront fournis par les programmes techniques et programmes d'encadrement concernés à tous les niveaux de l'Organisation.

15. Encourager l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités hommes-femmes. Conformément à l'engagement qu'elle a pris dans le onzième programme général de travail,¹ l'OMS utilisera des données ventilées par sexe pour la planification et la surveillance de ses programmes et prêtera son concours aux États Membres qui entreprennent de recueillir davantage de données quantitatives ventilées par sexe, par âge et selon d'autres paramètres sociaux à prendre en considération, de mieux les analyser et les utiliser. Elle s'attachera aussi à promouvoir l'analyse quantitative et qualitative des effets complexes des facteurs socioculturels sur la santé et à lutter contre les partis pris sexistes dans la recherche sur la santé et l'information sanitaire.

16. Il convient d'étudier, après analyse des données sanitaires ventilées par sexe, les différences observées entre hommes et femmes, de définir des orientations politiques, d'énoncer des principes directeurs, de donner des conseils, de fixer des normes et de concevoir des instruments pour remédier aux différences injustes que l'on peut éviter. Il est essentiel de déterminer, sur la base de données objectives, quelles sont ces différences, quelle en est la cause, si elles sont injustes, inévitables ou si l'on peut au contraire y remédier, et quelles sont les interventions efficaces. Cette analyse devrait permettre de mieux comprendre les différences concernant : les facteurs de risque et les facteurs de protection ; l'accès aux ressources nécessaires pour protéger la santé ; les manifestations, la gravité, la fréquence des maladies et les issues sanitaires ; la propension à se faire soigner ; les facteurs sociaux, économiques et culturels ; et les conséquences des problèmes de santé et des maladies. Elle devrait en outre aider à bien adapter de manière équitable les services assurés par les systèmes de santé et à offrir la même reconnaissance et le même appui aux femmes et aux hommes qui dispensent des soins dans les secteurs formel et informel.

17. Responsabilisation. C'est principalement le personnel de rang supérieur qui devra répondre de l'intégration des considérations d'équité entre les sexes dans les programmes et plans opérationnels de l'OMS. Une bonne application de cette stratégie supposera une orientation appropriée, notamment aux niveaux supérieurs, ainsi qu'un personnel compétent dans le domaine de l'équité entre les sexes. La mise en oeuvre par le personnel sera évaluée au moyen d'indicateurs appropriés par le biais du système de gestion et de développement des services du personnel. Les organes directeurs seront tenus

¹ Document A59/25, paragraphe 116.

régulièrement informés des progrès de l'intégration dans les activités de l'OMS de l'analyse et des mesures concernant l'équité entre les sexes.

18. **Rôle du réseau genre et santé de la femme.** La mise en oeuvre des orientations stratégiques exigera de sensibiliser, informer, soutenir techniquement et orienter le personnel. Sous la direction de la haute administration, le réseau genre et santé de la femme concourra à la mise en oeuvre en facilitant l'acquisition de connaissances sur la sexospécificité et la santé et en soutenant les activités visant à remédier aux inégalités dont pâtissent les hommes ou les femmes en tant que patients ou soignants. Il concentrera ses efforts sur les questions de santé liées aux inégalités entre les sexes et sur les objectifs stratégiques inspirés du plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, du Programme d'action de Beijing et du document final du Sommet mondial de 2005.¹ Il s'agit notamment d'assurer un meilleur accès des femmes à des soins de santé de qualité, de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et génésique, de prendre des mesures contre la violence à leur encontre et de réduire la charge de travail confiée aux femmes dans le domaine des soins. Le réseau examinera aussi comment les normes et les rôles attribués aux sexes affectent la santé des hommes.

19. Le réseau collaborera avec ses partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS, et notamment avec les autres organismes du système des Nations Unies, pour rassembler des informations sur les politiques et interventions efficaces, élaborera des normes, des critères, des instruments et des principes directeurs utiles pour tenir compte des problèmes spécifiques des hommes et des femmes dans les systèmes de santé et les mesures de santé publique, donnera des avis techniques aux ministères de la santé et autres partenaires dans les Etats Membres, et créera ou incitera à créer des partenariats pour sensibiliser l'opinion et promouvoir l'équité en santé.

20. A sa cent vingtième session, en janvier 2007, le Conseil exécutif a examiné le projet de stratégie et adopté la résolution EB120.R6.²

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

21. [L'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA60.25 à sa onzième séance plénière, le 23 mai 2007.]

¹ Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbaux de la sixième et de la neuvième séance – section 2, de la cent vingtième session du Conseil.

ANNEXE 3

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

1. Résolution WHA60.8 Exercice 2006-2007 : mise en oeuvre de la résolution WHA58.4 ¹	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Fonds pour la technologie de l'information : Planification, coordination des ressources et supervision	5. Mise en place d'un système d'information sur la gestion des programmes mondialement compatible et pleinement opérationnel, qui intègre des données provenant de tous les niveaux de l'Organisation et soutient les efforts déployés pour améliorer les résultats, accroître la responsabilité à tous les niveaux et mettre l'accent sur les activités dans les pays.
Gestion des ressources humaines à l'OMS	1. Mise en place d'un nouveau système d'information mondial sur les ressources humaines et de procédures révisées et rationalisées, pour fournir au personnel partout dans le monde davantage d'informations de meilleure qualité, et un meilleur accès à celles-ci.
Gestion budgétaire et financière	2. Elaboration d'estimations budgétaires intégrées, y compris les stratégies financières ; établissement de projections sur les recettes et les dépenses, assurance du suivi et du compte rendu pour toutes les sources de fonds sur une base totalement intégrée.
Infrastructure et logistique	1. Exploitation rentable et efficace des services d'appui aux infrastructures.
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 \$7 millions	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$7 millions	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? Aucun	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions Toutes les Régions sont concernées par le système mondial de gestion.	
b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) Le personnel supplémentaire nécessaire pour achever la mise en oeuvre du système mondial de gestion est à financer par les budgets des domaines d'activité susmentionnés.	
c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation) Le système doit être prêt en vue de sa mise en oeuvre au Siège d'ici la fin de 2007.	

¹ En rapport avec la mise en oeuvre du système mondial de gestion.