

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1

# Changement climatique et santé

## Plan de travail<sup>1</sup>

[EB124/11 – 20 novembre 2008]

1. Il est largement admis au sein de la communauté scientifique mondiale que le changement climatique est un fait et qu'il a des répercussions sur la santé humaine. Compte tenu des éléments qui l'attestent, la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a, dans sa résolution WHA61.19, notamment prié le Directeur général de consulter les Etats Membres pour la préparation d'un « plan de travail visant à élargir le soutien technique de l'OMS en leur faveur afin qu'ils puissent évaluer et combattre les conséquences du changement climatique sur la santé et les systèmes de santé ». [...]

2. Le plan de travail est un cadre d'action qu'a défini le Secrétariat en tenant compte des climats, des cultures, du développement socio-économique, des systèmes de santé, de la situation sanitaire et de la vulnérabilité des Etats Membres. Résultant d'un processus de concertation, il s'appuie sur les résolutions des comités régionaux et les cadres d'action régionaux, et il reprend les suggestions que les Etats Membres ont faites par voie électronique et lors d'une réunion à laquelle ont participé 22 pays<sup>2</sup> désignés par les Directeurs régionaux de l'OMS (Genève, 9-10 octobre 2008).

3. Le plan de travail s'articule autour de quatre objectifs. Il sera appliqué dans le délai fixé par le plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il est centré sur les risques pour la santé liés à l'environnement (et relève donc de l'objectif stratégique 8), mais plusieurs actions obligent à tenir compte de considérations relatives au changement climatique dans d'autres objectifs stratégiques, et l'on s'y emploie actuellement.

### **BUT GLOBAL**

4. Le plan de travail vise :

- à soutenir les systèmes de santé de tous les pays, en particulier ceux des Etats à revenu faible ou intermédiaire et des petits Etats insulaires, dans le but de développer les moyens d'évaluation et

---

<sup>1</sup> Voir la résolution EB124.R5 ; et le procès-verbal de la septième séance (document EB124/2009/REC/2).

<sup>2</sup> Allemagne, Bangladesh, Barbade, Brésil, Chine, Costa Rica, Danemark, El Salvador, Espagne, Fédération de Russie, Inde, Italie, Jordanie, Madagascar, Maldives, Norvège, Oman, Pologne, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Samoa et Serbie.

de surveillance de la vulnérabilité, des risques pour la santé et des conséquences sanitaires qu'entraîne le changement climatique ;

- à définir des stratégies et des actions pour protéger la santé humaine, et en particulier celle des groupes les plus vulnérables ; et
- à mettre en commun les connaissances et les bonnes pratiques.

## **OBJECTIFS ET ACTION**

### **Objectif 1. Sensibilisation et persuasion**

5. Sensibiliser aux effets du changement climatique sur la santé pour amener à prendre des mesures de santé publique. Une meilleure connaissance des risques et des conséquences sanitaires du changement climatique facilitera les changements de comportement et incitera la société à soutenir les mesures prises en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre. La sensibilisation de l'opinion aidera les professionnels du secteur de la santé à jouer un rôle dirigeant dans la mise en place de stratégies rapides et exhaustives d'atténuation<sup>1</sup> et d'adaptation<sup>2</sup> qui à la fois amélioreront la situation sanitaire et réduiront la vulnérabilité des populations.

#### **Action**

6. Le Secrétariat entreprendra deux actions, exposées ci-après.

*Action 1.1* Elaboration d'outils, de lignes directrices, de matériels d'information et de modules de formation à l'appui des campagnes de sensibilisation et de persuasion visant à protéger la santé des conséquences du changement climatique aux niveaux national et régional.

7. Cette action visera différents groupes de population, et plus particulièrement les professionnels de la santé. Des dossiers d'éducation destinés au grand public, et plus particulièrement aux groupes vulnérables comme les enfants et les personnes âgées, seront conçus en collaboration avec les autorités nationales et les organisations non gouvernementales.

*Action 1.2* Concevoir et mener une campagne mondiale de sensibilisation et de persuasion visant à mettre la santé au centre des priorités internationales en matière d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets.

8. Le but de cette campagne est que la santé soit pleinement prise en compte dans les négociations préalables à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, qui doit se tenir à Copenhague en décembre 2009. Elle vise aussi à préciser le rôle de la population, des décideurs et d'autres acteurs ainsi que les mesures qu'ils doivent prendre dans le domaine de la santé pour faciliter l'adaptation au changement climatique et réduire les gaz à

---

<sup>1</sup> Dans ce contexte, on entend par atténuation les mesures visant à réduire les conséquences de l'activité humaine sur le système climatique, principalement les stratégies visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre ou à faciliter leur retrait de l'atmosphère.

<sup>2</sup> On entend par adaptation les ajustements qui amoindrissent les conséquences néfastes ou exploitent les retombées bénéfiques des systèmes naturels ou humains en réaction à des stimulations climatiques réelles ou attendues ou à leurs effets.

effet de serre. A cet égard, les effets bénéfiques que différentes options dans des domaines comme la production d'énergie et les transports produisent sur la santé seront mis en lumière et quantifiés. Pour la campagne, on aura recours à des méthodes classiques, mais aussi à des approches innovantes sur support multimédia. Les organisations non gouvernementales et les groupes de jeunes concernés y seront activement associés.

**Objectif 2. Former des partenariats avec d'autres organisations du système des Nations Unies et des secteurs autres que celui de la santé aux niveaux national, régional et international pour mettre la protection et la promotion de la santé au coeur des politiques d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets**

9. On cherchera à former des partenariats à tous les niveaux. Le secteur de la santé publique devra jouer un rôle de tutelle en favorisant la cohérence des politiques appliquées par différents secteurs et peser sur les politiques et les actions pouvant avoir une influence bénéfique sur la santé.

**Action**

10. Le Secrétariat entreprendra trois actions.

*Action 2.1* Participer aux mécanismes et aux activités de coordination adéquats au sein du système des Nations Unies.

11. Le Secrétariat prêtera une attention particulière au Programme associé à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le Programme de travail de Nairobi sur les incidences des changements climatiques et la vulnérabilité et l'adaptation à ces changements. Il veillera à ce qu'il soit pleinement tenu compte des considérations de santé lors de la prise de décision, lors de l'affectation des ressources et dans les activités de communication.

*Action 2.2* Exercer le rôle de tutelle de l'OMS avec d'autres secteurs et les organisations concernées du système des Nations Unies.

12. La production d'outils et de matériels d'information spécifiques qui éclairent sur la façon dont différentes options de développement (par exemple dans les secteurs des transports et de l'énergie) pourraient promouvoir et protéger la santé contribuera à développer l'interaction avec d'autres secteurs. Des projets communs avec d'autres secteurs (comme ceux de l'agriculture et de la gestion des situations d'urgence) contribueront à la collaboration intersectorielle nécessaire pour rendre les mesures d'adaptation plus efficaces.

*Action 2.3* Donner au secteur de la santé des informations, des outils et des conseils pour qu'il puisse participer activement aux mécanismes nationaux, régionaux et internationaux.

13. Les représentants du secteur de la santé doivent veiller à ce que les préoccupations de santé soient dûment prises en compte dans les comités nationaux, les programmes nationaux d'adaptation et les stratégies régionales et internationales d'adaptation et d'atténuation. Le Secrétariat fournira aux Etats Membres des informations, des données et des instruments de sensibilisation pour les aider à établir la documentation nécessaire au niveau des pays, faciliter l'accès aux ressources, et faire en sorte que la santé occupe une place stratégique dans les politiques nationales et internationales actuelles et futures.

**Objectif 3. Promouvoir et soutenir la production de données scientifiques**

14. Nos connaissances sont encore très incomplètes en ce qui concerne notamment les conséquences actuelles et possibles des risques liés au climat, le degré de vulnérabilité des populations, les caractéristiques des groupes vulnérables, le type des systèmes de surveillance, d'alerte et d'action en cas d'urgence, les indicateurs les plus utiles pour déterminer si les critères devant inciter à agir sont remplis, et la mesure dans laquelle différentes politiques d'adaptation et d'atténuation contribuent à promouvoir et à protéger la santé.

**Action**

15. Le Secrétariat entreprendra sept actions.

*Action 3.1* Evaluer la charge de morbidité attribuable au changement climatique et faire des projections pour les années à venir à l'aide de méthodes existantes et nouvelles.

16. Le Secrétariat travaillera en étroite collaboration avec d'autres organismes scientifiques concernés pour actualiser les estimations et prendre en considération les effets indirects dont il n'avait pas été tenu compte jusqu'à présent dans les calculs. Les outils dont on se sert actuellement pour faciliter l'application des résultats aux niveaux régional, national et local seront revus et améliorés.

*Action 3.2* Revoir les méthodes et les lignes directrices existantes et en élaborer de nouvelles pour évaluer la vulnérabilité aux conséquences sanitaires du changement climatique aux niveaux local, national et régional.

17. Les études de vulnérabilité permettent de mieux cerner les risques actuels et futurs pour la santé et les incertitudes à ce sujet. Elles aident aussi à dégager les interventions qui peuvent diminuer l'influence exercée sur les déterminants de la santé sensibles au climat, augmenter la capacité d'adaptation de la population au changement climatique et développer les moyens de préparation et de réaction aux situations d'urgence.

*Action 3.3* Créer un organisme qui centralise les informations sur les stratégies de protection de la santé appliquées dans les Etats Membres et diffuser largement ces informations. Comparer l'efficacité des stratégies, notamment par rapport à leur coût.

18. Certains pays et Régions appliquent ou projettent d'appliquer des stratégies et de prendre des mesures. Il est indispensable de rassembler et de diffuser des informations sur ces initiatives, d'évaluer leur efficacité et de faire connaître le résultat de cette évaluation.

*Action 3.4* Soutenir et suivre les recherches censées donner des indications utiles du point de vue de la santé publique sur les risques sanitaires que présente le changement climatique et sur les interventions qui permettent le mieux de les gérer.

19. L'OMS a mené un processus de concertation officiel avec les principaux chercheurs, des organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des donateurs, et elle a défini, dans la résolution WHA61.19, les domaines prioritaires sur lesquels devra porter la recherche à l'avenir. Elle s'emploiera avec eux et avec les autres partenaires concernés à mettre en place les mécanismes de financement et de coordination nécessaires pour combler les lacunes mises en évidence et développer le potentiel de recherche requis, en particulier dans les pays en développement.

*Action 3.5* Evaluer l'impact sur la santé des politiques d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets appliquées dans d'autres secteurs et dégager les actions les plus efficaces qui peuvent avoir une influence bénéfique sur la santé.

20. Les choix faits dans d'autres secteurs comme ceux de l'énergie, de l'agriculture et des transports ont une incidence directe sur la santé humaine. En faisant la lumière sur les conséquences sanitaires des décisions prises dans ces secteurs aux fins d'atténuation et d'adaptation et en mettant au point des outils pour les évaluer aux niveaux régional, national et local, on contribuera à privilégier les effets bénéfiques sur la santé et à éviter les risques sanitaires.

*Action 3.6* Trouver et mettre au point, dans le cadre des systèmes de surveillance, des indicateurs pour suivre les résultats sanitaires sur lesquels le changement climatique a une incidence.

21. Les systèmes de surveillance existants seront passés en revue pour trouver des indicateurs permettant de cerner et d'évaluer les risques sanitaires liés au climat et de mesurer l'efficacité des actions. De nouveaux indicateurs seront proposés au besoin.

*Action 3.7* Collaborer avec les autres organisations scientifiques concernées pour estimer de façon exhaustive au niveau international les coûts économiques liés aux effets du changement climatique sur la santé d'après plusieurs scénarios fondés sur l'application de différentes mesures d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets ou sur l'absence de mesures. Fournir aux Etats Membres les moyens de procéder à des évaluations de ce type au niveau national.

22. Le quatrième rapport d'évaluation du groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (2001) et le rapport intitulé Stern Review on the Economics of Climate Change (2006) ont donné une idée plus claire des conséquences économiques du changement climatique pour la société dans son ensemble et dans certains secteurs économiques. Un bilan analogue des effets sur la santé serait utile pour élaborer des politiques et fournirait des arguments supplémentaires pour inciter à prendre des mesures en vue d'atténuer le changement climatique et de s'y adapter.

**Objectif 4. Renforcer les systèmes de santé pour qu'ils puissent faire face aux risques sanitaires liés au changement climatique, y compris aux situations d'urgence résultant d'événements climatiques extrêmes et de l'élévation du niveau de la mer**

23. L'action menée dans le cadre des systèmes de santé pour protéger les populations des conséquences du changement climatique devra comprendre des interventions de santé publique dans le secteur de la santé officiel, par exemple les services de soins de santé primaires et la lutte contre les maladies tropicales négligées, ainsi que des mesures destinées à améliorer les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, qu'il s'agisse de l'accès à une eau propre et à des systèmes d'assainissement ou de la condition de la femme. Il faut agir dans le souci commun de garantir l'équité et d'assurer en priorité la sécurité sanitaire des groupes particulièrement vulnérables.

24. Il est en outre particulièrement important de maîtriser et de réduire les risques pour la santé et de renforcer l'action coordonnée de préparation et de parade aux conséquences sanitaires des situations d'urgence graves et d'autres crises que la variabilité du climat et le changement climatique peuvent amplifier.

**Action**

25. Le Secrétariat entreprendra six actions.

*Action 4.1* Fournir l'appui technique nécessaire pour développer les moyens d'évaluation et de surveillance de la vulnérabilité aux risques pour la santé liés au changement climatique.

26. Le Secrétariat collaborera avec les pays au développement des moyens nationaux d'évaluation des dangers, de la vulnérabilité, des risques et des capacités en visant particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire et les petits Etats insulaires en développement. Il s'agira notamment de former à l'utilisation d'outils spécifiques mis au point dans les différents domaines techniques concernés.

*Action 4.2* Plaider pour le renforcement des services de soins de santé primaires (y compris de prévention primaire) pour aider les communautés locales à développer leur capacité d'adaptation face aux risques sanitaires liés au climat.

27. Bien des solutions aux problèmes sanitaires que pose le changement climatique passeront par des interventions de soins de santé primaires, y compris de prévention primaire, dans des domaines tels que la lutte antivectorielle, l'hygiène du milieu et la surveillance des maladies.

*Action 4.3* Mobiliser un appui international pour renforcer et financer de toute urgence les systèmes de santé publique au niveau national.

28. Le Secrétariat épaulera le secteur de la santé dans les Etats Membres pour qu'il participe aux mécanismes internationaux en rapport avec le changement climatique et accède ainsi à l'appui financier et politique nécessaire pour prendre des mesures efficaces d'adaptation au changement climatique. L'infrastructure sanitaire doit être développée en tenant compte des risques que présente le changement climatique si l'on veut qu'elle soit sûre et qu'elle fonctionne en situation d'urgence.

*Action 4.4* Contribuer à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation de plans régionaux et nationaux d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets qui prévoient une action des systèmes de santé.

29. Le Secrétariat collaborera avec les pays à la conception et à l'évaluation de plans d'action dans les domaines qui relèvent directement du secteur de la santé et dans d'autres secteurs où les mesures appliquées ont une incidence sur la santé et sur les ressources du secteur de la santé. Il insistera particulièrement sur la nécessité de tenir compte du changement climatique dans les programmes de santé existants et de développer les moyens de diminuer le risque de catastrophes et, compte tenu du risque accru de situations d'urgence, les moyens de s'y préparer et d'y faire face. En outre, un appui sera fourni aux Etats Membres qui veulent réduire les émissions de gaz à effet de serre dans leur système de santé.

*Action 4.5* Faciliter l'élaboration de systèmes d'alerte précoce avertissant des conséquences sanitaires du changement climatique et de la variabilité du climat, et les standardiser.

30. Plusieurs pays utilisent des systèmes d'alerte pour indiquer à la population comment se préparer et faire face aux risques sanitaires associés aux événements climatiques. L'OMS collaborera avec des acteurs comme les organismes météorologiques et participera à l'échange de données d'expérience, à la standardisation et à l'application à grande échelle des stratégies efficaces.

*Action 4.6* En mettant au point des méthodes appropriées et en réalisant des études pilotes, contribuer à déterminer dans quelle proportion les mesures de gestion des urgences sanitaires réduisent l'impact des événements extrêmes sur la santé.

31. Le Secrétariat encouragera une évaluation plus systématique de l'exactitude des préavis donnés et de la mesure dans laquelle les moyens sociaux, préventifs et cliniques mis en place protègent la santé des groupes de population vulnérables. Les effets du changement climatique sur la santé et les conséquences à long terme que peuvent avoir la sécheresse et l'élévation du niveau de la mer, comme les problèmes de sécurité et de salubrité de l'eau et des aliments, la concurrence pour l'accès aux ressources et le déplacement de populations ayant besoin d'une aide humanitaire, devraient tous être pris en compte dans les systèmes d'alerte précoce et faire l'objet de programmes d'évaluation appropriés.

### **MISE EN OEUVRE**

32. Les activités exposées dans le présent plan de travail seront mises en oeuvre à l'appui des pays, par l'intermédiaire du réseau de l'OMS à tous les niveaux et en faisant appel aux centres collaborateurs de l'OMS concernés et aux compétences spécialisées d'autres organismes comme le groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. Si nécessaire, de nouveaux centres collaborateurs seront désignés pour faciliter l'exécution du plan dans certaines zones géographiques ou pour certains aspects. La collaboration avec les centres nationaux et internationaux d'excellence scientifique s'intensifiera en privilégiant les activités avec les institutions des pays qui sont les plus exposés aux effets sanitaires du changement climatique. Le suivi et l'évaluation seront effectués selon les mécanismes et à l'aide des indicateurs prévus dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et dans le budget programme de chaque exercice. On estime que le budget prévu pour les exercices 2008-2009 et 2010-2011 couvrira les besoins malgré le fort accroissement des activités. Toutefois, le budget prévu pour 2012-2013 devrait être revu à la lumière des actions élaborées pendant l'exercice en cours et l'exercice suivant, et des besoins des Etats Membres en matière de collaboration et d'appui.

### **MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF**

33. [Dans ce paragraphe, le Conseil exécutif était invité à donner des orientations sur le plan de travail.]

---



## ANNEXE 2

# Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière<sup>1</sup>

## Rapport du Directeur général

[EB124/22 – 18 décembre 2008]

1. A sa cent vingtième session en janvier 2007, le Conseil exécutif a examiné un rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.<sup>2</sup> Le rapport, soumis par le Directeur général, indiquait que le Secrétariat avait entamé un gros effort de modernisation des systèmes opérationnels essentiels à l'appui du cadre de gestion fondée sur les résultats auxquels l'Organisation est attachée. Dans le cadre de cette modernisation, et conformément aux initiatives du même type prises dans l'ensemble du système des Nations Unies, l'Assemblée de la Santé a approuvé, dans la résolution WHA60.9, l'introduction des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS).

2. L'OMS applique déjà de nombreuses normes IPSAS, comme cela est prévu dans le cadre des normes comptables communes au système des Nations Unies et se propose de les appliquer intégralement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. La pleine application des normes IPSAS exige que l'on apporte des amendements à la fois au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière. Les changements proposés sont indiqués aux appendices 1<sup>3</sup> et 2.

### AMENDEMENTS AU REGLEMENT FINANCIER ET AUX REGLES DE GESTION FINANCIERE

3. L'adoption des normes IPSAS et d'autres réformes connexes ont des répercussions majeures pour l'Organisation. Les effets des amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière sont récapitulés ci-après.

- En adoptant les normes IPSAS, l'OMS s'engage à suivre toutes les normes IPSAS ou bien s'expose à ce que le Commissaire aux Comptes émette des réserves sur sa vérification pour non-respect des règles.
- Selon les normes IPSAS, tous les états financiers doivent être établis annuellement dans le cadre d'une comptabilité sur la base du fait générateur (ou comptabilité d'exercice) ; les normes permettent cependant aux organisations d'avoir des budgets biennaux (IPSAS 1, paragraphe 66, et IPSAS 24, paragraphe 38).

---

<sup>1</sup> Voir résolution EB124.R10.

<sup>2</sup> Documents EB120/21 et EB120/21 Corr.1.

<sup>3</sup> Le texte reproduit à l'appendice 1 est le texte recommandé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (voir document EB124/3).

- Les états financiers requis sont les suivants :
  - état de la situation financière (bilan)
  - état de la performance financière (état des recettes)
  - variations de l'actif net
  - tableau des flux de trésorerie
  - comparaison des montants budgétés et des montants réels pour la période faisant l'objet du rapport
  - notes, y compris un résumé des principales politiques comptables.

...<sup>1</sup>

- Dans le cadre de la comptabilité sur la base du fait générateur, les dépenses sont comptabilisées selon le principe de l'exécution, ce qui représente un progrès important par rapport au principe d'engagement appliqué par le passé. A la fin de chaque année, les chiffres des dépenses/de l'exécution du budget refléteront la situation réelle, les engagements non exécutés n'étant pas comptabilisés comme dépense avant leur exécution l'année suivante. Les changements proposés à l'article 4.2 du Règlement financier tiennent compte de ce principe.
- Conformément aux normes IPSAS, les comptes annuels sont établis sur la base du fait générateur, quoique avec un budget biennal établi sur la base de la trésorerie, ce qui est le cas actuellement. Les propositions budgétaires comprendront le budget effectif total pour toutes les activités programmatiques relevant de l'Organisation, dont une partie sera financée par les contributions fixées.

...<sup>1</sup>

4. Il est suggéré que les changements proposés prennent effet le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ces amendements compléteront les changements à apporter au Règlement financier en prévision de l'adoption des normes IPSAS dans l'ensemble du système des Nations Unies.<sup>2</sup>

## MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

5. [Ce paragraphe contenait un projet de résolution qui a été adopté sous la cote EB124.R10 par le Conseil exécutif à sa onzième séance.]

---

<sup>1</sup> Amendements non retenus suite aux discussions du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration ; voir document EB124/2009/REC/2, procès-verbal de la onzième séance, section 2.

<sup>2</sup> Voir la liste complète des normes comptables publiées jusqu'ici par le Conseil de l'IPSAS dans le document EB124/22, annexe 3.

## Appendice 1

**TEXTE DES AMENDEMENTS PROPOSES AU REGLEMENT FINANCIER****TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008****TEXTE REVISE PROPOSE***Article I – Portée et délégation de pouvoirs*

1.1 Le présent Règlement régit la gestion financière de l'Organisation mondiale de la Santé.

[pas de changement]

1.2 Le Directeur général assure la gestion financière efficace de l'Organisation conformément au présent Règlement.

[pas de changement]

1.3 Sous réserve du paragraphe 1.2, le Directeur général peut déléguer par écrit à d'autres fonctionnaires de l'Organisation les pouvoirs qu'il juge nécessaires à la bonne application du présent Règlement.

1.3 Sous réserve du paragraphe 1.2, le Directeur général peut déléguer par écrit à d'autres fonctionnaires de l'Organisation les pouvoirs **et la responsabilité comptable** qu'il juge nécessaires à la bonne application du présent Règlement.

1.4 Le Directeur général établit les Règles de Gestion financière, comprenant des lignes directrices et des limites pour l'application du présent Règlement, afin d'assurer une gestion financière efficace et économique, et la protection des biens de l'Organisation.

[pas de changement]

*Article II – Exercice*

2.1 L'exercice consiste en une période composée de deux années civiles consécutives et commençant par une année paire.

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

*Article III – Budget*

3.1 Les prévisions budgétaires pour l'exercice, visées à l'article 55 de la Constitution (ci-après « les propositions budgétaires »), sont établies par le Directeur général.

3.1 Les prévisions budgétaires pour l'exercice, visées à l'article 55 de la Constitution (ci-après « les propositions budgétaires »), sont établies par le Directeur général. **Les propositions budgétaires sont présentées en dollars des Etats-Unis.**

**~~3.1 bis – Le Directeur général peut également présenter des prévisions dans un budget distinct pour des dépenses d'équipement.~~**

3.2 Les propositions budgétaires portent sur les recettes brutes et les dépenses brutes de l'exercice auquel elles se rapportent et sont exprimées en dollars des Etats-Unis.

~~3.2 – Les propositions budgétaires portent sur les recettes brutes et les dépenses brutes de l'exercice auquel elles se rapportent et sont exprimées en dollars des Etats-Unis.~~

3.3 Les propositions budgétaires sont divisées en parties, sections et chapitres ; elles sont accompagnées des annexes explicatives et exposés circonstanciés que peut demander ou faire demander l'Assemblée de la Santé, ainsi que de toutes annexes et notes que le Directeur général peut juger utiles et opportunes.

3.2 Les propositions budgétaires sont divisées en parties, sections et chapitres ; elles sont accompagnées des annexes explicatives et exposés circonstanciés que peut demander ou faire demander l'Assemblée de la Santé, ainsi que de toutes annexes et notes que le Directeur général peut juger utiles et opportunes.

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

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

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

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

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

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

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

*Article IV – Crédits au titre du budget ordinaire*

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

**TEXTE REVISE PROPOSE**

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

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

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

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

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

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

*[pas de changement]*

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

4.2 Les crédits sont utilisables comme engagements de dépenses de l'exercice auquel ils se rapportent. Le Directeur général est autorisé à imputer, sur les crédits de l'exercice en cours, le coût des marchandises ou des services pour lesquels des contrats ont été conclus durant l'exercice en cours et qui doivent à ce titre être fournis pendant cet exercice.

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

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

4.6 A la fin de l'exercice, le solde non engagé des montants alloués est porté au crédit des recettes diverses.

4.7 Les créances relatives aux biens et services devant être fournis au titre de contrats au cours d'un exercice ultérieur qui subsistent envers l'Organisation à la fin d'un exercice sont établies comme des engagements pris sur les crédits de l'exercice suivant et diffusées en tant que note aux rapports financiers.

**TEXTE REVISE PROPOSE**

4.2 Les crédits sont utilisables ~~comme pour effectuer des~~ engagements ~~de dépenses au cours de~~ l'exercice auquel ils se rapportent, **pour exécution durant cet exercice ou durant l'année civile qui suit.** ~~Le Directeur général est autorisé à imputer, sur les crédits de l'exercice en cours, le coût des marchandises ou des services pour lesquels des contrats ont été conclus durant l'exercice en cours et qui doivent à ce titre être fournis pendant cet exercice.~~

*[pas de changement]*

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.~~

~~4.6 A la fin de l'exercice, le solde non engagé des montants alloués est porté au crédit des recettes diverses.~~

~~4.7 Les créances relatives aux biens et services devant être fournis au titre de contrats au cours d'un exercice ultérieur qui subsistent envers l'Organisation à la fin d'un exercice sont établies comme des engagements pris sur les crédits de l'exercice suivant et diffusées en tant que note aux rapports financiers.~~

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008***Article V – Constitution des fonds au titre du budget ordinaire*

5.1 Les crédits alloués sont financés par les contributions des Membres, dont le montant est fixé par le barème des contributions établi par l'Assemblée de la Santé, et par les recettes diverses.

5.2 Le montant des contributions à la charge des Membres est calculé après ajustement du montant total des crédits approuvés par l'Assemblée de la Santé pour refléter la part du budget ordinaire à financer par les recettes diverses.

5.3 Au cas où le montant des recettes diverses réalisé est supérieur au montant approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les propositions budgétaires, l'excédent est porté au crédit des recettes diverses de l'exercice suivant pour être appliqué conformément au budget de cet exercice tel qu'il aura été approuvé.

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

*Article VI – Contributions*

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

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

**TEXTE REVISE PROPOSE**

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

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

~~5.3 Au cas où le montant des recettes diverses réalisé est supérieur au montant approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les propositions budgétaires, l'excédent est porté au crédit des recettes diverses de l'exercice suivant pour être appliqué conformément au budget de cet exercice tel qu'il aura été approuvé.~~

~~5.4 Au cas où le montant des recettes diverses réalisé est inférieur au montant approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les propositions budgétaires, le Directeur général examine les plans d'exécution du budget ordinaire afin d'apporter les éventuels ajustements nécessaires.~~ **Au cas où le montant total du financement des crédits alloués est inférieur au montant approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les propositions budgétaires, le Directeur général examine les plans d'exécution du budget ordinaire afin d'apporter les éventuels ajustements nécessaires.**

[pas de changement]

[pas de changement]

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

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

6.4 Les fractions de contributions sont considérées comme dues et exigibles en totalité au 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle elles se rapportent.

6.5 A partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, le solde non réglé de ces contributions est considéré comme en retard d'une année.

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

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

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

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

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

6.11 Les nouveaux Membres sont tenus de verser une contribution pour l'exercice au cours duquel ils deviennent Membres, au taux que fixe l'Assemblée de la Santé. Lors de leur réception, ces contributions non prévues au budget sont portées au crédit des recettes diverses.

**TEXTE REVISE PROPOSE**

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

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

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

6.11 Les nouveaux Membres sont tenus de verser une contribution pour l'exercice au cours duquel ils deviennent Membres, au taux que fixe l'Assemblée de la Santé. ~~Lors de leur réception, ces contributions non prévues au budget sont portées au crédit des recettes diverses.~~ **Ces contributions sont enregistrées comme recettes l'année au cours de laquelle elles sont dues.**

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008***Article VII – Fonds de roulement et emprunts internes*

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

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

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

*Article VIII – Recettes diverses et autres recettes*

8.1 Les recettes diverses sont enregistrées conformément aux dispositions de l'article V et comprennent les recettes ci-après :

- a) tout solde non engagé dans le cadre des crédits conformément au paragraphe 4.6 ;
- b) les intérêts perçus ou revenus de placements sur des liquidités excédentaires au budget ordinaire ;
- c) les remises ou réductions concernant des dépenses qui ont été reçues après la fin de l'exercice auquel les dépenses initiales se rapportaient ;
- d) le produit éventuel des réclamations aux assureurs qui n'est pas nécessaire pour remplacer l'article assuré ou compenser la perte subie ;
- e) le produit net de la vente d'un bien d'équipement après déduction de tous les frais d'acquisition ou de rénovation ;
- f) les gains ou pertes éventuels au change découlant de l'application du mécanisme de compensation, ou de l'application des taux de change officiels de l'Organisation des Nations Unies, ou de la réévaluation à des fins comptables de l'actif et du passif de l'Organisation ;

**TEXTE REVISE PROPOSE**

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

*Article VIII – ~~Recettes diverses et autres recettes~~  
Recettes : autres sources*

8.1 ~~Les recettes diverses sont enregistrées conformément aux dispositions de l'article V et comprennent les recettes ci-après :~~

- ~~a) tout solde non engagé dans le cadre des crédits conformément au paragraphe 4.6 ;~~
- ~~b) les intérêts perçus ou revenus de placements sur des liquidités excédentaires au budget ordinaire ;~~
- ~~c) les remises ou réductions concernant des dépenses qui ont été reçues après la fin de l'exercice auquel les dépenses initiales se rapportaient ;~~
- ~~d) le produit éventuel des réclamations aux assureurs qui n'est pas nécessaire pour remplacer l'article assuré ou compenser la perte subie ;~~
- ~~e) le produit net de la vente d'un bien d'équipement après déduction de tous les frais d'acquisition ou de rénovation ;~~
- ~~f) les gains ou pertes éventuels au change découlant de l'application du mécanisme de compensation, ou de l'application des taux de change officiels de l'Organisation des Nations Unies, ou de la réévaluation à des fins comptables de l'actif et du passif de l'Organisation ;~~



**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

g) les versements d'arriérés de contributions dus par les Membres qui ne sont pas nécessaires pour rembourser les emprunts auprès du fonds de roulement ou les emprunts internes conformément au paragraphe 7.3 ;

h) les recettes non expressément visées par ailleurs dans le présent Règlement.

8.2 Le Directeur général est autorisé à prélever une commission sur les contributions extrabudgétaires conformément aux résolutions éventuelles de l'Assemblée de la Santé. Ce montant, ainsi que les intérêts perçus ou les revenus d'investissements sur les contributions extrabudgétaires, sert, conformément au paragraphe 11.3 b), à rembourser tout ou partie des frais indirects encourus par l'Organisation pour obtenir et administrer les ressources extrabudgétaires. Toutes les dépenses directes afférentes à l'exécution de programmes financés par des ressources extrabudgétaires sont imputées à la contribution extrabudgétaire concernée.

8.3 Toute remise ou tout remboursement de services et de facilités fournis ou reçus d'un tiers au cours de l'exercice pendant lequel la dépense initiale a été engagée ou les services et les facilités fournis ont été imputés vient en déduction de la dépense concernée.

8.4 Tout versement reçu au titre d'une police d'assurance détenue par l'Organisation est comptabilisé en déduction de la perte couverte par l'assurance.

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

*Article IX – Fonds*

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

**TEXTE REVISE PROPOSE**

~~g) les versements d'arriérés de contributions dus par les Membres qui ne sont pas nécessaires pour rembourser les emprunts auprès du fonds de roulement ou les emprunts internes conformément au paragraphe 7.3 ;~~

~~h) les recettes non expressément visées par ailleurs dans le présent Règlement.~~ **Est délégué au Directeur général le pouvoir, en vertu de l'article 57 de la Constitution, d'accepter et d'administrer des dons et legs, en espèces ou en nature, pourvu qu'il ait déterminé que ces contributions peuvent être utilisées par l'Organisation et que les conditions attachées à ces dons ou legs soient compatibles avec les buts et politiques de l'Organisation.**

8.2 Le Directeur général est autorisé à prélever une commission sur les contributions extrabudgétaires conformément aux résolutions éventuelles de l'Assemblée de la Santé. Ce montant **est porté au crédit du compte spécial de frais généraux**, ainsi que les intérêts perçus ou les revenus d'investissements sur les contributions ~~extrabudgétaires~~, **extrabudgétaires** conformément au paragraphe 11.3 b), **et sert** à rembourser tout ou partie des frais indirects encourus par l'Organisation pour obtenir et administrer ~~les ces~~ ressources ~~extrabudgétaires~~. Toutes les dépenses directes afférentes à l'exécution de programmes ~~financés par des ressources extrabudgétaires~~ **financés par des ressources extrabudgétaires** sont imputées ~~à la contribution extrabudgétaire concernée.~~ **au budget concerné.**

~~8.3 Toute remise ou tout remboursement de services et de facilités fournis ou reçus d'un tiers au cours de l'exercice pendant lequel la dépense initiale a été engagée ou les services et les facilités fournis ont été imputés vient en déduction de la dépense concernée.~~

~~8.4 Tout versement reçu au titre d'une police d'assurance détenue par l'Organisation est comptabilisé en déduction de la perte couverte par l'assurance.~~

[renuméroté 8.1]

[pas de changement]

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

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

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

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

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

*Article X – Dépôt des fonds*

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

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

*Article XI – Placement des fonds*

11.1 Les fonds qui ne sont pas nécessaires pour des versements immédiats peuvent être placés et regroupés dans la mesure où cette solution est de nature à en accroître la rentabilité.

11.2 Les revenus des placements sont portés au crédit du fonds ou du compte d'où proviennent les sommes placées, sauf disposition contraire du règlement, des règles ou des résolutions se rapportant à ce fonds ou à ce compte.

**TEXTE REVISE PROPOSE**

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

*Article X – Dépôt ~~des fonds~~ de la trésorerie et des équivalents de trésorerie*

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

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

*Article XI – Placement ~~des fonds~~ de la trésorerie et des équivalents de trésorerie*

11.1 ~~Les fonds~~ **La trésorerie** qui ~~ne sont~~ **n'est** pas nécessaires pour des versements immédiats ~~peuvent~~ être placés et regroupés dans la mesure où cette solution est de nature à en accroître la rentabilité.

11.2 Les revenus des placements sont portés **en temps que recettes** au crédit ~~du fonds ou du compte~~ **d'où proviennent les sommes placées, du compte spécial de frais généraux conformément à l'article 8.2**, sauf disposition contraire du règlement, des règles ou des résolutions se rapportant à ~~ce~~ **un compte spécifique**.

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

11.3 a) Les recettes découlant des ressources au titre du budget ordinaire sont portées au crédit des recettes diverses, conformément au paragraphe 8.1.

b) Les recettes provenant des ressources extra-budgétaires peuvent servir à rembourser les dépenses indirectes liées aux ressources extrabudgétaires.

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

*Article XII – Contrôle intérieur*

12.1 Le Directeur général :

a) établit des politiques et des procédures de fonctionnement afin d'assurer une gestion financière efficace et économique, et la protection des biens de l'Organisation ;

b) désigne les fonctionnaires autorisés à recevoir des fonds, à prendre des engagements financiers et à effectuer des versements pour le compte de l'Organisation ;

c) établit un système efficace de contrôle financier intérieur permettant d'assurer la réalisation des objectifs et des buts concernant les opérations ; l'utilisation rationnelle et efficace des ressources ; la fiabilité et l'intégrité des informations ; le respect des politiques, plans, procédures, règles et règlements ; ainsi que la sauvegarde de l'actif ;

d) établit un système de vérification intérieure des comptes chargé d'examiner, d'évaluer et de surveiller que les systèmes généraux de contrôle intérieur de l'Organisation sont adéquats et efficaces. A cette fin, tous les systèmes, procédés, opérations, fonctions et activités dans le cadre de l'Organisation sont examinés, évalués et surveillés.

*Article XIII – Comptabilité et rapports financiers*

13.1 Le Directeur général tient la comptabilité nécessaire et, sauf indication contraire du présent Règlement ou des Règles de Gestion financière établies par le Directeur général, d'une manière conforme aux normes comptables du système des Nations Unies.

**TEXTE REVISE PROPOSE**

~~11.3 a) Les recettes découlant des ressources au titre du budget ordinaire sont portées au crédit des recettes diverses, conformément au paragraphe 8.1.~~  
**Les intérêts perçus sur des ressources du budget ordinaire peuvent être alloués par l'Assemblée de la Santé, conformément au paragraphe 5.1.**

~~b) Les recettes provenant des ressources extra-budgétaires peuvent servir à rembourser les dépenses indirectes liées aux ressources extrabudgétaires.~~

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

[pas de changement]

*Article XIII – Comptabilité et ~~rapports états~~ financiers*

13.1 Le Directeur général tient la comptabilité nécessaire ~~sauf indication contraire du présent Règlement ou des Règles de Gestion financière établies par le Directeur général, d'une manière conforme~~ conformément aux normes comptables du système des Nations Unies **internationales du secteur public.**

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

13.2 Un rapport financier définitif est établi pour chaque exercice et un rapport financier intérimaire est établi à la fin de la première année de chaque exercice. Ces rapports financiers sont présentés conformément aux normes visées au paragraphe 13.1 – et selon le format prévu par ces normes – accompagnés de tous autres renseignements nécessaires pour indiquer la situation financière de l'Organisation à tout moment donné.

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

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

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

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

*Article XIV – Vérification extérieure*

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

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

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

**TEXTE REVISE PROPOSE**

13.2 ~~Un rapport financier définitif est~~ **Des états financiers sont établis chaque année conformément aux normes comptables internationales du secteur public, pour chaque exercice et un rapport financier intérimaire est établi à la fin de la première année de chaque exercice.** ~~Ces rapports financiers sont présentés conformément aux normes visées au paragraphe 13.1 – et selon le format prévu par ces normes –~~ accompagnés de tous autres renseignements nécessaires pour indiquer la situation financière de l'Organisation à tout moment donné.

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

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

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

*[pas de changement]*

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008**

14.4 Le ou les commissaires aux comptes sont complètement indépendants et sont seuls responsables de la conduite du travail de vérification.

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

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

14.7 Pour procéder à un examen local ou spécial ou pour réaliser des économies sur les frais de vérification, le ou les commissaires aux comptes peuvent faire appel aux services du vérificateur général des comptes (ou du fonctionnaire de titre équivalent) d'un pays quelconque, ou aux services d'experts comptables agréés de réputation établie ou de toute autre personne ou firme qui, de l'avis du ou des commissaires aux comptes, possède les qualifications techniques voulues.

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

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

*Article XV – Résolutions entraînant des dépenses*

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

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

**TEXTE REVISE PROPOSE**

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

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

[pas de changement]

**TEXTE EXISTANT AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2008****TEXTE REVISE PROPOSE***Article XVI – Dispositions générales*

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

[*pas de changement*]

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

[*pas de changement*]

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

[*pas de changement*]

## Appendice 2

### **TEXTE DES REGLES AMENDEES DE GESTION FINANCIERE**

#### *Règle I – Champ d’application et délégation des pouvoirs*

101.1 Les présentes Règles de Gestion financière sont établies en vertu des dispositions du paragraphe 1.4 du Règlement financier.

101.2 Le Directeur général est responsable devant l’Assemblée de la Santé de l’application des Règles de Gestion financière, afin d’assurer une gestion financière efficace et économique et la protection des biens de l’Organisation.

101.3 Les présentes Règles s’appliquent uniformément à toutes les sources de fonds et à toutes les transactions financières de l’Organisation, sauf indication contraire.

101.4 Les Règles de Gestion financière établies par le Directeur général et tout amendement y relatif entrent en vigueur après confirmation par le Conseil exécutif.

101.5 En cas de doute quant à l’interprétation et à l’application de l’une des Règles de Gestion financière, le Directeur général tranche.

101.6 Outre les délégations de pouvoirs aux fonctionnaires désignés indiquées dans les présentes Règles de Gestion financière, et sous réserve de la Règle de Gestion financière 101.2, le Directeur général peut déléguer par écrit, avec l’autorisation de subdélégation à d’autres fonctionnaires de l’Organisation, les pouvoirs qu’il estime nécessaires en vue de l’application des présentes Règles, y compris la publication des procédures opérationnelles. Tous les fonctionnaires désignés sont responsables devant le Directeur général de l’exercice des pouvoirs qui leur ont été conférés.

#### *Règle II – Budget*

102.1 Les fonctionnaires désignés établissent des propositions budgétaires biennales et des propositions supplémentaires, le cas échéant, reflétant toutes les sources de fonds dans la forme et les délais requis, et les soumettent au Directeur général.

102.2 Les propositions budgétaires biennales peuvent être soumises aux comités régionaux, qui feront des observations et des recommandations à leur sujet.

102.3 En application du paragraphe 4.4 du Règlement financier, les propositions budgétaires du Directeur général à l’Assemblée de la Santé comprennent des propositions relatives à l’application et à la limitation du mécanisme de compensation des gains et pertes au change pour cette période biennale.

#### *Règle III – Crédits du budget ordinaire*

103.1 Par l’approbation des crédits, l’Assemblée de la Santé donne l’autorisation d’attribuer des allocations équivalant au montant approuvé afin d’engager les dépenses pour lesquelles ces crédits ont été approuvés. Le Directeur général peut déterminer le montant maximum des crédits qu’il serait prudent d’attribuer comme allocations, en tenant compte des perspectives de versement des contributions et de la mise à disposition à la fois du fonds de roulement et des emprunts internes.

*Règle IV – Financement*

104.1 Les contributions des Membres, conformément aux paragraphes 5.1 et 5.2 du Règlement financier, sont calculées compte tenu des Membres qui composent l'Organisation au dernier jour de l'Assemblée de la Santé pertinente.

104.2 Afin que le Directeur général puisse accepter le versement des contributions des Membres au titre du paragraphe 6.7 du Règlement financier dans des monnaies qui ne sont pas entièrement convertibles, les limites et lignes directrices suivantes s'appliquent :

- a) le montant dû est exprimé en dollars des Etats-Unis ;
- b) les paiements à l'OMS doivent être effectués à une date précise sur un compte bancaire donné ;
- c) le montant des paiements autorisés ne doit pas dépasser les dépenses nettes mensuelles prévues de l'Organisation dans la monnaie concernée ;
- d) lorsqu'il s'agit de créditer le compte des Membres à l'OMS en dollars des Etats-Unis, il convient d'appliquer le taux de change fixé par l'Organisation des Nations Unies à la date d'encaissement par l'OMS.

104.3 Les paiements en monnaies autres que celles qui sont précisées au paragraphe 6.6 du Règlement financier (dollars des Etats-Unis, euros ou francs suisses), qui ne correspondent pas aux termes précis de l'approbation donnée par le Directeur général, sont automatiquement retournés à l'Etat Membre concerné, et la contribution demeure due et exigible.

104.4 Afin que des autorisations puissent être émises pour des dépenses, un financement doit être disponible, compte tenu des recettes comptabilisées en conformité avec les normes comptables internationales du secteur public, de la disponibilité de trésorerie ou d'équivalents de trésorerie ou de toute autre forme acceptable de financement dans les montants fixés par les fonctionnaires désignés.

104.5 Le recours au fonds de roulement et le montant des emprunts internes ne doivent pas dépasser, ensemble, le montant total des contributions non réglées et, en tout état de cause, 25 % des contributions prévues pour l'exercice concerné.

104.6 Lorsqu'il formule des propositions à l'Assemblée de la Santé visant à faire varier le niveau du fonds de roulement conformément au paragraphe 7.2 du Règlement financier, le Directeur général prend en considération le niveau des emprunts internes qu'il serait prudent de contracter ainsi que la limite qui est précisée dans la Règle de Gestion financière 104.5.

104.7 Conformément au paragraphe 7.1 du Règlement financier, afin de déterminer le niveau des réserves disponibles pour financer les emprunts internes, le Directeur général tient compte des prévisions de recettes et de dépenses de chaque réserve de liquidités.

*Règle V – Financement sur allocations pour les plans de travail approuvés*

105.1 Le financement sur allocations pour les plans de travail approuvés est attribué aux fonctionnaires désignés en tant qu'autorisation d'engager des dépenses.



105.2 Les fonctionnaires désignés auxquels un financement sur allocations a été attribué doivent rendre compte au Directeur général de l'utilisation régulière des ressources allouées.

*Règle VI – Dépenses (engagements)*

106.1 Pour que des dépenses puissent être effectuées, les engagements doivent être imputables au financement sur allocations attribué, compte tenu des plans de travail approuvés, aux fonctionnaires désignés.

106.2 Les engagements ne peuvent être effectués que par les fonctionnaires désignés et doivent être accompagnés de tous les documents et pièces à l'appui. Tous les engagements ou toutes les activités qui font appel aux ressources de l'Organisation doivent correspondre à des contrats signés ou des documents analogues qui seront établis le moment venu.

106.3 Les engagements ne peuvent être effectués qu'aux fins indiquées dans le plan de travail et ils ne peuvent dépasser le montant disponible sur l'allocation.

106.4 Les propositions de dépenses, y compris l'achat de biens et de services, sont rejetées si elles ne sont pas conformes au Règlement financier, aux présentes Règles et aux conditions suivantes, à savoir :

- a) qu'un financement sur allocations est disponible ;
- b) que les procédures de l'Organisation sont observées ;
- c) que les dépenses en question ne portent pas préjudice à la situation financière de l'Organisation ;
- d) que, par leur objet, les dépenses proposées le sont dans l'intérêt de l'activité de l'Organisation.

106.5 Les engagements révisés sont assujettis à la même procédure que l'engagement initial.

106.6 Les versements à titre gracieux peuvent être autorisés par le Directeur général conformément au paragraphe 13.5 du Règlement financier, à condition que ces versements soient justifiés dans l'intérêt de l'équité ou répondent au mieux aux besoins de l'Organisation. Tout versement de ce type, accompagné d'une explication de sa justification, est signalé sans délai à la fois au Commissaire aux Comptes et au Chef du Bureau de la vérification intérieure des comptes et de la surveillance.

*Règle VII – Contrôle intérieur*

107.1 Conformément à l'article XII du Règlement financier, le Directeur général prend les mesures voulues pour assurer un contrôle intérieur efficace au sein de l'Organisation, y compris i) un cadre de vérification intérieure tel qu'il est énoncé à l'article XII du Règlement financier, ii) des délégations de pouvoirs appropriées, iii) la séparation des fonctions et iv) toutes autres mesures conformes aux meilleures pratiques financières.

107.2 Les paiements ne sont pas effectués à l'avance, sauf dans les cas précisés par les présentes Règles. Ils sont faits uniquement à partir de documents et pièces justificatifs satisfaisants, dûment certifiés par les fonctionnaires désignés qui confirment :

- a) que les services ont été rendus ou les fournitures livrées, conformément aux clauses du contrat ;
- b) que le montant des dépenses est exact et conforme aux clauses du contrat.

107.3 A titre exceptionnel, et uniquement lorsque cela se justifie dans la pratique, il est possible d'exécuter des contrats ou ordres d'achats qui exigent un paiement partiel anticipé avant la livraison de marchandises ou la fourniture de services. Ces dispositions doivent s'appuyer sur les justificatifs voulus.

107.4 Pour qu'un contrat ou un ordre d'achat qui exige le paiement intégral à l'avance soit exécuté, le fonctionnaire à l'origine de cette demande doit fournir tous les justificatifs voulus et indiquer pour quelles raisons ces clauses concernant le paiement sont nécessaires dans l'intérêt de l'Organisation. Toutes ces clauses de paiement sont soumises à l'approbation des fonctionnaires désignés.

107.5 Les fonctionnaires désignés peuvent consentir des avances aux membres du personnel et à d'autres personnes lorsqu'il s'agit de l'acquittement des fonctions officielles de l'OMS et des prestations auxquelles a droit le personnel.

107.6 Les fonds de l'Organisation ne sont déposés qu'auprès de banques ou institutions financières ou investis auprès de contreparties déterminées par le Directeur général conformément aux politiques en matière de placements mentionnées dans la Règle de Gestion financière 107.11.

107.7 Le Directeur général désigne les fonctionnaires chargés de tous les comptes bancaires et de la gestion, de l'encaissement et du décaissement de tous les fonds de l'Organisation et de la comptabilité exacte y relative.

107.8 Les responsables des comptes d'avances doivent rendre compte de tous les fonds placés sous leur responsabilité.

107.9 Des listes de signataires sont établies par les fonctionnaires agréés par le Directeur général. Tous les paiements effectués sur les comptes bancaires de l'Organisation doivent être signés par deux fonctionnaires figurant sur les listes pertinentes. Au besoin, dans certaines circonstances exceptionnelles, les fonctionnaires ayant autorité pour établir des listes de signataires peuvent autoriser la signature de paiements par un seul fonctionnaire, étant toutefois entendu que des précautions appropriées sont prises pour sauvegarder les fonds, et notamment que le montant des fonds pouvant être payé sur le compte pertinent est limité.

107.10 Tous les titres et valeurs doivent être confiés à la garde d'une banque attitrée ou d'établissements financiers désignés par le Directeur général.

107.11 Les politiques en matière de placements sont élaborées conformément au paragraphe 11.3 du Règlement financier. Un comité consultatif aide le Directeur général à formuler ces politiques et à surveiller le rendement des fonds investis.

#### *Règle VIII – Comptabilité*

108.1 La comptabilité comprend un grand livre général de l'Organisation et des livres subsidiaires qui comprennent toutes les transactions financières de l'exercice auquel elles se rapportent et qui sont comptabilisées sur la base du fait générateur pour permettre à l'Organisation de présenter des états financiers conformes aux normes comptables internationales du secteur public. Tous les états et relevés financiers périodiques et autres sont établis à partir de ces divers comptes.

108.2 Conformément à la Règle de Gestion financière 101.3, le Directeur général détermine quelles sont les parties de l'Organisation qui sont autorisées à tenir leur propre comptabilité et dont les comptes sont communiqués périodiquement avec les comptes de l'Organisation.

108.3 Tous les états et relevés financiers ainsi que les transactions financières s'appuient sur des pièces justificatives qui sont conservées en tant que parties intégrantes des dossiers officiels de l'Organisation pendant la ou les périodes que fixe le Commissaire aux Comptes, après quoi ces documents peuvent être détruits sur décision des fonctionnaires désignés.

108.4 Toutes les opérations comptables sont inscrites dans les registres généraux et subsidiaires selon un plan comptable uniforme.

108.5 Les recettes et dépenses sont inscrites selon un système de classification uniforme.

*Règle IX – Etats et relevés financiers*

109.1 Le Directeur général présente des états et relevés financiers annuels, se référant aux comptes mentionnés dans la Règle de Gestion financière 108.1, à l'Assemblée de la Santé et au Conseil exécutif ou aux comités et commission du Conseil exécutif qui sont chargés de les examiner et de faire des observations y relatives, au plus tard le 1<sup>er</sup> mai. Ces états et relevés financiers sont préparés conformément aux normes comptables internationales du secteur public, au Règlement financier et aux présentes règles et comprennent toutes les informations nécessaires propres à indiquer la situation financière de l'Organisation.

109.2 Les rapports financiers annuels révèlent également les paiements effectués à titre gracieux et les pertes en espèces, fournitures et matériel et autres avoirs qui sont survenues durant l'exercice, et indiquent la façon dont ces pertes sont traitées dans les comptes.

*Règle X – Immobilisations corporelles*

110.1 L'acquisition et l'amortissement de terrains, de bâtiments, d'installations et de matériel sont capitalisés dans les comptes conformément aux normes comptables internationales du secteur public. Les biens, les installations et le matériel acquis dans le cadre d'un bail sont capitalisés ou inscrits comme dépenses conformément auxdites normes.

110.2 Il est tenu des inventaires de toutes les immobilisations corporelles.

110.3 Il est dressé un inventaire périodique de toutes les immobilisations corporelles.

110.4 Des immobilisations corporelles peuvent être déclarées excédentaires si elles ne servent plus à l'Organisation et vendues aux conditions les plus favorables pour l'Organisation, y compris un échange partiel, sauf i) lorsque la destruction est plus économique, est requise par la loi ou en vertu de considérations environnementales, ou ii) lorsqu'il est préférable, dans l'intérêt de l'Organisation, de céder ces biens à une organisation de caractère non lucratif, à titre gracieux ou moyennant un versement symbolique.

110.5 Le gain ou la perte résultant de la décomptabilisation d'un élément des immobilisations corporelles est porté à l'excédent ou au déficit. Toutefois, si un article est remplacé par un nouveau, le gain résultant de la décomptabilisation de l'article remplacé contribue à financer la dépense engagée pour remplacer ledit article.

110.6 Sous réserve des dispositions de la Règle de Gestion financière 104.4, l'Organisation peut fournir des biens et des services aux gouvernements, aux institutions spécialisées et aux autres organisations internationales, à titre remboursable ou sous réserve de réciprocité, aux termes et conditions approuvés par les fonctionnaires désignés.

*Règle XI – Achats de biens et de services*

111.1 Le Directeur général établit des politiques et procédures qui concernent l'achat de biens, de services, de fournitures, de matériel, etc. et qui énoncent les conditions relatives à l'appel à la concurrence.

111.2 Les contrats par lesquels l'Organisation se procure des biens, des services, des fournitures, du matériel, etc. ne doivent être passés au nom de l'Organisation que par les fonctionnaires désignés.

111.3 Tous les achats et autres contrats sont conclus par voie de soumission, à moins que les fonctionnaires désignés n'autorisent à procéder autrement.

111.4 Les contrats sont normalement adjugés aux soumissionnaires ayant présenté l'offre la plus basse. Cependant, s'ils estiment que cela est dans l'intérêt de l'Organisation, les fonctionnaires désignés peuvent autoriser l'acceptation d'une autre soumission ou le rejet de toutes les soumissions.

*Règle XII – Vérification intérieure*

112.1 Le Bureau de la vérification intérieure des comptes et de la surveillance est chargé de la vérification intérieure des comptes, de l'inspection, du suivi et de l'évaluation de l'adéquation et de l'efficacité du système de contrôle interne de l'Organisation, de la gestion financière et de l'utilisation des biens, ainsi que des enquêtes sur les cas de mauvaise gestion ou d'autres irrégularités. Tous les systèmes, processus, opérations, fonctions et activités de l'Organisation peuvent faire l'objet d'un examen, d'une évaluation et d'une surveillance de la part du Bureau.

112.2 Le Directeur général désigne un chef du Bureau techniquement qualifié après avoir consulté le Conseil exécutif. Il consulte également le Conseil exécutif avant de mettre fin au contrat du titulaire de ce poste.

112.3 Le Bureau de la vérification intérieure des comptes et de la surveillance fonctionne conformément aux dispositions suivantes :

- a) Son chef rend directement compte au Directeur général.
- b) Le Bureau a librement et promptement accès en tout temps à tous les dossiers, biens, membres du personnel, opérations et fonctions de l'Organisation qui, selon lui, intéressent la question faisant l'objet de son examen.
- c) Il peut être directement saisi par des membres du personnel de plaintes ou d'informations concernant l'éventualité de fraudes, de gaspillages, d'abus de pouvoir ou d'autres irrégularités. La confidentialité la plus stricte sera respectée et il ne sera pas exercé de représailles à l'encontre des membres du personnel qui fournissent cette information, sauf si celle-ci a été délibérément communiquée quoique fausse ou dans l'intention de désinformer.

- d) Il rend compte des résultats de ses travaux et formule des recommandations sur les mesures à prendre à l'intention du Directeur régional, du Sous-Directeur général, du Directeur ou d'un autre responsable, avec copie adressée au Directeur général et au Commissaire aux Comptes. A la demande du chef du Bureau, l'un quelconque de ces rapports peut être soumis au Conseil exécutif, assorti des observations du Directeur général.
- e) Il soumet chaque année au Directeur général un rapport succinct sur ses activités, y compris leur orientation et leur portée, ainsi que sur les progrès de la mise en oeuvre des recommandations, avec copie au Commissaire aux Comptes. Ce rapport est soumis à l'Assemblée de la Santé, en même temps que les observations jugées nécessaires.

112.4 Le Directeur général veille à ce que toutes les recommandations du Bureau soient prises en compte et mises en oeuvre selon que de besoin.

---

## ANNEXE 3

# **Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l’OMS en application de la résolution EB124.R11 et de la décision EB124(1), respectivement**

[EB124/25, annexe – 26 janvier 2009]

Alzheimer’s Disease International<sup>1</sup>  
Association des Instituts et Ecoles de Médecine tropicale d’Europe  
Association du Commonwealth pour la Santé et la Lutte contre l’Incapacité<sup>1,2</sup>  
Association du Transport aérien international  
Association internationale contre la Lèpre  
Association internationale d’Epidémiologie<sup>3</sup>  
Association internationale d’Ergonomie<sup>1</sup>  
Association internationale d’Hydatidologie  
Association internationale de Logopédie et Phoniatrie  
Association internationale de Pédiatrie<sup>1</sup>  
Association internationale de Recherche dentaire  
Association internationale des Femmes Médecins<sup>1</sup>  
Association internationale des Lions Clubs (Lions Clubs International)  
Association internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre nucléaire  
Association internationale pour l’Etude de la Douleur  
Association internationale pour la Prévention du Suicide<sup>1</sup>  
Association internationale pour la Santé des Adolescents  
Association internationale pour les Résidus solides  
Association mondiale des Guides et des Eclaireuses  
Association mondiale vétérinaire  
CBM<sup>4</sup>  
Centre européen d’Ecotoxicologie et de Toxicologie des Produits chimiques  
Coalition internationale antitabac des Organisations non gouvernementales<sup>1</sup>  
Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum  
Comité interafricain sur les Pratiques traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants<sup>1</sup>  
Commission internationale de Protection contre les Rayonnements non ionisants  
Commission internationale de Protection radiologique  
Confédération mondiale de Psychothérapie<sup>1</sup>  
Conseil de la Population<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les activités portent sur la période 2005-2007.

<sup>2</sup> Précédemment Association du Commonwealth pour les Handicaps mentaux et les Incapacités liées au développement.

<sup>3</sup> Les activités portent sur la période 2004-2006.

<sup>4</sup> Précédemment Christoffel-Blindenmission. Les articles révisés de l’Association indiquent Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V. CBM. L’organisation non gouvernementale utilise le sigle CBM.

Conseil international d'Ophtalmologie<sup>1</sup>  
 Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode<sup>2</sup>  
 Conseil mondial de la Plomberie  
 CropLife International  
 Cystic Fibrosis Worldwide, Inc.  
 Family Health International<sup>2</sup>  
 Fédération dentaire internationale  
 Fédération internationale de la Vieillesse<sup>2</sup>  
 Fédération internationale de Thalassémie  
 Fédération internationale des Associations contre la Lèpre  
 Fédération internationale des Sociétés d'Oto-rhino-laryngologie  
 Fédération internationale du Diabète  
 Fédération internationale pour la Planification familiale<sup>2</sup>  
 Fédération mondiale de l'Hémophilie  
 Fédération mondiale de Médecine et Biologie des Ultrasons<sup>3</sup>  
 Fédération mondiale des Sourds<sup>2</sup>  
 Fédération mondiale du Coeur  
 Fédération mondiale du Thermalisme et du Climatisme  
 Fédération mondiale pour la Santé mentale<sup>2</sup>  
 Fondation Aga Khan<sup>3</sup>  
 Helen Keller International  
 HelpAge International<sup>2</sup>  
 Inclusion International<sup>2</sup>  
 Institut international des Sciences de la Vie  
 International Eye Foundation, Inc.  
 International Medical Corps  
 International Society for Environmental Epidemiology<sup>4</sup>  
 International Society of Doctors for the Environment  
 International Water Association  
 International Women's Health Coalition, Inc.<sup>2,5</sup>  
 Ligue internationale contre l'Epilepsie  
 Ligue internationale La Leche<sup>2</sup>  
 Ligue mondiale contre l'Hypertension  
 March of Dimes Foundation<sup>6</sup>  
 ORBIS International  
 Organisation internationale de Surveillance et de Recherche concernant les Anomalies congénitales<sup>7</sup>  
 Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome  
 Organisation islamique pour les Sciences médicales  
 Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> Précédemment Fédération internationale des Sociétés d'Ophtalmologie.

<sup>2</sup> Les activités portent sur la période 2005-2007.

<sup>3</sup> Les activités portent sur la période 2004-2006.

<sup>4</sup> Les activités portent sur la période 2003-2008.

<sup>5</sup> Précédemment Coalition internationale pour la Santé des Femmes.

<sup>6</sup> Précédemment March of Dimes Birth Defects Foundation.

<sup>7</sup> Précédemment Organisation internationale des Systèmes de Surveillance des Anomalies congénitales.

<sup>8</sup> Précédemment Société internationale contre l'Accident vasculaire cérébral.

---

Organisation mondiale contre la Cécité  
Organisation pour la Prévention de la Cécité  
Rehabilitation International<sup>1</sup>  
Réseau international sur la Santé, l'Environnement et la Sécurité de l'Enfant  
Rotary International  
Société internationale d'Hématologie  
Société royale du Commonwealth pour les Aveugles (Sight Savers International)  
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires  
Union internationale contre le Cancer  
Union internationale contre les Infections transmises sexuellement  
Union internationale de Chimie pure et appliquée  
Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé<sup>1</sup>  
Union internationale de Psychologie scientifique  
Union internationale de Toxicologie  
Union internationale des Sciences de la Nutrition<sup>1</sup>  
Union internationale des Sociétés d'Immunologie  
Union internationale des Sociétés de Microbiologie  
Union internationale pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources  
Union mondiale des Aveugles  
World Council of Optometry

---

---

<sup>1</sup> Les activités portent sur la période 2005-2007.



## ANNEXE 4

# Projet de stratégie OMS de recherche pour la santé<sup>1</sup>

[EB124/12, annexe – 18 décembre 2008]

### CONTEXTE ET FONDEMENT

#### La recherche, la santé dans le monde et l'OMS

1. Le présent projet de stratégie indique comment renforcer le rôle de l'OMS dans la recherche pour la santé et, partant, le rôle de la recherche au sein de l'OMS. Il part du principe que la recherche est cruciale pour faire des progrès sanitaires au niveau mondial et il détermine comment le Secrétariat peut collaborer avec les Etats Membres et ses partenaires pour exploiter la science, la technologie et le savoir en général de façon à tirer de la recherche des données et des outils qui permettront d'améliorer les résultats sanitaires.

2. Dans tous les Etats Membres, on demande de plus en plus à la recherche de fournir des éléments pour résoudre les problèmes de santé actuels et nouveaux. Pour pouvoir résoudre les problèmes prioritaires dans tous les domaines relevant de la santé publique, qu'il s'agisse de lutter contre les maladies liées à la pauvreté, de faire face à la transition épidémiologique qui conduit à une prédominance des maladies chroniques dans le monde, de veiller à ce que les femmes accouchent dans de bonnes conditions de sécurité ou encore de se préparer aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale, la recherche est indispensable.

3. Dans un monde où les besoins sont nombreux et les ressources limitées, il est particulièrement important que les politiques et les pratiques dans le domaine de la santé reposent sur les meilleures données de la recherche. L'importance fondamentale de la recherche pour l'OMS est affirmée dans l'article 2 de sa Constitution. De plus, exploiter le savoir, la science et la technologie est l'un des sept domaines prioritaires que distingue le onzième programme général de travail 2006-2015.

4. Le onzième programme général de travail définit un programme mondial d'action sanitaire pour l'Organisation, ses Etats Membres et la communauté internationale ; toutefois, bien que l'utilité de la recherche soit largement reconnue, son exploitation optimale pour résoudre les problèmes de santé prioritaires ne va pas de soi. La complexité des problèmes sanitaires auxquels les sociétés sont confrontées, les progrès rapides des connaissances et de la technologie dans le domaine de la santé, l'évolution des attentes et des préoccupations du public vis-à-vis de la recherche, et les différences dans l'organisation et la gestion de la recherche dans les pays et d'un pays à l'autre sont quelques-uns des nombreux facteurs à prendre en considération.

---

<sup>1</sup> Voir la résolution EB124.R12 ; et le procès-verbal de la septième séance dans le document EB124/2009/REC/2.

5. Fait important, beaucoup de progrès ont été accomplis depuis quelques dizaines d'années. On accorde de plus en plus d'importance à la santé dans le monde et, parallèlement, la communauté des chercheurs en général s'intéresse de plus en plus aux problèmes de santé des populations pauvres et défavorisées. D'importants projets de recherche faisant intervenir des partenariats public-privé et d'autres mécanismes novateurs sont consacrés aux maladies négligées et ont pour but de stimuler la mise au point de vaccins, de médicaments et de produits de diagnostic quand le jeu du marché ne suffit pas à répondre aux besoins. De même, la vulnérabilité commune à des maladies infectieuses constituant une menace mondiale comme le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire a incité à entreprendre des recherches au niveau mondial pour développer les moyens de préparation et de riposte (surveillance, produits de diagnostic rapide, mise au point de vaccins et de médicaments).

6. Parallèlement à ces progrès, le sentiment que les systèmes de recherche ne répondent pas de façon optimale aux diverses demandes est de plus en plus largement partagé. On n'investit pas assez dans la recherche en santé et les investissements ne sont pas orientés vers les problèmes de santé prioritaires. De plus, quand il s'agit de combattre des problèmes complexes comme l'insécurité alimentaire ou les effets des changements climatiques, les ressources pouvant être consacrées à la recherche dans d'autres secteurs ne sont pas exploitées. Les pays à faible revenu doivent appliquer différents programmes de recherche déterminés par les donateurs souvent au détriment des priorités nationales, et de nombreux pays ont bien du mal à former et à fidéliser les chercheurs.

7. Les efforts déployés en matière d'examen éthique et de justification de la recherche vis-à-vis du public ont pris du retard sur les meilleures pratiques. La possibilité de créer un cadre commun pour la conservation et l'échange de données, d'outils et de matériels issus de la recherche n'a pas été aussi bien exploitée dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines scientifiques, et les responsables politiques ne contribuent pas aux priorités de la recherche et n'utilisent pas ses résultats pour prendre des décisions.

8. Compte tenu des changements rapides dans les domaines de la santé publique et de la recherche, il est urgent d'adopter une approche globale et systématique pour organiser et gérer la recherche pour la santé. Le présent projet de stratégie tend à définir le rôle que doit jouer l'OMS pour répondre à ce besoin.

### **Rôle de l'OMS dans la recherche pour la santé**

9. Le onzième programme général de travail attribue six fonctions essentielles à l'OMS, dont l'une consiste à « fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ». Les cinq autres fonctions – jouer le rôle de chef de file, fixer des normes et des critères, définir des politiques fondées sur des données probantes, fournir un appui technique et surveiller la situation sanitaire – exigent toutes du personnel du Secrétariat de solides compétences en matière de recherche.

### **Définitions et concepts**

10. Le terme « recherche pour la santé » rend compte du fait que, pour améliorer les résultats sanitaires, il faut faire appel à de nombreux secteurs et disciplines. Comme il ressort des travaux du Forum mondial pour la recherche en santé, la recherche de ce type a pour but d'étudier les effets sur la santé de politiques, de programmes, de processus, d'actions ou d'événements qui trouvent leur origine dans n'importe quel secteur ; d'aider à mettre au point des interventions qui contribueront à prévenir ou à atténuer leurs effets ; et de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, à l'équité en santé et à une meilleure santé pour tous. La recherche en santé embrasse l'intégralité de la recherche, laquelle comprend cinq grands domaines d'activité :

- mesurer l'ampleur du problème de santé<sup>1</sup> et sa distribution ;
- comprendre les causes ou les déterminants du problème, qu'ils soient de nature biologique, comportementale, sociale ou environnementale ;
- mettre au point des solutions ou des interventions qui aideront à prévenir ou à atténuer le problème ;
- fournir ou appliquer des solutions dans le cadre de politiques et de programmes ;
- évaluer l'effet de ces solutions sur l'ampleur et la distribution du problème.

11. Le projet de stratégie s'appuie aussi sur un cadre systématique des systèmes de recherche en santé tel que celui présenté dans le numéro de novembre 2003 du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*.<sup>2</sup> Ce cadre attribue quatre fonctions essentielles aux systèmes de recherche : la gestion stratégique ; le financement ; la mise en place et le maintien des ressources humaines et des infrastructures ; et la production, la synthèse et l'utilisation des données.

#### **Elaboration du projet de stratégie OMS de recherche pour la santé**

12. Dans la résolution WHA60.15, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer une stratégie pour organiser et gérer les activités de recherche au sein de l'OMS. C'est l'occasion pour l'Organisation : 1) de revoir et de redynamiser le rôle de la recherche au sein de l'OMS ; 2) de mieux soutenir les Etats Membres pour qu'ils développent leur potentiel de recherche en santé ; 3) de faire mieux prendre conscience de l'importance de la recherche pour la santé ; et 4) de mieux communiquer au sujet de sa participation à la recherche pour la santé.

13. Le Secrétariat a élaboré la stratégie OMS de recherche pour la santé selon un processus de consultation qui s'est étendu sur 18 mois. Le personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays, ainsi que les principaux partenaires (bailleurs de fonds, secteur privé, communauté des chercheurs et organisations non gouvernementales) ont pris part au processus. Un groupe de référence extérieur a fait des commentaires approfondis sur les projets de stratégie successifs, tout comme le CCRS.

14. Sachant que, pour concevoir une stratégie réaliste et progressiste, il faut comprendre les raisons des échecs et des succès antérieurs et les réalités actuelles, on s'est aussi appuyé sur :

- une rétrospective de la recherche à l'OMS ;
- les résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé sur la recherche ;

---

<sup>1</sup> Dans la présente stratégie, on entend par « problème de santé » une cause importante de mauvaise santé ou d'inégalité en santé, réelle ou potentielle. Ce terme désigne par exemple des maladies comme le VIH/sida ou les troubles mentaux, les risques pour la santé comme l'obésité, la pauvreté ou les changements climatiques, et les obstacles au bon fonctionnement des systèmes de santé comme les soins à risque ou le manque d'équité du mode de financement des services de santé.

<sup>2</sup> *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2003, **81**(11) : 815-820 (Résumé en français).

- une étude et une analyse exhaustives des activités de recherche en cours dans les 34 départements du Secrétariat et les centres et programmes spéciaux de recherche.<sup>1</sup>

Comme demandé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.21, on a dûment tenu compte de la stratégie et du plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle pour élaborer la stratégie de recherche de l'OMS.

## PROJET DE STRATEGIE OMS DE RECHERCHE POUR LA SANTE

### La recherche au service de la santé

15. Cette stratégie globale s'appliquant à l'ensemble de l'Organisation sous-tendra tout le travail du Secrétariat.

16. L'**idéal** vers lequel tend la stratégie est que les décisions et les actions visant à améliorer la santé et à instaurer une plus grande équité en santé reposent sur des données issues de la recherche. La stratégie confie pour **mission** au Secrétariat, aux Etats Membres et aux partenaires de collaborer ensemble pour exploiter la science, la technologie et le savoir en général de façon à tirer de la recherche des données et des outils qui permettront d'améliorer la santé.

17. La stratégie tient compte des différents rôles et des différentes responsabilités de l'OMS dans le domaine de la recherche pour la santé : l'Organisation se charge de la gestion stratégique et de l'action de sensibilisation, mobilise les bailleurs de fonds, se fait l'agent du changement et renforce les capacités ; elle produit la recherche, l'utilise et communique à son sujet.

18. La stratégie préconise des changements qui faciliteront l'accès aux résultats de la recherche et leur utilisation, et qui permettront de mieux déterminer les recherches nécessaires pour améliorer la santé et les résultats sanitaires et de mobiliser un appui pour les financer.

19. La stratégie tient aussi compte du fait que, pour atteindre les objectifs sanitaires, l'OMS doit collaborer plus efficacement avec la communauté des chercheurs en général et les organismes de financement de la recherche, et avec des secteurs autres que celui de la santé.

### Principes directeurs

20. La stratégie OMS de recherche pour la santé repose sur trois principes d'après lesquels se guider pour atteindre les objectifs et réaliser l'idéal vers lequel elle tend.

**Qualité** – L'OMS prend parti en faveur d'une recherche de qualité, conforme à l'éthique, revue par des experts, efficiente, efficace, accessible à tous, contrôlée et évaluée avec soin.

**Impact** – L'OMS donne la priorité à la recherche et à l'innovation les plus susceptibles d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale, d'accélérer le développement lié à la santé, de remédier aux inégalités en santé et d'aider à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

---

<sup>1</sup> « Research at WHO today », document en cours d'élaboration.

**Pluralisme** – Le Secrétariat entreprend de travailler en partenariat avec les Etats Membres et les parties intéressées, afin d’aborder la recherche pour la santé selon une approche multisectorielle et d’encourager et faciliter la participation des communautés et de la société civile au processus de la recherche.

### Objectifs

21. On a défini cinq objectifs interdépendants qui permettront à l’OMS de réaliser l’idéal auquel tend la stratégie.

- **Organisation** – renforcer la culture de la recherche dans l’ensemble de l’OMS.
- **Priorités** – renforcer la recherche (aux niveaux national, régional et mondial et au sein de l’OMS) pour répondre aux besoins sanitaires prioritaires.
- **Capacités** – fournir un appui pour renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé.
- **Normes** – promouvoir de bonnes pratiques en matière de recherche en s’appuyant sur la fonction essentielle de l’OMS qui consiste à fixer des normes et des critères.
- **Mise en application** – renforcer les liens entre la politique, la pratique et les produits de la recherche.

22. L’OMS doit montrer l’exemple, et c’est pourquoi l’objectif concernant l’**Organisation** est le fondement de la stratégie. Il constitue un élément essentiel des quatre autres objectifs, car il définit les relations du Secrétariat avec les Etats Membres et les partenaires dans les activités menées pour atteindre chaque objectif.

23. Aujourd’hui, la situation sanitaire mondiale est complexe et on observe toutes sortes de problèmes de santé existants ou nouveaux, dont beaucoup ne peuvent être résolus si l’on ne fait pas de plus grands efforts dans le domaine de la recherche. Etant donné que les différentes branches de la recherche ont des besoins concurrents, il faut non seulement mobiliser suffisamment de ressources pour la recherche, mais aussi bien les répartir. Le rôle de l’OMS en ce qui concerne l’objectif ayant trait aux **priorités** est d’aider à fixer en temps voulu les priorités de la recherche pour la santé, notamment celles qui peuvent profiter aux membres les plus pauvres de la société, et de mobiliser toutes les parties intéressées pour mener une action efficace.

24. Il est indispensable de renforcer les systèmes nationaux de recherche pour la santé – objectif concernant les **capacités** – pour améliorer la prestation des services de santé, la sécurité et les résultats sanitaires. Les efforts déployés pour atteindre cet objectif doivent porter sur le renforcement des capacités institutionnelles afin de développer les ressources humaines et de mettre en place les infrastructures nécessaires pour effectuer des recherches. Il faut veiller également à exercer un rôle dirigeant, à assurer le financement et à définir les critères applicables à la recherche.

25. Puisqu’aucun pays n’est autosuffisant en matière de recherche, les Etats Membres doivent pouvoir partager les résultats de la recherche. Un partage équitable et fructueux impose de convenir au niveau international de normes et de critères applicables à la recherche ; compte tenu de cet impératif, l’objectif concernant les **normes** consiste à promouvoir de bonnes pratiques en matière de recherche en s’employant à convenir de bonnes pratiques, de critères scientifiques, de lignes directrices déontologiques et de mécanismes redditionnels. La réalisation de cet objectif est capitale pour remporter l’adhésion du public et lui inspirer confiance.

26. Enfin, si le but ultime de la recherche pour la santé est d'améliorer les résultats sanitaires, il ne suffit pas d'acquérir des connaissances : il faut s'en servir pour concevoir des politiques, orienter la pratique et développer des produits. En définissant un objectif de **mise en application**, l'OMS entend rendre plus productive l'interaction entre les chercheurs et ceux qui utilisent leurs travaux, y compris les responsables politiques et les praticiens aux niveaux national, régional et mondial.

27. Le Tableau 1 présente une synthèse des résultats que produira la réalisation de chaque objectif.

### **OBJECTIF CONCERNANT L'ORGANISATION**

28. L'objectif concernant l'Organisation est de développer la culture de la recherche dans l'ensemble de l'OMS.

#### **L'enjeu**

29. Il est clairement ressorti des consultations menées à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation pour élaborer la stratégie que l'OMS doit profondément revoir sa façon de faire pour rester en phase avec le monde de la recherche et mieux faire comprendre la nature de ses propres activités de recherche.

30. Le processus de consultation a mis en évidence les obstacles internes que l'OMS doit surmonter, notamment :

- l'absence de conception commune, clairement énoncée, de la recherche pour la santé ;
- le morcellement et le manque de coordination des activités de recherche dans l'ensemble de l'Organisation ;
- l'utilisation irrégulière des données scientifiques pour élaborer des politiques, des programmes, et des normes et critères mondiaux ;
- l'absence de normes de pratique dans le domaine de la recherche pour les chercheurs et pour ceux qui utilisent leurs travaux ;
- le manque de personnel compétent en matière de recherche et connaissant bien ce domaine ;
- l'absence de budget spécialement consacré au financement des activités de recherche ;
- les dispositifs administratifs et financiers que beaucoup de partenaires trouvent peu commodes ;
- l'insuffisance des mesures incitant le personnel à participer à la recherche et à améliorer ses compétences dans le domaine de la recherche ou dans des domaines apparentés.

31. Les activités entreprises au titre de l'objectif concernant l'**Organisation** viseront à supprimer ces obstacles en améliorant les pratiques conformément aux trois principes de la stratégie : qualité, impact et pluralité. Le but est que l'OMS dispose de mécanismes de gouvernance performants pour faciliter la production, la diffusion et l'utilisation des données de la recherche à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation.

32. Les recommandations et les programmes de l’OMS devront donc s’appuyer sur les meilleures données de la recherche dont on dispose, et les activités de recherche auxquelles l’OMS est associée devront être conformes à un code de déontologie. De plus, le rôle central des données de la recherche dans les activités de l’Organisation et le rôle de l’Organisation dans la recherche en général devront être bien compris à l’intérieur et à l’extérieur de l’OMS.

### **Actions pour atteindre l’objectif**

33. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat :

- a) instaurera des structures appropriées pour se tenir au courant des dernières évolutions en matière de gestion du savoir, interagir avec la communauté mondiale de la recherche, et diriger, gérer et coordonner la recherche au sein de l’OMS et pour garantir sa transparence ; et obtiendra les ressources nécessaires pour soutenir la mise en oeuvre et l’évaluation de la présente stratégie ;
- b) élaborera et appliquera un code OMS de déontologie de la recherche à l’intention des membres de son personnel qui participent à des activités de recherche et qui utilisent les données qui en sont issues ;
- c) renforcera les mécanismes existants de déontologie de la recherche, y compris :
  - i) les structures et les méthodes d’examen éthique et d’examen collégial ;
  - ii) le bon usage des données pour élaborer des lignes directrices ;
  - iii) l’examen régulier des politiques et des programmes essentiels à la lumière des nouvelles données scientifiques ;
- d) améliorera les compétences en matière de recherche du personnel de la catégorie professionnelle concerné en appliquant des critères de recrutement déterminés, en assurant une formation en cours d’emploi et en mettant en place un système d’incitation à bien exécuter les tâches qui s’appuient sur des évaluations régulières ;
- e) améliorera la gestion et la coordination des travaux de recherche auxquels l’OMS est associée et archivera tous ces travaux dans un système accessible au public afin d’élargir l’accès au savoir qu’ils ont permis d’acquérir ;
- f) rendra les partenariats pour la recherche plus performants :
  - i) en revoyant les procédures financières, juridiques et administratives de collaboration avec les partenaires ; et
  - ii) en entrant en contact avec un réseau élargi de partenaires dans tous les secteurs qui ont une influence sur la recherche pour la santé ;
- g) améliorera la communication, à la fois dans l’ensemble du Secrétariat et avec les Etats Membres, les partenaires et le public, au sujet de la participation de l’OMS à la recherche, en présentant régulièrement des rapports, y compris des rapports de suivi et d’évaluation de la présente stratégie.

### Résultats escomptés

34. La réalisation de cet objectif devrait produire les résultats suivants :

- le personnel du Secrétariat de l’OMS comprend, apprécie et utilise mieux les données scientifiques pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer les programmes et les activités, et pour fixer des normes et des critères ;
- la recherche soutenue par l’OMS est systématiquement conforme au code de déontologie de la recherche de l’Organisation et fait l’objet d’un examen scientifique et, s’il y a lieu, d’un examen éthique ; les lignes directrices et les recommandations reposent systématiquement sur des bases factuelles, et les articles sont systématiquement soumis à un examen collégial ;
- des informations claires sont communiquées sur le rôle de l’OMS dans la recherche et sur le rôle de la recherche à l’OMS ;
- l’OMS est communément reconnue comme une organisation crédible qui s’appuie sur des bases factuelles ; un chef de file qui soutient ou réalise des travaux de recherche de grande qualité ; un fervent défenseur de la recherche ; et un partenaire efficace qui facilite la recherche de grande qualité aux niveaux mondial et régional et au niveau des pays ;
- l’OMS alloue suffisamment de ressources aux fonctions essentielles indispensables pour mettre en oeuvre la stratégie ;
- le Secrétariat de l’OMS élabore, sur la base des connaissances et des données factuelles les plus récentes, des avis, des normes et des lignes directrices.

### OBJECTIF CONCERNANT LES PRIORITES

35. L’objectif concernant les priorités est de plaider en faveur d’une recherche qui réponde aux besoins sanitaires prioritaires.

#### L’enjeu

36. Il incombe à chaque pays de définir son propre programme de recherche pour répondre aux besoins sanitaires importants de la population dans le contexte social, politique et environnemental qui lui est propre. De plus, certains problèmes de santé actuels ou nouveaux nécessitent une recherche nationale et interpays, comme la préparation et l’action en cas de pandémie, l’étude des conséquences des changements climatiques et la mise au point de nouveaux médicaments, vaccins et produits de diagnostic pour des maladies très répandues telles que le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose.

37. S’entendre sur les priorités de la recherche pour améliorer la santé et prendre des mesures en conséquence reste toutefois une tâche ardue, notamment à cause des déséquilibres entre les priorités nationales, de la répartition traditionnellement inéquitable du financement de la recherche dans le monde (seulement 10 % du financement de la recherche est consacré à des problèmes de santé qui touchent 90 % de la population mondiale) et de la difficulté de convaincre de financer la recherche face à des priorités plus pressantes les unes que les autres.



38. Ces dernières années, toutefois, la mobilisation en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement et l'idée qu'un bon état de santé est une des bases du développement ont entraîné un essor spectaculaire de la recherche pour la santé sur le plan mondial. Différents acteurs, dont les gouvernements, la société civile, les organismes philanthropiques et l'industrie, ont mobilisé d'importantes ressources grâce à de nombreux partenariats public-privé et à de nombreuses initiatives multilatérales. L'Assemblée de la Santé a adopté la Stratégie mondiale pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ainsi que les parties du plan d'action ayant fait l'objet d'un accord. Ces instruments insistent sur l'idée qu'il faut définir les priorités de la recherche-développement pour combattre les maladies liées à la pauvreté et ils indiquent les mécanismes de financement mondiaux utiles à cette fin.

39. Le potentiel de recherche national doit être en phase avec un environnement mondial complexe et avec la diversité des sources de financement de la recherche.

40. Tout au long du processus de consultation dont est née la présente stratégie, le Secrétariat, coopérant avec les Etats Membres, les donateurs et les principales parties intéressées, s'est vu régulièrement demander d'user davantage de son pouvoir de rassemblement afin d'appeler l'attention sur la recherche pour la santé dans les domaines délaissés, de trouver un consensus et de stimuler de nouvelles actions en faveur de la recherche de ce type.

41. Quand le potentiel de recherche est faible, l'OMS est appelée à encourager la collaboration entre pays et au sein des Régions pour mener une recherche plus efficace sur les problèmes de santé communs. A cet effet, comme par le passé, l'OMS mettra sur pied des programmes de recherche spéciaux pour stimuler l'activité, mobiliser des ressources et encourager l'innovation.

#### **Actions pour atteindre l'objectif**

42. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat :

- a) veillera à ce qu'il existe des mécanismes pour faire la synthèse des données recueillies sur les carences de la recherche en ce qui concerne les problèmes actuels de santé et de système de santé aux niveaux national et mondial ;
- b) organisera des consultations de haut niveau pour décider d'un commun accord des priorités des programmes mondiaux de recherche pour la santé et du financement nécessaire pour mettre en oeuvre les activités qu'elles nécessitent ;
- c) établira tous les quatre ans un rapport sur les priorités mondiales de la recherche qui indique si les ressources financières et humaines sont en adéquation avec les programmes de recherche ;
- d) concevra des programmes de recherche exhaustifs dans certains domaines prioritaires et dressera des plans pour mobiliser les ressources nécessaires ;
- e) incitera à soutenir les branches de la recherche, les groupes de chercheurs et les instituts de recherche qui s'efforcent de remédier aux principales carences des programmes de recherche pour mieux tenir compte des priorités mondiales ; et
- f) rendra plus cohérentes les activités de recherche de l'OMS en instaurant des mécanismes de réexamen périodique de l'éventail de domaines couverts par les programmes de recherche, y compris les critères d'après lesquels on décide d'entreprendre, d'ajuster ou de supprimer les programmes.

### Résultats escomptés

43. La réalisation de cet objectif devrait produire les résultats suivants :

- une plus grande conscience des priorités de la recherche et une action plus énergique en fonction de ces priorités au niveau national ;
- une plus grande conscience des priorités de la recherche et une action plus énergique en fonction de ces priorités aux niveaux régional et mondial ;
- davantage de coopération et de coordination entre ceux qui financent la recherche et les autres grands partenaires afin d'harmoniser les ressources mondiales et de répondre aux besoins prioritaires en matière de recherche pour la santé ;
- des programmes de recherche plus ambitieux dans certains domaines prioritaires où l'OMS est active, et une participation plus claire et plus cohérente de l'OMS dans ces domaines.

### OBJECTIF CONCERNANT LES CAPACITES

44. L'objectif concernant les capacités est de contribuer à la mise en place de systèmes nationaux solides de recherche en santé.

#### L'enjeu

45. Il est indispensable que tous les pays disposent de systèmes de recherche en santé solides et dynamiques pour atteindre plus vite les objectifs sanitaires nationaux et mondiaux, à savoir : une meilleure santé, une plus grande équité en santé, des systèmes de santé plus équitables, plus sûrs et plus efficaces.

46. Les conditions nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de recherche en santé sont depuis longtemps connues : une politique nationale claire en matière de recherche, un encadrement, un personnel capable, un financement suffisant, des mécanismes pour fixer les priorités, des cadres et des structures réglementaires solides (y compris un contrôle éthique), des instituts de recherche bien équipés, des systèmes d'information et des plans de diffusion efficaces. Mais, dans de nombreux pays, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen, les systèmes de recherche en santé manquent beaucoup de ressources et sont mal administrés, et les systèmes d'information sanitaire, quand ils existent, sont souvent inadéquats.

47. Pareilles carences sont la preuve que l'utilité de la recherche pour progresser plus rapidement dans le domaine de la santé et accélérer le développement sanitaire n'est pas suffisamment reconnue au niveau politique, qu'on ne fait pas d'efforts coordonnés et prolongés pour renforcer les systèmes de recherche nationaux, et que les travaux de recherche dirigés par des acteurs extérieurs sont trop morcelés pour cadrer avec les stratégies de renforcement des capacités nationales.

48. Lors des consultations organisées en vue d'élaborer la stratégie, il a été jugé que le renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé et le contrôle de leur performance devraient se situer au premier rang des priorités de l'OMS, si elle veut assurer un encadrement plus déterminé et plus visible.

49. L'OMS doit favoriser la collaboration entre les chercheurs et les instituts de recherche dans les pays à revenu faible, moyen ou élevé par l'intermédiaire de réseaux régionaux et mondiaux.

50. Les activités visant à développer le potentiel de recherche devront également être mieux coordonnées dans l'ensemble de l'Organisation. Elles devront être en harmonie avec les priorités des Etats Membres, et l'OMS devra encourager d'autres acteurs à s'aligner eux aussi sur ces priorités.

#### **Actions pour atteindre l'objectif**

51. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat :

- a) plaidera plus énergiquement en faveur de la recherche et de systèmes nationaux solides de recherche pour la santé ;
- b) élaborera des outils et des lignes directrices pour renforcer les moyens dont disposent les pays d'exercer les quatre fonctions principales des systèmes nationaux de recherche pour la santé (gestion stratégique ; financement ; création et maintien des ressources ; et production, synthèse et utilisation des données) ;
- c) continuera à promouvoir la mise en place des systèmes exhaustifs d'information sanitaire nécessaires pour soutenir les priorités nationales en matière de recherche ;
- d) mettra au point et utilisera des indicateurs standard pour permettre aux systèmes nationaux de recherche en santé d'apprécier eux-mêmes leur performance, pour suivre les progrès accomplis dans le monde en matière de renforcement des capacités et pour évaluer l'efficacité de certaines méthodes de renforcement des capacités ;
- e) facilitera l'assistance technique contribuant au renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé ;
- f) développera les moyens institutionnels de communiquer et de diffuser les bonnes pratiques en améliorant les réseaux régionaux et mondiaux et en faisant appel aux centres collaborateurs de l'OMS ;
- g) maximisera les effets des initiatives prises dans les Etats Membres pour développer le potentiel de recherche en harmonisant ces initiatives dans l'ensemble des programmes et des activités de recherche de l'OMS.

#### **Résultats escomptés**

52. La réalisation de cet objectif devrait produire les résultats suivants :

- les pays et d'autres acteurs investissent davantage dans la recherche pour la santé ;
- il existe dans tous les pays, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible ou moyen, des stratégies de recherche nationales qui définissent des priorités claires, des programmes réalistes de renforcement des capacités et des conditions explicites de participation des acteurs extérieurs ;
- les investissements des acteurs extérieurs dans la recherche sont en harmonie avec les stratégies de recherche nationales ;
- des lignes directrices OMS sur le développement du potentiel de recherche ont été élaborées et sont utilisées, y compris des indicateurs d'avancement ;

- le Secrétariat établit tous les deux ou trois ans des rapports faisant le point sur le potentiel de recherche national par le canal des organes directeurs de l’OMS et à l’aide des bases de données ;
- des réseaux de chercheurs et des communautés de pratique s’échangent des données d’expérience et distinguent les bonnes pratiques en matière de développement du potentiel de recherche ;
- les activités de recherche sont de meilleure qualité et mieux coordonnées parce que les initiatives prises par l’OMS pour développer le potentiel de recherche national correspondent aux besoins des pays.

## **OBJECTIF CONCERNANT LES NORMES**

53. L’objectif concernant les normes consiste à promouvoir de bonnes pratiques en matière de recherche.

### **L’enjeu**

54. Elaborer des normes, des critères et des lignes directrices internationales est l’une des fonctions essentielles de l’OMS et nul n’est mieux placé qu’elle pour s’acquitter de cette tâche. Les normes, les critères et les lignes directrices concernant la recherche servent à diriger, gérer la recherche et à améliorer la qualité ; à remédier au manque d’efficacité du processus de la recherche ; et à faciliter l’accès à l’information. Ils sont indispensables pour que le public ait confiance dans la recherche et y participe.

55. Les Etats Membres, les organisations internationales, les parties intéressées et le public attendent de l’OMS qu’elle défende plus énergiquement les meilleures pratiques en matière de recherche. Ils réclament aussi de plus en plus souvent une meilleure justification et une plus grande transparence de la recherche.

56. L’une des difficultés consiste à mettre au point une méthode rigoureuse, systématique et transparente pour décider, d’après des critères clairs, si l’OMS doit élaborer une nouvelle norme ou ligne directrice, comment elle doit procéder pour ce faire et quels acteurs associer à ce processus. La méthode doit tenir compte des différences de contexte social et culturel tout en protégeant les droits et les intérêts de tous les participants au processus de la recherche.

57. Autre entreprise difficile : mieux appliquer et faire mieux respecter les normes existantes. Ces normes concernent notamment la déontologie, les comités d’examen éthique, l’enregistrement des essais cliniques, la sûreté et la sécurité biologiques en laboratoire. Si l’OMS ne peut contraindre à respecter les normes (sauf quand il s’agit de son propre personnel), elle peut exercer une influence qui accélère la mise au point et l’adoption de normes mondiales correspondant aux meilleures pratiques.

58. Il faut également définir des critères acceptables pour l’utilisation, par exemple aux fins d’élaboration de lignes directrices, de données qui ne pourraient être obtenues par des méthodes de recherche conventionnelles telles que les essais randomisés.

**Actions pour atteindre l'objectif**

59. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat :
- a) mettra au point une méthode systématique pour sélectionner, concevoir, adopter et évaluer des normes et des critères nouveaux conformes aux priorités de la recherche pour la santé ;
  - b) élaborera, conformément aux principes directeurs de la présente stratégie, des normes et des critères correspondant aux meilleures pratiques de gestion de la recherche, en ce qui concerne, par exemple, l'examen éthique, l'examen par des experts et l'accréditation des comités d'examen éthique ; la communication des résultats de la recherche ; l'échange de données, d'outils et de matériels ; l'enregistrement des essais cliniques ; et l'utilisation de données pour élaborer des politiques, des pratiques et des produits ;
  - c) continuera à faciliter la création de registres des essais cliniques accessibles au public et à fixer des normes pour leur création ; et
  - d) entreprendra une coopération technique avec les Etats Membres pour leur permettre d'adapter et d'appliquer des normes et des critères en matière de recherche et de contrôler leur application.

**Résultats escomptés**

60. La réalisation de cet objectif devrait produire les résultats suivants :
- la recherche médicale et la recherche en santé sont plus largement soutenues par le public et lui inspirent davantage confiance ;
  - l'OMS emploie une méthode perfectionnée pour sélectionner, élaborer, adopter et évaluer des normes et des critères applicables à la recherche ;
  - le processus de la recherche s'est amélioré du point de vue de la qualité, de l'efficacité, de la transparence, de la justification et de l'équité parce que les critères de gestion de la recherche sont mieux connus, mieux acceptés et mieux respectés ;
  - les principes déontologiques de la recherche sont mieux acceptés et mieux respectés et il existe des critères d'accréditation des comités d'éthique ;
  - tous les pays ont adopté un système d'enregistrement des essais cliniques conforme aux normes de l'OMS.

**OBJECTIF DE MISE EN APPLICATION**

61. L'objectif de mise en application consiste à renforcer les liens entre la recherche, la politique et la pratique.

## **L'enjeu**

62. Les consultations organisées pour élaborer la stratégie ont révélé à quel point les politiques et les pratiques ignorent les données de la recherche et, à l'inverse, le programme de recherche omet les besoins en matière de politique. La mise en application de la recherche, autrement dit l'interaction dynamique entre la recherche, les politiques, les pratiques et le développement de produits, est de plus en plus considérée comme un domaine prioritaire de la recherche. On a besoin en outre de méthodes nouvelles et perfectionnées pour communiquer efficacement l'information et les données sanitaires à différents publics dans de nombreux secteurs, à de nombreux niveaux et dans de nombreuses langues.

63. Les inégalités d'accès aux données, aux outils, aux matériels et à la littérature qui peuvent être observées dans le monde en raison des restrictions à leur utilisation imposées par les droits d'auteur et de propriété intellectuelle sont des obstacles importants à la réalisation de cet objectif. Il existe différentes normes pour les systèmes d'information et l'interopérabilité, mais seules quelques-unes sont systématiquement appliquées à l'informatique utilisée en santé publique.

64. Grâce à son influence dans les pays et à ses contacts avec les chercheurs, les responsables politiques, les praticiens et la société civile, l'OMS dispose d'atouts uniques pour convaincre de consacrer davantage de ressources à la recherche sur cette interaction. Elle doit faciliter l'accès aux données de qualité, aux synthèses, aux informations sanitaires et aux lignes directrices faisant autorité pour favoriser le dialogue entre les responsables politiques et les exécutants dans le domaine de la santé publique. L'OMS dirige une initiative, les Réseaux de politique fondée sur des faits, qui fournit un début de méthode pour répondre à ces besoins.

65. L'OMS a contribué aux progrès dans ce domaine en prenant des initiatives comme l'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches et la Bibliothèque de santé génésique, en créant le Système international d'enregistrement des essais cliniques et en permettant au public d'accéder aux bases de données de l'Organisation. Toutefois, l'accès à la recherche continue à être limité par un ensemble de facteurs comme l'absence de normes en matière d'informatique sanitaire et les problèmes de coût et de langue, et l'Organisation doit s'associer pleinement au mouvement en faveur du libre accès.

## **Actions pour atteindre l'objectif**

66. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat :

- a) déterminera, après évaluation, les activités prometteuses de mise en application et fera valoir leur utilité pour prendre des décisions fondées sur les meilleures données de la recherche ;
- b) préconisera d'utiliser des modèles performants de transfert de technologie et d'évaluer les modèles prometteurs pour contribuer à la création, en temps voulu, de nouveaux produits et services dans les Etats Membres ;
- c) préconisera et évaluera des systèmes de mise en application de la recherche qui aideront à développer les moyens de mise en application et à élaborer des politiques fondées sur des bases factuelles dans les Etats Membres ;
- d) s'emploiera à établir et à faire respecter des normes internationales dans le domaine de l'informatique sanitaire utilisée pour la recherche ;

e) mettra en place des mécanismes pour présenter systématiquement une synthèse des données et fournir des orientations aux citoyens, aux patients, aux cliniciens, aux administrateurs et aux responsables politiques des Etats Membres, ou renforcera les mécanismes qui existent déjà et les évaluera, en s'assurant qu'ils sont adaptés au public visé, régulièrement actualisés et que leurs effets sont évalués ;

f) analysera systématiquement les obstacles qui empêchent d'accéder aux résultats de la recherche et encouragera à créer des mécanismes qui en facilitent l'accès ou à améliorer ceux qui existent déjà ; et

g) définira et fera connaître la position de l'OMS sur le libre accès aux résultats de la recherche et préconisera de créer des banques de données, des systèmes d'archivage et d'autres mécanismes permettant au public d'accéder librement aux résultats du plus grand nombre possible de travaux de recherche en rapport avec la santé.

### **Résultats escomptés**

67. La réalisation de cet objectif devrait produire les résultats suivants :

- les décideurs agissent comme des utilisateurs éclairés de la recherche : ils font un usage plus fructueux des données et du savoir à leur disposition, ils fondent les politiques sur des bases factuelles et ces politiques sont mises en pratique et engendrent des produits ;
- il existe des mécanismes institutionnels pour enregistrer les résultats et communiquer les enseignements qu'on a tirés de la recherche axée sur la demande en matière de recherche et sur la façon dont les données scientifiques sont utilisées dans les politiques et dans la pratique au niveau des pays ;
- on fait des travaux de recherche sur l'utilisation des données scientifiques dans les politiques et dans la pratique et il est admis que ces travaux peuvent apporter une contribution importante à la recherche pour la santé ;
- des normes ont été arrêtées au niveau international pour le recueil, la conservation et l'échange d'outils et de données obtenus grâce à l'informatique sanitaire et ces normes sont largement appliquées ;
- on a créé des répertoires exhaustifs dans lesquels figure la documentation de l'OMS sur la recherche et qui sont bien conservés, régulièrement mis à jour et bien utilisés ;
- les répertoires d'analyses systématiques ont été développés ou de nouveaux ont été créés pour répondre aux besoins sanitaires prioritaires des pays à revenu faible ou moyen ;
- les chercheurs et les utilisateurs des résultats de la recherche ont accès, sans difficulté et en temps voulu, à des informations fiables, utiles et appropriées présentées sous une forme et dans une langue qu'ils comprennent ;
- les chercheurs sont plus réceptifs à la demande, notamment aux questions des responsables politiques (dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs), des praticiens et de la société civile qui intéressent la recherche en santé ;
- l'OMS contribue davantage à mettre en lumière les interventions et les stratégies sanitaires efficaces et à promouvoir leur application dans les Etats Membres.

**Tableau 1. Récapitulation de la documentation relative à la stratégie OMS de recherche pour la santé**

<p><b>Rapport biennal présenté à l'Assemblée de la Santé</b> indiquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les progrès accomplis dans la mise en oeuvre et l'évaluation de la stratégie de recherche et les dépenses afférentes (objectif concernant l'Organisation)<sup>1</sup></li> <li>- les progrès accomplis au niveau mondial dans le renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé d'après des indicateurs standard utilisés au niveau des pays (objectif concernant les priorités)</li> <li>- si les Etats Membres ont adopté ou adapté des normes et des critères et les résultats des contrôles effectués pour en vérifier l'application (objectif concernant les normes)</li> </ul>
<p><b>Rapport biennal présenté au Directeur général</b> indiquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités, la couverture et l'impact : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des méthodes de recrutement et des mesures d'incitation révisées de l'OMS et de son programme de formation à la recherche et à l'utilisation de la recherche (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>• des comités d'examen éthique de l'OMS (objectif concernant les normes)</li> <li>• du comité d'examen des lignes directrices de l'OMS (objectif concernant les normes)</li> <li>• du comité d'examen des programmes de l'OMS (objectif concernant l'Organisation)</li> </ul> </li> <li>- la mesure dans laquelle le code OMS de déontologie de la recherche est appliqué, y compris les résultats des contrôles effectués périodiquement à l'OMS (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>- si les mécanismes par lesquels l'OMS agit en tant que partenaire de la recherche ont été améliorés et, si oui, par quels moyens (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>- les programmes de recherche auxquels l'OMS participe directement ou en faveur desquels elle plaide, s'ils demeurent opportuns pour l'Organisation et s'ils sont globalement cohérents au sein de l'Organisation (objectif concernant les priorités)</li> <li>- l'action de persuasion menée par l'OMS à propos des systèmes nationaux de recherche en santé (objectif concernant les capacités)</li> <li>- le nombre de stratégies de coopération avec les pays qui prévoient la coopération technique de plusieurs partenaires au renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé (objectif concernant les capacités)</li> <li>- l'harmonisation des initiatives prises pour développer le potentiel de recherche auxquelles l'OMS est associée (objectif concernant les capacités)</li> </ul>
<p><b>Normes et critères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normes et critères applicables à la recherche (objectif concernant les normes)</li> <li>- Code OMS de déontologie de la recherche (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>- Lignes directrices pour développer les moyens nationaux d'exercer les quatre fonctions principales des systèmes nationaux de recherche en santé (objectif concernant les capacités)</li> </ul>

<sup>1</sup> L'objectif auquel la documentation est le plus étroitement rattachée est indiqué entre parenthèses.



**Rapports et documentation destinés au public**

- Rapport public publié tous les quatre ans (en coopération avec les partenaires) sur les priorités de la recherche au niveau mondial, les programmes de recherche exhaustifs pour chaque priorité et la mise en adéquation des ressources humaines et financières avec ces programmes (objectif concernant les priorités)
- Rapport public biennal sur la recherche à l’OMS (objectif concernant l’Organisation)
- Rapport public sur la position de l’OMS quant au libre accès aux résultats de la recherche et sur les mécanismes permettant d’enregistrer les résultats de la recherche qui actuellement ne sont pas enregistrés ailleurs (objectif de mise en application)
- Rapports sur les enseignements tirés des initiatives de développement du potentiel de recherche et notamment sur l’efficacité de certaines approches d’après des indicateurs standard (objectif concernant les capacités)
- Rapports comparant les résultats de différentes interventions destinées à améliorer les politiques et les pratiques dans les Etats Membres d’après les meilleures données de la recherche et selon différents modèles de transfert de technologie et de systèmes de mise en application de la recherche (objectif de mise en application)
- Registre accessible au public de tous les travaux de recherche auxquels l’OMS est associée (objectif concernant l’Organisation)
- Registres des essais cliniques accessibles au public (objectif concernant les normes)
- Synthèses récentes, présentées de façon optimale et tenant compte du contexte, et orientations dans les domaines où il y a un besoin de santé publique (objectif de mise en application)

**MISE EN OEUVRE**

68. Le onzième programme général de travail 2006-2015 définit, sur la base d’une analyse de la situation sanitaire dans le monde, un programme mondial d’action sanitaire à l’intention du Secrétariat de l’OMS, des Etats Membres et de la communauté internationale, puis il passe en revue les avantages spécifiques de l’OMS, ses fonctions essentielles, les principaux défis qu’elle doit relever et ses futures priorités. Ces priorités sont exposées plus en détail dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, qui assigne 13 objectifs stratégiques au Secrétariat et aux Etats Membres.

69. En collaboration avec les Etats Membres et les partenaires, le Secrétariat planifiera la mise en oeuvre de la stratégie OMS de recherche pour la santé dans le cadre du plan stratégique à moyen terme et du onzième programme général de travail.

70. En ce qui concerne les bureaux régionaux, la stratégie OMS de recherche pour la santé définit un cadre pour l’élaboration des futures stratégies régionales en matière de recherche.

71. Les plans de mise en oeuvre seront réalistes et définiront clairement les rôles, les responsabilités, les ressources nécessaires, les résultats et les retombées attendus selon un calendrier déterminé, comme indiqué dans le cadre d’évaluation. Ils s’appuieront sur les activités de recherche déjà entreprises par plus de 34 programmes, alliances et réseaux de l’OMS et qui servent les objectifs de la stratégie.

72. Un plan de mise en oeuvre de la stratégie sera intégré dans les dispositifs opérationnels et les plans de travail de l’Organisation et, en concertation avec les Etats Membres, dans les stratégies de coopération avec les pays.

73. Un rapport de situation sera soumis tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé à compter de 2012.

## **ASPECTS CRUCIAUX DE LA MISE EN OEUVRE**

### **Gouvernance au sein de l'OMS**

74. Une bonne mise en oeuvre de la stratégie veut que l'Organisation instaure des mécanismes appropriés pour améliorer l'efficacité stratégique et opérationnelle de ses différentes activités de recherche. Parmi ces mécanismes, elle peut envisager des groupes thématiques couvrant l'ensemble de l'Organisation sur des thèmes comme le développement du potentiel de recherche et la gestion du savoir. Parallèlement à la création de ces nouveaux mécanismes, les mécanismes existants feront l'objet d'un examen approfondi et seront redynamisés au besoin. On réexaminera notamment le rôle des comités techniques et consultatifs, et celui du CCRS sera éventuellement redéfini au niveau mondial et dans les Régions.

### **Collaboration avec les partenaires**

75. Pour mettre en oeuvre la stratégie, le Secrétariat devra aussi collaborer efficacement avec les partenariats pour la recherche dont l'OMS fait partie, mais qui ont une direction indépendante, à savoir : l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé ; le Programme spécial UNICEF/PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ; l'Initiative pour la recherche sur les vaccins ; le Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement ; et le Forum mondial pour la recherche en santé. Lors du processus de mise en oeuvre, on déterminera s'il est utile d'harmoniser les structures de direction de ces partenariats avec celle de la stratégie de recherche de l'OMS, voire de créer une structure commune ; les relations existantes seront modifiées à la lumière des actions à mener pour atteindre des objectifs donnés.

76. Pour appliquer la nouvelle stratégie, l'OMS est censée, outre collaborer avec les partenariats existants, mieux coopérer avec les principaux partenaires dans le domaine de la recherche, dont l'industrie, la société civile, les fondations et les milieux universitaires.

### **Dotation en personnel**

77. Le succès de la stratégie dépendra en grande partie du travail fourni par le personnel technique de l'Organisation tout entière. L'objectif de la stratégie concernant l'Organisation se décline en plusieurs recommandations visant à développer les compétences du personnel de l'OMS en matière de recherche par un soutien supplémentaire à la recherche, par l'apprentissage continu et par une révision des modalités de recrutement et d'évaluation, si nécessaire. Il faudra veiller tout particulièrement à mettre en place des mesures appropriées pour le personnel en poste au niveau des pays. Une fois en vigueur, le code de déontologie de la recherche constituera un cadre commun et fixera un ensemble minimum de normes applicables aux activités de recherche du personnel où qu'il travaille. On aura également besoin d'effectifs pour exercer les fonctions liées aux groupes thématiques communs, à l'examen éthique et à l'examen des lignes directrices, à la fixation de normes et à la communication.

### **Financement**

78. Environ 80 % du budget dépensé pour effectuer ou commander des recherches par l'intermédiaire des programmes du Siège (environ US \$200 millions par exercice biennal) proviennent

de contributions volontaires. La stratégie OMS de recherche pour la santé vise à améliorer la qualité des résultats de la recherche en influant sur la façon dont ces ressources sont dépensées plutôt qu'en les augmentant.

79. Néanmoins, la mise en oeuvre de la présente stratégie (et des stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle) nécessite un secrétariat central disposant de ressources suffisantes et s'occupant, entre autres, des thèmes communs, de la communication et de l'évaluation. Les activités du secrétariat devront être financées sur le budget de base, car il est peu probable qu'on obtienne des fonds sur les crédits alloués aux activités de recherche spécifiques des départements de l'OMS ou sur les contributions volontaires. Le montant nécessaire pour financer le secrétariat est modeste et représente moins de 5 % du total des dépenses consacrées à la recherche pour chaque exercice. Les ressources allouées à ces fonctions essentielles seront intégralement prévues dans le budget programme 2010-2011.

## **EVALUATION**

### **Aperçu**

80. L'évaluation fait partie intégrante de la stratégie OMS de recherche pour la santé et l'on a défini un cadre d'évaluation qui fournira une méthode axée sur les retombées pour déterminer dans quelle mesure l'idéal de la stratégie est réalisé, sa mission accomplie et ses objectifs atteints. Un rapport exposant le cadre en détail peut être obtenu sur demande.

81. Plus concrètement, le cadre fournira une méthode pour :

- suivre la mise en oeuvre des éléments de la stratégie de recherche ;
- évaluer les effets des changements apportés par la mise en oeuvre de la stratégie.

82. Le cadre d'évaluation de la stratégie OMS de recherche pour la santé concerne à la fois sa mise en oeuvre et ses éléments constitutifs, c'est-à-dire les principes, les objectifs, les actions et les résultats escomptés.

83. S'inspirant des meilleures pratiques en matière d'évaluation, le cadre :

- sera axé sur les objectifs et les activités communs du Secrétariat, des Etats Membres et des partenaires, comme indiqué dans la stratégie ;
- rendra compte de façon objective des progrès accomplis dans la réalisation de l'idéal commun du Secrétariat, des Etats Membres et des partenaires ;
- sera efficient, car on utilisera chaque fois que possible les indicateurs et les mécanismes existants pour réduire au minimum le nombre de rapports que devront établir le Secrétariat, les Etats Membres et les partenaires.

### **Structure du cadre d'évaluation**

84. Le cadre d'évaluation répartit les éléments de la stratégie OMS de recherche pour la santé en rapports/activités, produits, résultats et retombées (modèle logique) ; il définit aussi des indicateurs à surveiller pour chacun de ces éléments (voir plus loin).

85. La stratégie doit avoir pour ultime retombée une amélioration de la santé et une plus grande équité en santé (comme les progrès concrets prévus dans les objectifs du Millénaire pour le développement), mais il est difficile de déterminer dans quelle mesure la recherche pour la santé en général et la stratégie en particulier influent globalement sur la santé. Comme il est difficile de prévoir les circonstances dans lesquelles il serait possible de faire des études de cas sur les retombées sanitaires, le cadre d'évaluation est centré sur les retombées qu'on peut anticiper. Le cadre pourra être étendu à de nouveaux indicateurs de l'impact sur la santé après que la phase de mise en oeuvre aura commencé.

### Suivi des progrès

86. Un ou plusieurs indicateurs ont été définis pour chaque apport/activité, produit, résultat et retombée. Le Tableau 2 fournit à titre indicatif une liste de ces indicateurs.<sup>1</sup>

**Tableau 2. Liste des indicateurs**

<p><b>Retombées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pourcentage de besoins sanitaires prioritaires au sujet desquels des analyses systématiques et actualisées de la littérature scientifique ont été mises à disposition dans l'année qui a suivi la mise en évidence du besoin (objectif concernant les priorités)</li> <li>– Pourcentage de cliniciens qui, sur un échantillon choisi au hasard dans les Etats Membres, suivent une série de recommandations de grande qualité et applicables localement selon un objectif fixé au niveau national (objectif de mise en application)</li> </ul>
<p><b>Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pourcentage de lignes directrices de l'OMS qui, sur un échantillon choisi au hasard, reposent sur les meilleures données scientifiques disponibles (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>– Pourcentage d'Etats Membres (concrètement de délégués principaux à l'Assemblée de la Santé) qui se déclarent globalement satisfaits de la nature de la coopération technique dont bénéficie leur système national de recherche en santé (objectif concernant les capacités)</li> </ul>
<p><b>Produits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Présentation à l'Assemblée de la Santé d'un rapport biennal sur les progrès accomplis dans le renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé (objectif concernant les capacités)</li> <li>– Publication de normes et de critères applicables à la recherche (objectif concernant les normes)</li> </ul>
<p><b>Apports/activités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Affectation d'au moins 5 % de la somme du budget de base et des contributions volontaires à la recherche à l'OMS, y compris des fonds spécialement destinés à la mise en oeuvre et à l'évaluation de la stratégie de recherche pendant l'exercice en cours (objectif concernant l'Organisation)</li> <li>– Pourcentage d'Etats Membres dont les processus de fixation des priorités ont été utilisés pour déterminer les priorités de la recherche pour la santé (objectif concernant les priorités)</li> </ul>

<sup>1</sup> Le document présentant le cadre d'évaluation dans son intégralité comprendra une liste complète des indicateurs.

87. Chaque fois que possible, on a retenu les indicateurs des mécanismes existants, et on en a proposé de nouveaux quand cela était nécessaire pour mieux surveiller certains éléments du programme de recherche pour la santé. Ces nouveaux indicateurs concernent généralement les résultats et les retombées, qui sont directement liés aux objectifs de la stratégie. Ces indicateurs et les mécanismes de suivi de la mise en oeuvre qu'il est proposé d'adopter sont présentés séparément dans le cadre d'évaluation intégral.

88. Comme le suggère la récapitulation des produits dans le Tableau 1 ci-dessus, les rapports portent sur quatre types d'indicateurs : indicateurs concernant la gouvernance (regroupés dans un rapport biennal soumis à l'Assemblée de la Santé) ; indicateurs concernant la gestion (regroupés dans un rapport biennal soumis au Directeur général) ; indicateurs concernant les normes et les critères ; et indicateurs utilisés pour d'autres rapports et documents publics. Tous les rapports seront mis à la disposition du public sur le site Web de l'OMS.

---

## ANNEXE 5

# Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains<sup>1</sup>

[EB124/15, annexe – 20 novembre 2008]

### PREAMBULE

1. Ainsi que le Directeur général l'a fait observer<sup>2</sup> dans son rapport à la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif, les transplantations d'organes humains ont commencé avec une série d'études expérimentales réalisées au début du XX<sup>e</sup> siècle. Ce rapport appelait l'attention sur certains des principaux progrès cliniques et scientifiques accomplis dans ce domaine depuis les premiers travaux d'Alexis Carrel qui valurent à leur auteur un Prix Nobel en 1912. La transplantation chirurgicale d'organes humains prélevés sur des personnes décédées ainsi que sur des donneurs vivants pour être greffés sur des patients malades ou mourants remonte au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Au cours des 50 dernières années, la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine s'est répandue dans le monde entier et a permis de prolonger la vie et d'améliorer grandement la qualité de vie de centaines de milliers de personnes. Les progrès continus des techniques médicales, notamment pour ce qui est du rejet des greffons, ont suscité une augmentation de la demande d'organes et de tissus humains, demande qui a toujours été supérieure à l'offre en dépit d'une forte expansion des dons d'organes prélevés sur des personnes décédées et d'un recours plus grand aux dons provenant de donneurs vivants ces dernières années.

2. Le manque d'organes à transplanter a non seulement incité de nombreux pays à mettre en place des procédures et des systèmes pour accroître l'offre, mais a aussi entraîné une augmentation du commerce d'organes humains, notamment d'organes provenant de donneurs vivants sans lien de parenté avec les receveurs. Des preuves de ce commerce qui s'apparente à un trafic d'êtres humains sont apparues de plus en plus clairement au cours des dernières décennies. En outre, la facilité croissante des communications et des voyages internationaux a conduit de nombreux patients à se rendre à l'étranger dans des centres médicaux qui déclarent pouvoir pratiquer des transplantations et fournir des organes prélevés chez des donneurs pour un coût forfaitaire.

3. Dans ses résolutions WHA40.13 et WHA42.5, l'Assemblée mondiale de la Santé a exprimé pour la première fois ses préoccupations concernant le commerce d'organes et la nécessité d'édicter des normes mondiales pour la transplantation. A l'issue d'une série de consultations menées par le

---

<sup>1</sup> Voir résolution EB124.R13. Le Conseil exécutif a pris note à sa cent vingt-troisième session, le 26 mai 2008, du projet de mise à jour des principes directeurs officiels de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains contenu dans le document EB123/5. La présente version tient compte d'une modification demandée par le Conseil à cette session, à savoir le remplacement du mot « rares » par le mot « limitées » s'agissant du principe directeur 4 ; cette modification a été examinée par le Conseil à sa cent vingt-quatrième session. En outre, le libellé de la dernière clause du principe directeur 11 a été clarifié.

<sup>2</sup> Document EB79/8.

Secrétariat, l'Assemblée de la Santé a approuvé, dans sa résolution WHA44.25, les principes directeurs de l'OMS sur la transplantation d'organes humains. Au cours des 17 dernières années, ces principes directeurs ont fortement influencé les pratiques et les codes professionnels ainsi que la législation partout dans le monde. Compte tenu de l'évolution des pratiques et des attitudes concernant les transplantations d'organes et de tissus humains, la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, dans la résolution WHA57.18, a prié entre autres le Directeur général « de continuer à examiner et à recueillir des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'épidémiologie des allogreffes, et sur les questions éthiques, y compris le don vivant, afin de mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ».

4. Les principes directeurs ci-après visent à fournir un cadre rationnel, éthique et acceptable pour l'acquisition et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes d'origine humaine à des fins thérapeutiques. Il appartiendra à chaque juridiction de déterminer les modalités pratiques de mise en oeuvre de ces principes directeurs, qui préservent les points essentiels de la version de 1991, mais en incorporant de nouvelles dispositions pour tenir compte des tendances actuelles de la transplantation, en particulier des transplantations d'organes prélevés chez des donneurs vivants et de l'utilisation croissante de cellules et de tissus humains. Ces principes ne s'appliquent pas aux transplantations de gamètes, de tissus ovariens ou testiculaires ou d'embryons à des fins reproductives, ni au sang ou aux constituants du sang recueillis aux fins de transfusion.

Des cellules, tissus et organes ne peuvent être prélevés sur le corps de personnes décédées et sur des personnes vivantes aux fins de transplantation qu'en conformité avec les principes directeurs suivants.

### **Principe directeur 1**

Des cellules, tissus et organes peuvent être prélevés sur le corps de personnes décédées aux fins de transplantation uniquement :

- a) si tous les consentements prévus par la loi ont été obtenus, et
- b) s'il n'y a pas de raison de croire que la personne décédée s'opposait à ce prélèvement.

#### **Commentaire sur le principe directeur 1**

Le consentement est le principe éthique de base pour toutes les interventions médicales. Il appartient aux autorités nationales de définir la procédure à suivre pour recueillir et enregistrer le consentement aux dons de cellules, de tissus et d'organes humains à la lumière des normes éthiques internationales, de la manière dont le don d'organes est organisé dans leur pays et du rôle pratique joué par le consentement en tant que protection contre les abus et les violations des règles de sécurité.

La question de savoir si le consentement au prélèvement d'organes et de tissus sur le corps de personnes décédées est « explicite » ou « présumé » dépend des traditions sociales, médicales et culturelles de chaque pays, et notamment de la manière dont les familles sont associées à la prise de décision concernant les soins de santé en général. Toutefois, dans les deux systèmes, le prélèvement est exclu s'il existe une indication valable que la personne décédée était opposée au prélèvement posthume de ses cellules, tissus ou organes.

Dans un régime de consentement explicite – appelé parfois aussi « opting in » –, des cellules, tissus ou organes peuvent être prélevés sur le corps d'une personne décédée si cette personne a expressément consenti à ce prélèvement de son vivant ; en fonction du droit interne, ce consentement

peut être donné oralement ou enregistré sur une carte de donneur, un permis de conduire ou une carte d'identité, ou figurer dans le dossier médical ou dans un registre de donneurs. Si la personne décédée n'a ni consenti ni exprimé clairement son opposition au prélèvement d'organes, l'autorisation doit être obtenue auprès d'un représentant légal désigné, généralement un membre de la famille.

L'autre solution, celle du consentement présumé – aussi appelé « opting (or contracting) out », permet de prélever certains matériels sur le corps d'une personne décédée aux fins de transplantation et, dans certains pays, pour des études anatomiques ou des travaux de recherche, à moins que la personne ait exprimé de son vivant son opposition à cette pratique en déposant une déclaration en ce sens dans un bureau désigné, ou qu'une tierce partie bien informée indique que le défunt s'était résolument prononcé contre ce don. Compte tenu de l'importance du consentement sur le plan éthique, un tel système doit permettre d'informer pleinement le public de la politique en vigueur et donner aux intéressés toutes facilités pour retirer leur consentement.

Bien que le consentement exprès ne soit pas requis dans un système de consentement présumé (opting out) pour pouvoir prélever des cellules, des tissus ou des organes sur le corps d'une personne décédée qui n'a pas fait objection à cette pratique de son vivant, les services concernés peuvent hésiter à procéder à de tels prélèvements si les proches du défunt s'y opposent personnellement ; de même, dans les systèmes de consentement exprès (opting in), les services demandent généralement l'autorisation de la famille même si la personne décédée a donné son consentement de son vivant. Il est plus facile aux services de s'appuyer sur le consentement explicite ou présumé de la personne décédée sans demander l'autorisation de la famille lorsque la démarche du don de cellules, de tissus ou d'organes est bien comprise et bien acceptée par le public, sans aucune ambiguïté. Même lorsque l'autorisation des proches n'est pas demandée, les services chargés des prélèvements ont besoin de pouvoir examiner les antécédents médicaux et comportementaux de la personne décédée avec des membres de la famille qui la connaissaient bien, car des informations précises sur les donneurs aident à améliorer la sécurité des transplantations.

Pour les dons de tissus humains dans lesquels les contraintes de temps sont un peu moins fortes, il est recommandé de toujours demander l'autorisation de la famille. Un point important à régler est la façon dont l'apparence du corps du défunt sera restaurée après le prélèvement de tissus.

## Principe directeur 2

Les médecins constatant le décès d'un donneur potentiel ne doivent pas participer directement au prélèvement de cellules, de tissus ou d'organes sur le corps du défunt ni aux étapes ultérieures de la transplantation, pas plus qu'ils ne doivent être chargés de soigner les receveurs potentiels de ces cellules, tissus ou organes.

### Commentaire sur le principe directeur 2

Ce principe vise à éviter le conflit d'intérêts qui surviendrait si le ou les médecin(s) constatant le décès d'un donneur potentiel était (étaient) en outre chargé(s) de soigner d'autres patients dont le sort dépendrait d'une transplantation de cellules, de tissus ou d'organes prélevés sur ce donneur.

Il appartient aux autorités nationales de fixer les normes juridiques applicables pour la constatation des décès et de spécifier comment les critères et procédures à suivre pour constater un décès seront formulés et appliqués.



### Principe directeur 3

Les dons d'organes prélevés sur des personnes décédées doivent être développés au maximum des possibilités thérapeutiques, mais les adultes vivants peuvent également faire don de leurs organes dans les limites autorisées par la réglementation nationale. De manière générale, il doit exister un lien génétique, ou un lien légal ou sentimental, entre le donneur vivant et le receveur.

Les dons par des donneurs vivants sont acceptables si le donneur a donné en toute connaissance de cause son libre consentement, s'il bénéficie de soins professionnels ainsi que d'un suivi approprié et si les critères de sélection des donneurs sont scrupuleusement appliqués et surveillés. Les donneurs vivants doivent être informés des risques éventuels et des avantages et conséquences du don d'une manière détaillée et compréhensible ; ils ne doivent pas être juridiquement incapables et être en mesure d'apprécier l'information fournie et d'agir de leur plein gré sans être soumis à aucune influence ou coercition induite.

#### Commentaire sur le principe directeur 3

Ce principe souligne l'importance à la fois de prendre les mesures juridiques et logistiques nécessaires pour développer les programmes de dons d'organes provenant de personnes décédées lorsque ceux-ci n'existent pas et de rendre les programmes existants aussi efficaces et efficients que possible.

Tout en favorisant au maximum le développement de programmes de transplantation qui évitent les risques inhérents au recours à des donneurs vivants, le principe fixe aussi les conditions de base du don vivant. L'existence d'un lien génétique entre le donneur et le receveur peut présenter des avantages sur le plan thérapeutique et fournir l'assurance que le donneur agit par souci véritable du bien-être du receveur, comme ce peut être aussi le cas lorsqu'il existe un lien légal (par exemple entre des époux). De nombreux dons altruistes sont aussi motivés par les liens sentimentaux qui lient le donneur au receveur, bien que la force du lien invoqué puisse alors être difficile à apprécier. Les dons provenant de donneurs sans lien avec le receveur sont source de préoccupations, bien qu'ils soient tout à fait admis dans certains cas, comme dans celui des transplantations de cellules souches hématopoïétiques (dans lequel il est souhaitable sur le plan thérapeutique de faire appel à un large groupe de donneurs) ou lorsqu'il est procédé à un échange de reins parce les donneurs ne sont pas véritablement compatibles, sur un plan immunologique, avec les receveurs membres de leur famille.

Lorsqu'on a affaire à des donneurs vivants, en particulier sans lien avec les receveurs, une évaluation psychosociale est nécessaire pour s'assurer qu'aucune pression n'est exercée sur le donneur et qu'il ne s'agit pas d'une transaction commerciale interdite par le principe 5. L'autorité sanitaire nationale doit veiller à ce que l'évaluation soit faite par une partie indépendante ayant les qualifications voulues. En permettant de vérifier la motivation du donneur et les attentes du donneur et du receveur concernant les résultats, ces évaluations peuvent aider à mettre en évidence – et à éviter – les « dons » obtenus sous la contrainte ou qui masquent en réalité des transactions commerciales.

Le principe souligne l'importance d'un choix authentique et éclairé, qui requiert une information complète, objective et localement pertinente des intéressés et exclut les personnes vulnérables incapables de satisfaire aux exigences d'un consentement librement donné en connaissance de cause. Le libre consentement implique aussi qu'il existe des dispositions adéquates permettant au donneur de retirer son consentement jusqu'à ce que l'intervention médicale sur le receveur soit arrivée au point où celui-ci courrait un grave danger si la transplantation n'avait pas lieu. Le donneur doit être informé de ces dispositions au moment où il donne son consentement.

Enfin, ce principe souligne l'importance de protéger la santé des donneurs vivants pendant tout le processus de sélection et de don et les indispensables soins de suivi, afin que les conséquences potentiellement négatives du don n'aboutissent pas à pénaliser le donneur pendant le reste de sa vie. Les soins prodigués au donneur doivent être de même niveau que ceux dispensés au receveur et les autorités sanitaires sont également responsables du bien-être de l'un et de l'autre.

### **Principe directeur 4**

Aucun organe, tissu ou cellule ne doit être prélevé sur le corps d'un mineur vivant aux fins de transplantation, en dehors des exceptions limitées autorisées par la législation nationale. Des mesures spécifiques doivent être mises en place pour protéger le mineur et, chaque fois que cela est possible, recueillir son consentement avant un don. Les dispositions applicables aux mineurs valent également pour les personnes juridiquement incapables.

#### **Commentaire sur le principe directeur 4**

Ce principe énonce l'interdiction générale de prélever des cellules, des tissus ou des organes aux fins de transplantation sur une personne n'ayant pas atteint l'âge légal de la majorité. Les principales exceptions à ce principe concernent le don au sein de la famille de cellules régénérables (lorsqu'il n'existe pas de donneur adulte de valeur comparable sur le plan thérapeutique) et les transplantations rénales entre vrais jumeaux (lorsque le fait de ne pas avoir à administrer un traitement immunosuppresseur au receveur constitue un avantage qui justifie cette exception et en l'absence de troubles génétiques qui pourraient avoir une incidence négative sur la vie future du donneur).

Si l'autorisation du (des) parent(s) ou du représentant légal est généralement suffisante pour pouvoir procéder à un prélèvement d'organe, il peut exister un conflit d'intérêts lorsque ces personnes sont également responsables du bien-être du receveur auquel le greffon est destiné. En pareil cas, il faut demander l'avis et l'approbation d'une entité indépendante telle qu'un tribunal ou une autre autorité compétente. Toutefois, l'objection exprimée par le mineur doit prévaloir sur l'autorisation donnée par toute autre partie. Les conseils professionnels dispensés aux donneurs vivants potentiels pour leur permettre d'apprécier et, si nécessaire, de contrecarrer les éventuelles pressions visant à influencer leur décision de don sont spécialement importants dans le cas de donneurs mineurs.

### **Principe directeur 5**

Les cellules, tissus et organes ne peuvent faire l'objet que de dons gratuits, sans aucune contrepartie pécuniaire ou autre récompense ayant une valeur marchande. L'achat ou les offres d'achat de cellules, de tissus ou d'organes aux fins de transplantation, ou leur vente par des personnes vivantes ou par les proches de personnes décédées, doivent être interdits.

L'interdiction de la vente ou de l'achat de cellules, de tissus ou d'organes n'empêche pas de rembourser dans des limites raisonnables les frais vérifiables encourus par le donneur, y compris les pertes de revenu, ou de régler les dépenses liées au prélèvement, au traitement, à la préservation et à la mise à disposition de cellules, de tissus ou d'organes humains aux fins de transplantation.

### **Commentaire sur le principe directeur 5**

Le fait que l'on puisse se procurer des cellules, des tissus ou des organes humains contre de l'argent revient potentiellement à profiter de la situation des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, porte atteinte au don altruiste et peut déboucher sur l'exploitation et le trafic d'êtres humains. Cette pratique consacre l'idée que certaines personnes n'ont pas de dignité et qu'elles sont de simples objets pouvant être utilisés par d'autres.

Outre qu'il vise à prévenir le trafic de matériels humains, ce principe affirme la valeur spéciale du don pour sauver ou améliorer la vie d'autrui. Mais il tient compte aussi des circonstances dans lesquelles il est d'usage de remettre aux donneurs des gages de reconnaissance auxquels on ne peut pas attribuer de valeur vénale. La législation nationale doit faire en sorte que les cadeaux ou récompenses éventuels ne soient pas, en fait, des formes déguisées de paiement pour les dons de cellules, de tissus ou d'organes. Les incitations sous forme de « récompenses » ayant une valeur marchande et pouvant être transférées à des tiers ne sont pas différentes des paiements en argent.

Bien que les pires abus touchent les donneurs vivants d'organes, un danger existe aussi quand des sommes sont versées en échange de cellules, de tissus ou d'organes humains à des proches de personnes décédées, ou à des vendeurs ou intermédiaires, ou encore à des institutions (par exemple des morgues) ayant la charge de cadavres. Il devrait leur être interdit de réaliser des profits financiers.

Toutefois, ce principe permet d'accorder une compensation pour les coûts supportés par le donneur (y compris les frais médicaux et les pertes de revenu dans le cas de donneurs vivants), car ces coûts peuvent avoir un effet dissuasif sur les dons. La nécessité de couvrir les dépenses légitimes engagées pour mettre à disposition les cellules et tissus humains et les organes à transplanter et assurer la sécurité, la qualité et l'efficacité de la transplantation est aussi reconnue.

Les mesures d'incitation consistant à fournir des choses essentielles que les donneurs seraient autrement dans l'incapacité financière de se procurer – telles que des soins médicaux ou une couverture d'assurance-maladie – posent problème. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est certes un droit fondamental de tout être humain, mais ce n'est pas quelque chose que l'on doit acheter en échange du don de parties du corps. Toutefois, des examens médicaux périodiques gratuits en liaison avec le don et une couverture d'assurance en cas de décès ou de complications consécutifs au don peuvent légitimement être fournis aux donneurs vivants.

Les autorités sanitaires devraient promouvoir les dons motivés par l'état de besoin des receveurs et le bénéfice pour la communauté. Toutes les mesures visant à encourager les dons devraient respecter la dignité du donneur et mettre l'accent sur la reconnaissance sociale du caractère altruiste du don d'organes, de tissus ou de cellules. De toute façon, toutes les pratiques visant à encourager le don de cellules, de tissus ou d'organes aux fins de la transplantation devraient être définies de manière explicite et transparente par les autorités sanitaires.

Les cadres juridiques nationaux devraient tenir compte des circonstances particulières propres à chaque pays, du fait que les risques encourus par les donneurs et les receveurs varient d'un pays à l'autre. Les détails et les modalités d'application des interdictions devraient être fixés par chaque juridiction, y compris s'agissant des sanctions encourues, qui pourront comprendre une action conjointe avec d'autres pays de la région. L'interdiction de payer pour se procurer des cellules, tissus et organes humains devrait s'appliquer à tout un chacun, y compris aux receveurs qui essaient de contourner la réglementation nationale en se rendant dans des lieux où les interdictions de la commercialisation ne sont pas appliquées.

## Principe directeur 6

La promotion du don altruiste de cellules, de tissus ou d'organes humains par la publicité ou par des appels au public peut être faite dans le respect de la réglementation nationale.

Toute publicité faisant état d'un besoin de cellules, de tissus ou d'organes, ou de leur disponibilité dans le but d'obtenir une rémunération, ou proposant de l'argent à des personnes en échange de leurs cellules, tissus ou organes ou à la famille de ces personnes si elles sont décédées doit être interdite. Les activités d'intermédiaire dans le cadre desquelles de l'argent est versé à de telles personnes ou à des tiers doivent également être interdites.

### Commentaire sur le principe directeur 6

Ce principe ne vise pas la publicité générale ou les appels au public destinés à encourager les dons altruistes de cellules, de tissus ou d'organes humains, pour autant qu'ils ne portent pas atteinte aux systèmes d'attribution des greffons établis par la loi. Il vise par contre à interdire les sollicitations commerciales, consistant notamment à proposer à des individus, aux familles de personnes décédées ou à d'autres parties ayant la garde des corps (telles que les entreprises de pompes funèbres) des sommes d'argent en échange de cellules, de tissus ou d'organes humains ; il vise également les agents et autres intermédiaires ainsi que les acheteurs directs.

## Principe directeur 7

Les médecins et les autres professionnels de santé ne doivent participer à aucune des phases des transplantations, et les compagnies d'assurance et autres bailleurs de fonds ne doivent pas couvrir ces procédures si les cellules, tissus ou organes concernés ont été obtenus par des moyens relevant de l'exploitation ou de la coercition, ou moyennant le paiement d'une somme d'argent à un donneur vivant ou à la famille d'un donneur décédé.

### Commentaire sur le principe directeur 7

Les professionnels de santé ne devraient procéder au prélèvement, à la gestion intermédiaire ou à l'implantation de cellules, tissus ou organes que lorsque les dons sont gratuits et véritablement volontaires (dans le cas de donneurs vivants, une évaluation psychosociale du donneur est généralement indiquée, comme décrit dans le principe directeur 3). Le fait de ne pas vérifier que la personne ayant consenti au don n'a pas été payée, soumise à des pressions ou exploitée constitue une faute professionnelle qui doit être sanctionnée par les organisations professionnelles pertinentes et les autorités gouvernementales chargées des accréditations ou de la réglementation.

Les médecins et établissements de santé ne devraient par ailleurs pas adresser de patients à des services de transplantation de leur propre pays ou d'autres pays qui utilisent des cellules, des tissus ou des organes humains obtenus en payant les donneurs, leur famille ou d'autres vendeurs ou intermédiaires, pas plus qu'ils ne devraient rechercher ou accepter une rémunération pour ce faire. Des soins post-transplantation peuvent être prodigués à des patients qui ont subi des transplantations dans ces services, mais les médecins qui refusent d'assurer ces soins ne devraient pas s'exposer à des sanctions professionnelles, pour autant qu'ils adressent ces patients à d'autres services.

Les assurances médicales et autres organismes payeurs devraient contribuer au respect de normes éthiques élevées en refusant de payer pour des transplantations qui enfreignent les présents principes.

### **Principe directeur 8**

Aucun professionnel de santé et aucune structure participant au prélèvement et à la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes humains ne doivent recevoir de rémunération dépassant le montant justifié par les services rendus.

#### **Commentaire sur le principe directeur 8**

Cette disposition renforce les principes directeurs 5 et 7 en interdisant de réaliser des profits sur le prélèvement et la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes humains. Les autorités sanitaires doivent surveiller les tarifs demandés pour les transplantations afin de s'assurer qu'ils ne correspondent pas à des paiements déguisés pour les cellules, tissus ou organes eux-mêmes. Toutes les personnes et structures concernées doivent être tenues comptables de tous les paiements reçus pour des services de transplantation. Les médecins et autres praticiens qui ne savent pas si des honoraires sont justifiés doivent prendre l'avis d'une autorité de tutelle ou d'une autorité disciplinaire appropriée avant de demander ou de percevoir ces honoraires. Les tarifs demandés pour des services similaires peuvent servir de base de référence.

### **Principe directeur 9**

L'attribution des organes, cellules et tissus donnés doit être dictée par des critères cliniques et des normes éthiques et non pas par des considérations financières ou autres. Les règles d'attribution, définies par des comités constitués de manière appropriée, doivent être équitables, objectivement justifiées et transparentes.

#### **Commentaire sur le principe directeur 9**

Lorsque le niveau des dons ne permet pas de répondre à la demande clinique, les critères d'attribution doivent être définis au niveau national ou sous-régional par un comité comprenant des experts des spécialités médicales pertinentes, de la bioéthique et de la santé publique. Cette multidisciplinarité est importante pour assurer que l'attribution tienne compte non seulement des facteurs médicaux, mais aussi des valeurs communautaires et des règles éthiques en général. Les critères d'attribution des cellules, tissus et organes humains doivent être conformes aux droits de l'homme et, en particulier, ne pas être fondés sur le sexe, la race, la religion ou la situation économique du receveur.

Ce principe implique que le coût de la transplantation et du suivi, y compris celui du traitement immunodépresseur le cas échéant, soit abordable pour tous les patients concernés – ce qui veut dire qu'aucun receveur ne peut être exclu uniquement pour des raisons financières.

La notion de transparence ne concerne pas seulement le processus d'attribution, mais doit être au coeur de tous les aspects de la transplantation (comme on le voit dans le commentaire sur le principe directeur 11 ci-après).

## Principe directeur 10

La qualité, la sécurité et l'efficacité des procédures sont essentielles, aussi bien pour les donneurs que pour les receveurs. Les résultats à long terme du don et de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes doivent faire l'objet d'une évaluation, tant pour le donneur vivant que pour le receveur, afin de les informer sur les avantages et inconvénients.

La sécurité, la fonctionnalité et la qualité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation, en tant que produits sanitaires à caractère exceptionnel, doivent être maintenues en permanence à un niveau optimal. Cela suppose la mise en place de systèmes de contrôle de la qualité, de traçabilité et de vigilance, et la notification des effets et réactions indésirables, tant au plan national que pour les produits humains exportés.

### Commentaire sur le principe directeur 10

Pour optimiser le résultat des transplantations de cellules, tissus et organes humains, il est nécessaire de mettre en place un processus fondé sur des règles bien définies s'appliquant à la fois aux interventions cliniques et aux procédures *ex vivo*, depuis la sélection des donneurs jusqu'au suivi à long terme. Sous la supervision des autorités sanitaires nationales, les programmes de transplantation doivent surveiller à la fois les donneurs et les receveurs pour s'assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés, y compris des informations concernant l'équipe responsable de leur prise en charge.

Une évaluation de l'information concernant les risques et avantages à long terme est essentielle pour pouvoir recueillir le consentement des intéressés et mettre véritablement en balance l'intérêt du donneur et celui du receveur. Les avantages pour les deux parties doivent être supérieurs aux risques associés au don et à la transplantation. Les dons ne doivent pas être autorisés lorsque l'état clinique du receveur est sans espoir.

Les programmes de dons et de transplantation sont encouragés à participer aux registres nationaux et/ou internationaux de transplantation. Tous les manquements aux procédures admises qui sont susceptibles d'accroître les risques pour les receveurs ou les donneurs ainsi que toutes les conséquences indésirables des dons ou de la transplantation doivent être notifiés aux autorités sanitaires responsables et analysés par elles.

La transplantation de matériels humains ne nécessitant pas un traitement de conservation peut ne pas requérir un suivi actif à long terme, bien qu'une traçabilité doive être assurée pendant toute la durée de vie du donneur comme du receveur. Des systèmes de codage convenus au plan international permettant d'identifier les tissus et cellules utilisés pour des transplantations sont essentiels pour pouvoir assurer une pleine traçabilité.

## **Principe directeur 11**

L'organisation et l'exécution des activités de don et de transplantation ainsi que leurs résultats cliniques doivent être transparents et doivent pouvoir être contrôlés de près, tout en assurant en permanence la protection de l'anonymat et de la vie privée des donneurs comme des receveurs.

### **Commentaire sur le principe directeur 11**

La transparence consiste à faire en sorte que le public ait accès en permanence à des données détaillées et régulièrement actualisées sur le déroulement des activités de transplantation, en particulier les procédures d'attribution des greffons, et sur leurs résultats tant pour les receveurs que pour les donneurs vivants, ainsi qu'à des données sur l'organisation, les budgets et les financements. Cette transparence n'est pas incompatible avec le fait d'interdire au public l'accès à des informations pouvant permettre d'identifier des donneurs ou des receveurs tout en maintenant la traçabilité reconnue dans le principe 10. L'objectif du système doit être non seulement de faciliter au maximum l'accès aux données pour les études scientifiques et les contrôles gouvernementaux, mais aussi de mettre en évidence les risques et de trouver des parades afin de minimiser les dommages causés aux donneurs ou aux receveurs.

---

## ANNEXE 6

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

## Rapport du Secrétariat

[EB124/34 – 6 janvier 2009]

1. Les amendements qui ont été apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel sont soumis au Conseil exécutif pour confirmation conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel.<sup>2</sup>
2. Les amendements proposés au Statut du Personnel conformément à l'article 12.1<sup>2</sup> du Statut du Personnel sont soumis au Conseil exécutif, auquel il est demandé de recommander leur adoption à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.
3. Les amendements au Règlement du Personnel exposés dans la section I du présent document découlent des décisions devant être prises par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-troisième session, sur la base des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale dans son rapport annuel pour 2008.<sup>3</sup> Si l'Assemblée générale des Nations Unies n'approuve pas les recommandations de la Commission, il sera publié un addendum au présent document.
4. Les amendements au Règlement du Personnel et les amendements proposés au Statut du Personnel exposés dans la section II du présent document sont considérés comme nécessaires compte tenu de l'expérience et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines.
5. Les incidences financières des amendements sur l'exercice 2008-2009 représentent des dépenses supplémentaires négligeables au titre du budget ordinaire, qui seront couvertes par les allocations appropriées fixées pour chaque Région et pour les activités mondiales et interrégionales, et par des sources de fonds extrabudgétaires.
6. Les amendements au Règlement du Personnel figurent à [l'appendice 1, additifs 1 et 2], et les amendements proposés au Statut du Personnel à [l'appendice 2].

---

<sup>1</sup> Voir résolutions EB124.R14 et EB124.R15.

<sup>2</sup> OMS, Documents fondamentaux, 46<sup>e</sup> éd., Genève, 2007.

<sup>3</sup> *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-troisième session, Supplément N° 30 (A/63/30).*



**I. AMENDEMENTS CONSIDERES COMME NECESSAIRES COMPTE TENU DES DECISIONS DEVANT ETRE PRISES PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES A SA SOIXANTE-TROISIEME SESSION SUR LA BASE DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE INTERNATIONALE**

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

7. La Commission a recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'augmenter de 2,33 % le barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur en appliquant la méthode habituelle d'incorporation des points d'ajustement, laquelle consiste à accroître le traitement de base tout en réduisant proportionnellement les points d'ajustement (selon le principe « ni perte-ni gain »), à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

8. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la recommandation indiquée au paragraphe 7 ci-dessus, des amendements à l'appendice 1 du Règlement du Personnel ont été élaborés en conséquence et figurent dans [l'additif 1].

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

9. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la recommandation indiquée au paragraphe 7 ci-dessus, le Directeur général propose, conformément à l'article 3.1 du Statut du Personnel, que le Conseil exécutif recommande à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé une modification du traitement des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, le traitement brut des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux sera de US \$177 032 par an et le traitement net de US \$128 071 (avec personnes à charge) ou de US \$115 973 (sans personnes à charge).

10. Sur la base des ajustements de traitement susmentionnés, le traitement brut à autoriser par l'Assemblée de la Santé concernant le Directeur général adjoint, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, sera de US \$194 820 par an avec un traitement net correspondant de US \$139 633 (avec personnes à charge) ou de US \$125 663 (sans personnes à charge).

11. Les modifications de traitement susmentionnées entraîneront une semblable modification du traitement du Directeur général. Le traitement devant être autorisé par l'Assemblée de la Santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 sera par conséquent un traitement brut de US \$239 632 par an, soit un traitement net de US \$168 761 (avec personnes à charge) ou de US \$150 079 (sans personnes à charge).

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

12. La Commission a fait les recommandations suivantes à l'Assemblée générale des Nations Unies :

- a) pour l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Etats-Unis d'Amérique, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la Suède, la Suisse et dans la zone dollar des Etats-Unis d'Amérique en dehors des Etats-Unis, le niveau des dépenses maximales admissibles et l'allocation maximale pour frais d'études devraient être ajustés comme indiqué dans le tableau 1 de l'annexe II de son rapport pour 2008 ;

- b) pour l'Allemagne, le Danemark, la France (sous réserve du paragraphe f) ci-après), l'Irlande et le Japon, les dépenses maximales admissibles et l'allocation maximale pour frais d'études devraient être maintenues aux niveaux actuels indiqués dans le tableau 2 de l'annexe II de son rapport pour 2008 ;
- c) la zone séparée de la Finlande devrait être supprimée et les demandes d'allocation pour frais d'études concernant ce pays devraient être comprises dans la zone dollar des Etats-Unis d'Amérique en dehors des Etats-Unis ;
- d) des mesures spéciales devraient être maintenues pour la Chine, la Fédération de Russie et l'Indonésie ;
- e) des mesures spéciales devraient être mises en place pour la Bulgarie et la Hongrie, ce qui permettrait aux organisations de rembourser 75 % des dépenses réelles jusqu'à concurrence du niveau des dépenses maximales admissibles en vigueur pour la zone dollar des Etats-Unis à l'intérieur des Etats-Unis d'Amérique ;
- f) en plus de la liste des six établissements scolaires remplissant les conditions requises pour faire l'objet de mesures spéciales, un niveau séparé de dépenses maximales admissibles égal à celui qui est appliqué dans la zone dollar des Etats-Unis à l'intérieur des Etats-Unis d'Amérique devrait être fixé pour deux autres écoles en France : l'Ecole Active Bilingue Victor Hugo et l'Ecole Active Bilingue Jeannine Manuel ;
- g) les indemnités forfaitaires pour frais de pension prises en compte dans le cadre des dépenses scolaires maximales admissibles et les indemnités supplémentaires pour le remboursement des frais de pension en sus de l'allocation maximale pour frais d'études payable aux membres du personnel de certains lieux d'affectation devraient être révisées ainsi qu'il est indiqué dans le tableau 3 de l'annexe II du rapport de la Commission pour 2008 ;
- h) le montant de l'allocation spéciale pour frais d'études des enfants handicapés devrait être égal à 100 % du montant révisé des dépenses maximales admissibles relatives à l'allocation ordinaire ;
- i) toutes les mesures susmentionnées devraient être applicables à compter de l'année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

13. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant les recommandations indiquées au paragraphe 12 ci-dessus, des amendements à l'appendice 2 du Règlement du Personnel ont été élaborés en conséquence et figurent dans [l'additif 2].

## **II. AMENDEMENTS CONSIDERES COMME NECESSAIRES COMPTE TENU DE L'EXPERIENCE ET DANS L'INTERET D'UNE BONNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

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

14. **Définitions – enfant à charge.** L'article 310.5.2 a été amendé pour préciser que si le père et la mère sont tous deux membres du personnel d'organisations internationales appliquant le régime commun des traitements et indemnités, les enfants, dans le cas où ils sont reconnus comme personnes

à charge, sont considérés comme étant à la charge de celui des deux parents dont les gains professionnels bruts annuels représentent le montant le plus élevé.

15. Cet amendement vise à incorporer dans l'article 310.5.2 du Règlement du Personnel les principes de compensation adéquats appliqués dans le cadre du régime commun des Nations Unies.

16. **Augmentation à l'intérieur de la classe – incitation à l'étude des langues.** L'article 550.3 du Règlement du Personnel a été amendé pour préciser que les administrateurs recrutés sur le plan national peuvent bénéficier des avantages incitant à l'étude des langues.

17. **Voyages en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études.** L'article 825 du Règlement du Personnel a été amendé dans un souci de cohérence et d'égalité entre les membres du personnel ayant droit au paiement des frais de voyage en rapport avec l'allocation pour frais d'études et ceux qui ont droit au paiement des frais de voyage en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études.

#### **Amendements au Statut du Personnel**

18. Il est proposé de demander à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé d'amender l'article 4.2 du Statut du Personnel pour stipuler que la notion de qualités de travail, de compétence et d'intégrité s'applique aussi à la mutation de membres du personnel telle qu'elle est définie dans l'article 565.3 du Règlement du Personnel.

19. Dernièrement la jurisprudence du Tribunal administratif de l'OIT a remis en question le pouvoir de transférer ou de muter des membres du personnel sans promotion, quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation. Concrètement, l'article 4.3 du Statut du Personnel peut désormais être interprété comme restreignant ce pouvoir. Afin que l'Organisation puisse continuer à transférer ou muter des membres du personnel sans promotion quand cela est dans son intérêt, il est proposé d'amender l'article 4.3 du Statut du Personnel.

#### **MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF**

20. [Ce paragraphe contenait trois projets de résolutions qui ont été adoptés respectivement sous les cotes EB124.R14, EB124.R15 et EB124.R16 par le Conseil à sa douzième séance.]

## Appendice 1

**TEXTE DES ARTICLES AMENDES DU REGLEMENT DU PERSONNEL**

## 310. DEFINITIONS

310.5.2 tout enfant répondant à la définition donnée par le Directeur général et à l'entretien duquel le membre du personnel certifie qu'il pourvoit pour une part principale et de façon continue, à condition que cet enfant ait moins de 18 ans ou, s'il fréquente à plein temps un établissement scolaire ou universitaire, moins de 21 ans. Les restrictions relatives à l'âge et à la fréquentation d'un établissement scolaire ne sont pas applicables si l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale l'empêchant d'occuper un emploi substantiellement rémunéré soit de façon permanente, soit pour une période s'annonçant de longue durée ; si le père et la mère sont tous deux membres du personnel d'organisations internationales appliquant le régime commun des traitements et indemnités, les enfants, dans le cas où ils sont reconnus comme personnes à charge, sont considérés comme étant à la charge de celui des deux parents dont les gains professionnels bruts annuels représentent le montant le plus élevé ;

[Pas d'autres changements]

## 550. AUGMENTATION A L'INTERIEUR DE LA CLASSE

550.3 Les périodes unitaires de service prévues aux articles 550.2.1 et 550.2.2 seront ramenées à respectivement dix mois et vingt mois pour les membres du personnel ayant fait la preuve, en passant avec succès l'examen prescrit, de leur connaissance d'une deuxième langue officielle de l'Organisation. Les membres du personnel dont la langue maternelle est l'une des langues officielles de l'Organisation doivent faire la preuve de leur connaissance d'une deuxième langue officielle. Le présent article s'applique aux administrateurs recrutés sur le plan national et aux membres du personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur, à l'exception du personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée au titre de l'article 1320, à savoir les traducteurs, les éditeurs, les réviseurs et les interprètes.

[Pas d'autres changements]

## 825. VOYAGES EN RAPPORT AVEC L'ALLOCATION SPECIALE POUR FRAIS D'ETUDES

L'Organisation prend à son compte, conformément aux clauses et conditions fixées par le Directeur général, les frais de voyage de l'enfant à charge pour lequel le membre du personnel a droit à l'allocation spéciale pour frais d'études en vertu de l'article 355. Les dispositions du présent article s'appliquent aux membres du personnel de la catégorie professionnelle ou de rang supérieur dont le lieu d'affectation ne se trouve pas dans le pays de leur lieu de résidence reconnu ainsi qu'aux membres du personnel visés à l'article 1310.4 qui sont recrutés en dehors tant de la zone locale que du pays du lieu d'affectation. Elles ne s'appliquent pas aux autres membres du personnel visés aux articles 1310 et 1330.

[Pas d'autres changements]

## Additif I

## Appendice I au Règlement du Personnel

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

(avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2009)

Classe	Echelons															
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	
D-2	Brut	145 112	148 187	151 322	154 540	157 757	160 974	*								
	Net F	107 176	109 267	111 359	113 451	115 542	117 633									
	Net C	98 461	100 226	101 985	103 707	105 486	107 225	*								
P-6/D-1	Brut	132 609	135 310	138 006	140 707	143 409	146 107	148 809	151 578	154 402						
	Net F	98 674	100 511	102 344	104 181	106 018	107 853	109 690	111 526	113 361						
	Net C	91 206	92 802	94 394	95 982	97 568	99 150	100 725	102 300	103 870	*					
P-5	Brut	109 690	111 987	114 285	116 581	118 879	121 175	123 474	125 771	128 068	130 365	132 662	134 959	137 257		
	Net F	83 089	84 651	86 214	87 775	89 338	90 899	92 462	94 024	95 586	97 148	98 710	100 272	101 835		
	Net C	77 190	78 578	79 962	81 345	82 726	84 102	85 478	86 851	88 222	89 590	90 956	92 318	93 680	*	
P-4	Brut	89 982	92 075	94 168	96 261	98 356	100 475	102 694	104 909	107 126	109 340	111 559	113 774	115 991	118 209	120 426
	Net F	69 287	70 794	72 301	73 808	75 316	76 823	78 332	79 838	81 346	82 851	84 360	85 866	87 374	88 882	90 390
	Net C	64 521	65 894	67 266	68 634	70 002	71 369	72 735	74 098	75 460	76 822	78 181	79 540	80 898	82 254	83 609
P-3	Brut	73 546	75 483	77 424	79 358	81 299	83 235	85 172	87 113	89 050	90 988	92 928	94 863	96 803	98 739	100 716
	Net F	57 453	58 848	60 245	61 638	63 035	64 429	65 824	67 221	68 616	70 011	71 408	72 801	74 198	75 592	76 987
	Net C	53 629	54 912	56 198	57 480	58 765	60 046	61 328	62 614	63 895	65 178	66 457	67 737	69 014	70 294	71 573
P-2	Brut	59 908	61 643	63 375	65 110	66 843	68 575	70 310	72 039	73 775	75 510	77 242	78 978			
	Net F	47 634	48 883	50 130	51 379	52 627	53 874	55 123	56 368	57 618	58 867	60 114	61 364			
	Net C	44 679	45 812	46 941	48 073	49 202	50 334	51 484	52 630	53 782	54 930	56 076	57 227			
P-1	Brut	46 553	48 036	49 514	51 122	52 785	54 450	56 118	57 785	59 447	61 114					
	Net F	37 708	38 909	40 106	41 308	42 505	43 704	44 905	46 105	47 302	48 502					
	Net C	35 570	36 675	37 781	38 886	39 991	41 095	42 201	43 293	44 379	45 466					

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

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

## Additif 2

## Appendice 2 au Règlement du Personnel

**Allocations pour frais d'études applicables dans les cas où ces frais sont engagés dans certaines monnaies et certains pays**(année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2009)

<i>Pays/zone monétaire</i>	(1) <i>Maximum des frais d'études autorisés et allocation maximale pour enfants handicapés</i>	(2) <i>Allocation maximale pour frais d'études</i>	(3) <i>Indemnité forfaitaire versée si l'enfant n'est pas pensionnaire</i>	(4) <i>Indemnité forfaitaire supplémentaire pour frais de pension (fonctionnaires en poste dans certains lieux d'affectation)</i>	(5) <i>Allocation maximale pour les fonctionnaires en poste dans certains lieux d'affectation</i>	(6) <i>Maximum des frais d'études autorisés (uniquement dans le cas de l'indemnité forfaitaire versée si l'enfant n'est pas pensionnaire)</i>
<b>Partie A</b>						
<b>Euro</b>						
Allemagne	18 993	14 245	4 179	6 269	20 514	13 421
Autriche	16 719	12 539	3 709	5 564	18 103	11 773
Belgique	15 458	11 593	3 452	5 178	16 771	10 855
Espagne	15 139	11 354	3 153	4 730	16 094	10 935
Finlande (supprimé, voir dollar des Etats-Unis d'Amérique hors Etats-Unis d'Amérique)	-	-	-	-	-	-
France*	10 263	7 697	2 995	4 493	12 190	6 269
Irlande	17 045	12 784	2 945	4 417	17 452	12 896
Italie	18 936	14 202	3 128	4 692	18 894	14 765
Luxembourg	15 458	11 593	3 452	5 178	16 771	10 855
Monaco	10 263	7 697	2 995	4 493	12 190	6 269
Pays-Bas	16 521	12 391	3 844	5 766	18 157	11 396
Danemark (couronne danoise)	108 147	81 110	26 219	39 329	120 439	73 188
Japon (yen)	2 324 131	1 743 098	607 703	911 555	2 654 653	1 513 860
Norvège (supprimé, voir dollar des Etats-Unis d'Amérique hors Etats-Unis d'Amérique)	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni de Grande- Bretagne et d'Irlande du Nord (livre sterling)	22 674	17 005	3 488	5 232	22 237	18 076
Suède (couronne suédoise)	157 950	118 462	24 653	36 980	155 442	125 079
Suisse (franc suisse)	28 749	21 562	5 458	8 187	29 749	21 472
<b>Partie B</b>						
Dollar des Etats-Unis d'Amérique (hors Etats- Unis d'Amérique)**	19 311	14 484	3 655	5 483	19 967	14 439
<b>Partie C</b>						
Dollar des Etats-Unis d'Amérique (aux Etats-Unis d'Amérique) <sup>1</sup>	39 096	29 322	5 777	8 666	37 988	31 393

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

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

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

<sup>1</sup> Le dollar des Etats-Unis d'Amérique aux Etats-Unis d'Amérique s'applique également, en tant que mesure spéciale, à la Chine, à la Fédération de Russie et à l'Indonésie. A compter de l'année scolaire en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la mesure spéciale s'applique aussi à la Bulgarie et à la Hongrie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Appendice 2

## AMENDEMENTS PROPOSES AU STATUT DU PERSONNEL

Ancien texte	Nouveau texte
<p>4.</p> <p>...</p> <p>4.2 La considération dominante dans la nomination, le transfert ou la promotion des membres du personnel doit être d'assurer à l'Organisation les services de personnes qui possèdent les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité. L'importance d'un recrutement effectué sur une base géographique aussi large que possible sera dûment prise en considération.</p>	<p>4.</p> <p>...</p> <p>4.2 La considération dominante dans la nomination, le transfert, la <b>mutation</b> ou la promotion des membres du personnel doit être d'assurer à l'Organisation les services de personnes qui possèdent les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité. L'importance d'un recrutement effectué sur une base géographique aussi large que possible sera dûment prise en considération.</p> <p>[Pas d'autres changements]</p>
<p>4.3 Les membres du personnel seront choisis sans distinction de race, de croyance ou de sexe. Dans la mesure du possible, le recrutement se fera par voie de concours.</p>	<p>4.3 Les membres du personnel seront choisis sans distinction de race, de croyance ou de sexe. Dans la mesure du possible, le recrutement se fera par voie de concours ; <b>toutefois, la présente disposition ne s'applique pas dans le cas d'un poste pourvu par transfert ou par mutation d'un membre du personnel sans promotion quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation.</b></p> <p>[Pas d'autres changements]</p>



## ANNEXE 7

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

**1. Résolution EB124.R4** Gravité de la situation sanitaire provoquée par les opérations militaires israéliennes dans le territoire palestinien occupé, en particulier la Bande de Gaza occupée

### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

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

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

5.2 Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.

5.3 Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour l'évaluation des besoins et pour la planification et la mise en oeuvre des interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.

5.6 Etablissement d'une communication, de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements, les organisations non gouvernementales locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.

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

Lien avec les indicateurs 5.2.1, 5.3.2, 5.6.1 et 5.6.2.

### 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 \$13,5 millions pour la phase d'action aiguë
- US \$22 millions pour la phase de relèvement et de reconstruction
- US \$2 millions pour la mise en oeuvre du module santé.

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

- US \$18 millions pour l'exercice 2008-2009.

Les dépenses seront encourues avant tout par le Bureau de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, mais aussi par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et par le Siège.

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

- US \$900 000 dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009. Le reste devra être ajouté au programme à mesure que les ressources provenant d'appels spéciaux deviendront disponibles.

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

Par un appel éclair pour la Bande de Gaza, l'Appel commun révisé en faveur du territoire palestinien occupé de 2009 et la contribution du Département de l'Aide humanitaire de la Commission européenne visant à renforcer les activités de l'OMS en situation d'urgence.

**4. Incidences administratives**

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

Siège, Bureau régional de la Méditerranée orientale et Bureau de l'OMS pour le territoire palestinien occupé à Jérusalem.

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

- Un coordonnateur spécialement affecté au module santé de la catégorie professionnelle pendant deux ans (US \$156 000)
- Un adjoint du coordonnateur spécialement affecté au module santé de la catégorie professionnelle pendant deux ans (US \$376 000)
- Equipe d'évaluation et d'action déployée pendant trois mois (US \$200 000).

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

- Mission spéciale (deux semaines)
- Coordonnateur du module santé (deux ans)
- Opération de secours (trois mois)
- Relèvement et reconstruction (deux ans).

**1. Résolution EB124.R5 Changement climatique et santé**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

8.1 Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de recommandations fondées sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées) ; fourniture d'un appui technique pour la mise en oeuvre des accords internationaux en matière d'environnement et pour le suivi des progrès et de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

8.3 Fourniture d'une assistance technique et d'un soutien aux Etats Membres pour renforcer l'élaboration de politiques de santé au travail et de salubrité de l'environnement, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance.

8.5 Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en traitant les effets émergents et réémergents du développement sur la salubrité de l'environnement, le changement climatique et les modes de consommation et de production, et en réagissant à l'évolution des technologies.

(Pour l'exercice 2010-2011, toutes les activités s'inscriront dans le cadre du nouveau résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 8.6, qui est plus particulièrement axé sur le changement climatique et la santé.)

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

Le renforcement du travail sur la protection de la santé contre le changement climatique correspond aux résultats escomptés pour l'objectif stratégique 8, et les principaux éléments du nouveau plan de travail de l'OMS sont représentés par les indicateurs et les cibles des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 8.1, 8.3 et 8.5 pour l'exercice 2008-2009. Les activités énumérées dans le plan de travail serviront à définir les indicateurs ainsi que les cibles et bases associées au nouveau résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 8.6 sur le changement climatique et la santé pour l'exercice 2010-2011.

### 3. Incidences financières

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

La résolution n'est pas limitée dans le temps. Les coûts ont été estimés pour le présent exercice et l'exercice 2010-2011.

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

Le coût estimatif pour le présent exercice est de US \$6,4 millions. Pour le personnel, le coût est estimé à US \$3,4 millions, dont US \$1,5 million au Siège et US \$1,9 million répartis dans les six bureaux régionaux. Pour les activités, le coût est estimé à US \$3 millions, dont US \$1 million au Siège et US \$2 millions dans les bureaux régionaux.

(Pour l'exercice 2010-2011, les coûts sont estimés à US \$22,2 millions. Pour le personnel, le coût est estimé à US \$12 millions, dont US \$6,3 millions au Siège et US \$5,7 millions répartis dans les six bureaux régionaux. Pour les activités, le coût est estimé à US \$10,2 millions, dont US \$4,2 millions au Siège et US \$6 millions dans les bureaux régionaux.)

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

Le coût total estimé pour le présent exercice peut être inclus dans le budget programme 2008-2009, qui a été prévu pour prendre en compte l'inquiétude croissante quant aux effets du changement climatique sur la santé.

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

Sans objet.

#### 4. Incidences administratives

**a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées (en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**

Le plan de travail mondial concernera l'ensemble de l'Organisation, avec des activités aux niveaux mondial, régional et à celui des pays. Le Siège s'attachera à fixer des normes, à donner des orientations et à coordonner et soutenir la mise en oeuvre des activités.

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

A partir du début de 2009, nous estimons qu'il faudra quatre personnels supplémentaires (équivalents plein temps) au Siège (le profil de compétences recherché couvre le développement politique et technique dans les domaines du changement climatique et de la santé). Chaque bureau régional devrait disposer d'un responsable de projet à plein temps, chargé d'intégrer le changement climatique dans les programmes opérationnels ; il faudra pour cela quatre personnels supplémentaires (équivalents plein temps). Le profil de compétences requis couvre la gestion de projet et la salubrité de l'environnement.

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

Exercice actuel.

**1. Résolution EB124.R6 Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

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.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

- 7.1 Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les Etats Membres et d'autres partenaires.
- 7.2 Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international, afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.
- 7.3 Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).

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

La mise en oeuvre de la résolution contribuera grandement à la capacité de l'Organisation à intégrer les travaux sur les déterminants sociaux de la santé dans ses programmes et à aider les Etats Membres à améliorer les capacités nationales en vue d'évaluer les inégalités en matière de santé et de mettre en oeuvre des politiques intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé.

**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 \$29 850 000 sur les années 2009, 2010 et 2011.

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

US \$9 760 000 couvrant les travaux au niveau du Siège afin d'élargir les activités existantes, et les travaux dans les bureaux régionaux afin de renforcer les capacités et de faciliter les efforts régionaux, conformément à la résolution.

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

Toutes les activités pour l'exercice 2008-2009 peuvent être incluses dans le budget programme 2008-2009.

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

Sans objet.

#### 4. Incidences administratives

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

Tous les niveaux de l'Organisation.

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

3,5 membres du personnel (équivalents plein temps) dans les six bureaux régionaux afin de renforcer la capacité des Régions à travailler avec les pays, conformément à la résolution.

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

Trois ans (2009-2011), un rapport sur les progrès accomplis devant être présenté à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 2012, conformément à la résolution.

#### 1. Résolution EB124.R7 Maladie de Chagas : lutte et élimination

#### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

1.3 Bonne coordination et fourniture d'un appui aux Etats Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.

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

La résolution vise à renforcer les activités liées aux indicateurs suivants :

- système d'information et de surveillance concernant la distribution épidémiologique de la maladie de Chagas
- stratégie renforcée et renouvelée en vue de l'élimination de la maladie de Chagas.

#### 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)**

Au maximum US \$2 millions par an, à savoir :

<ul style="list-style-type: none"> <li>• un membre du personnel de la catégorie professionnelle pendant cinq ans (US \$188 000 par an)</li> <li>• distribution de médicaments pendant cinq ans (US \$300 000 par an)</li> <li>• frais afférents à la documentation, y compris lignes directrices et diffusion, pendant cinq ans (US \$100 000 par an)</li> <li>• appui technique aux Régions et aux pays pendant cinq ans (US \$1,4 million par an).</li> </ul> <p><b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution de médicaments (US \$350 000)</li> <li>• Frais afférents à la documentation, y compris lignes directrices et diffusion (US \$150 000)</li> <li>• Appui technique aux Régions et aux pays (US \$500 000)</li> </ul> <p><b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?</b> Il s'agit d'une nouvelle initiative dont les activités planifiées n'ont pas été prévues au budget dans le plan de travail initial.</p> <p><b>d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)</b> Par un accord avec une firme pharmaceutique (qui devrait être conclu en temps utile).</p>
<p><b>4. Incidences administratives</b></p> <p><b>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)</b> Siège en collaboration avec les bureaux régionaux et de pays.</p> <p><b>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)</b> Pas de besoins supplémentaires en personnel au-delà de ce qui est prévu pour l'exercice 2008-2009.</p> <p><b>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)</b> Soixante mois environ.</p>

<b>1. Résolution EB124.R8</b> Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
Objectifs stratégiques :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
Objectifs stratégiques 1 à 11 (tous les objectifs techniques)	Tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le cadre des objectifs stratégiques 1 à 11
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
<p>Cette résolution appelle un large réexamen des priorités programmatiques de l'OMS afin de s'assurer que l'Organisation a pris les dispositions voulues pour soutenir les Etats Membres dans leurs efforts visant à renforcer leurs systèmes de santé selon les principes des soins de santé primaires. Il est probable qu'il y ait des incidences sur les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et les indicateurs dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, à présenter aux organes directeurs pour examen en temps opportun.</p>	

### 3. Incidences financières

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

Bien que la portée de la résolution soit à long terme, les incidences en termes de coût envisagées ici ne portent que sur la période 2008-2013 ; les éventuels coûts futurs seront présentés aux Etats Membres pour examen en temps voulu. Compte tenu de la nature globale des principes des soins de santé primaires, les coûts induits par la mise en oeuvre de la résolution par l'OMS seront essentiellement pris en compte moyennant une révision sans augmentation des coûts des plans d'activités relevant de chaque objectif stratégique, les alignant sur les orientations politiques données par la résolution.

Toutefois, des financements spécifiques doivent être alloués pour i) la coordination de l'alignement institutionnel et le renforcement des capacités, ii) les activités et les initiatives stratégiques transversales (telles que les examens des politiques de soins de santé primaires, les consultations, et le suivi des progrès accomplis pour revitaliser les soins de santé primaires et iii) l'intensification du soutien aux pays et des échanges entre ceux-ci.

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

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

US \$1,8 million (voir note ci-dessus).

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

50 % ou US \$900 000.

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

Le montant supplémentaire devra être mobilisé sous forme de contributions volontaires ; les premières consultations avec les sources de financement ont déjà commencé et les perspectives sont encourageantes.

### 4. Incidences administratives

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

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés.

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

Dans la mesure du possible, des détachements (soutenus par les Etats Membres) sont utilisés pour une partie du travail supplémentaire. Les besoins éventuels en personnel de l'OMS supplémentaire en 2010 et au-delà seront réexaminés au cours de 2009.

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

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

**1. Résolution EB124.R9 Médecine traditionnelle**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

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

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

11.1 Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.

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

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

Les indicateurs utilisés dans la stratégie de l'OMS relative à la médecine traditionnelle sont le nombre des Etats Membres dotés i) d'une politique nationale de médecine traditionnelle ; ii) d'une réglementation applicable aux médicaments à base de plantes ; et iii) d'instituts nationaux de recherche en médecine traditionnelle.

**3. Incidences financières**

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

La résolution exige des efforts soutenus dans un large éventail d'activités. A des fins budgétaires pratiques, toutefois, les coûts liés au personnel et aux activités requis pour la mise en oeuvre de la résolution sont estimés pour la période 2009-2013 : ils s'élèvent au total à US \$23 millions (US \$5 millions en 2008-2009, US \$8 millions en 2010-2011 et US \$10 millions en 2012-2013).

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

US \$5 millions au total en 2009. Ce montant se décompose comme suit :

Siège : US \$3 millions (activités et dotation en personnel comprises).

Dans les Régions, les bureaux régionaux ne disposent pas, pour la plupart, d'un budget à l'appui des activités menées dans le domaine de la médecine traditionnelle. Les coûts dans les bureaux régionaux s'établissent comme suit : Bureau régional de l'Afrique, US \$600 000 ; Bureau régional des Amériques, US \$300 000 ; Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, US \$200 000 ; Bureau régional de l'Europe, US \$300 000 ; Bureau régional de la Méditerranée orientale, US \$300 000 ; et Bureau régional du Pacifique occidental, US \$300 000.



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

Un montant de US \$4 millions peut être absorbé par le budget programme 2008-2009. Un montant supplémentaire de US \$1 million sera par conséquent nécessaire pour compléter la mise en oeuvre des activités citées dans le projet de résolution.

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

Contributions volontaires des Etats Membres ; donateurs bilatéraux ; fondations privées ; autorités locales à l'intérieur des Etats Membres ; autres institutions, programmes et fondations des Nations Unies ; organisations non gouvernementales ; associations professionnelles ; et centres collaborateurs de l'OMS.

**4. Incidences administratives**

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

Le travail sera effectué au Siège, dans tous les bureaux régionaux et dans certains bureaux de pays.

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

On observe actuellement un grave déficit de personnel à tous les niveaux pour l'exécution des activités requises. La mise en oeuvre de la résolution sur cinq ans exigera des personnels de la catégorie professionnelle supplémentaires dans une équipe de base au Siège et dans les bureaux régionaux, ainsi que des personnels de la catégorie des services généraux au Siège.

Au Siège : trois membres du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps pour un montant de US \$900 000 et deux membres du personnel de la catégorie des services généraux à plein temps pour un montant de US \$300 000 sont nécessaires chaque année pendant la mise en oeuvre.

Dans les bureaux régionaux : trois membres du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps pour un montant de US \$900 000 et trois membres du personnel de la catégorie des services généraux à plein temps pour un montant de US \$500 000 sont requis chaque année pendant la mise en oeuvre.

Dans certains bureaux de pays : trois membres du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps sont nécessaires pour un montant de US \$600 000 par an.

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

Cinq ans (2009-2013).

**1. Résolution EB124.R10 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

13.2 Pratiques financières saines et, par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources afin qu'elles correspondent aux budgets programmes.

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

Elaboration et mise en oeuvre des normes comptables internationales du secteur public, formation et diffusion comprises.

**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)**

- Un montant de US \$500 000 pour le présent exercice afin d'adapter le Système mondial de gestion aux Règles de Gestion financière et au Règlement financier qui ont été mis en conformité avec les normes comptables internationales du secteur public. D'autres coûts portent sur l'établissement de nouvelles politiques et procédures et sur la révision du manuel financier existant. Les dépenses courantes, générées surtout par la formation, peuvent s'élever à quelque US \$200 000 par exercice.

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

- Un montant de US \$500 000, supporté par le Siège, essentiellement pour la rémunération du personnel. Les bureaux régionaux pourraient être confrontés à certaines dépenses pour se mettre en conformité avec les amendements aux Règles de Gestion financière et au Règlement financier.

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

- Les ressources existantes seront utilisées pour les activités planifiées.

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

- En matière de formation, les dépenses supplémentaires estimées à US \$200 000 par exercice, pourraient être imputées sur le fonds OMS pour la formation.

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

- L'adaptation du Système mondial de gestion et la modification des politiques, procédures et manuels existants seront réalisés au Siège. Une formation dans les Régions pourrait s'avérer nécessaire.

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

- Aucun.

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

- La préparation à l'application des amendements apportés aux Règles de Gestion financière et au Règlement financier sera achevée d'ici à la fin de 2009 ; une formation sera mise en place juste après.

## 1. Résolution EB124.R11 Relations avec les organisations non gouvernementales<sup>1</sup>

### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

*International Medical Corps*

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.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

5.2 Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.

5.3 Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour l'évaluation des besoins et pour la planification et la mise en oeuvre des interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.

5.6 Etablissement d'une communication, de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements, les organisations non gouvernementales locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.

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

Les liens avec les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont les suivants : au point 5.2, les activités dans le domaine des interventions et des opérations dans les situations d'urgence, à savoir un appui efficace pour la gestion des crises ; au point 5.3, les activités dans le domaine du relèvement et de la transition, à savoir un appui aux travaux du module sectoriel Santé ;<sup>2</sup> et au point 5.6, les activités destinées à renforcer les partenariats interorganisations pour la santé.

### 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)

Néant.

<sup>1</sup> Conformément aux Principes régissant les relations entre l'OMS et les organisations non gouvernementales (adoptés par la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA40.25) et, notamment, sur la base d'un plan triennal de collaboration fondé sur des objectifs convenus mutuellement, le Conseil exécutif peut décider, selon le cas, d'admettre une organisation non gouvernementale à des relations officielles avec l'OMS, et de maintenir ou d'interrompre les relations existantes. Le document EB124/25 contient un projet de résolution incluant ces décisions. Les coûts généraux liés à l'application des Principes, y compris la notification aux organisations non gouvernementales de l'interruption des relations avec elles, sont incorporés dans l'objectif stratégique 12 du plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Les coûts de la collaboration, le cas échéant, sont toutefois supportés par le département technique avec lequel les plans ont été convenus. Le présent rapport fait par conséquent référence à l'objectif stratégique correspondant à chaque organisation non gouvernementale qui sera admise à des relations officielles avec l'OMS si le Conseil exécutif adopte la résolution dont le texte figure dans le document EB124/25. Les plans relatifs à la collaboration sont inclus dans le document à distribution restreinte EB124/NGO/1.

<sup>2</sup> Le Comité permanent interorganisations a été créé en juin 1992 en application de la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations Unies. Le Comité permanent a contribué à l'organisation d'une approche sectorielle destinée à améliorer l'efficacité des interventions humanitaires. L'OMS est l'organisation chargée de diriger le module sectoriel Santé, l'un des 11 modules sectoriels dont l'action est axée sur la réalisation d'objectifs communs.

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)**  
Sans objet.
- c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes pour l'exercice 2008-2009 ?**  
Sans objet.
- d) Pour le montant qui ne pourra pas être inclus dans les activités programmées existantes, comment les coûts supplémentaires seront-ils financés ? (Indiquer les sources possibles de fonds)**  
Sans objet.

#### 4. Incidences administratives

- a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)**  
Au Siège et dans les bureaux régionaux, et dans les pays et les zones touchés par une crise ou une catastrophe.
- b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)**  
Sans objet.
- c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)**  
Trois années pour la mise en oeuvre, à la suite de quoi le Conseil exécutif évaluera les relations, conformément à la résolution WHA40.25.

### 1. Résolution EB124.R12 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé

#### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.

10.6 Renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires dans le contexte de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile.

A la suite de la demande présentée par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA60.15, la stratégie a pour objectif fondamental d'améliorer la gestion et l'organisation des activités de recherche de l'OMS. Elle est donc liée à tous les autres objectifs stratégiques sauf l'objectif 12 qui facilite les efforts de l'OMS pour atteindre tous les autres objectifs stratégiques.

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

La résolution s'inscrit totalement dans la suite logique des résultats escomptés et des cinq indicateurs qui leur sont associés. La mise en oeuvre de la stratégie devrait contribuer à atteindre les cibles articulées dans les résultats escomptés. Les bases resteront en grande partie les mêmes.

**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 \$39 millions seront nécessaires pour la période de 10 ans prévue par la résolution.

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

US \$3 millions (US \$1,4 million pour le personnel, US \$1,6 million pour les activités), principalement au Siège, mais les activités s'étendront à tous les bureaux régionaux en commençant par ceux de l'Afrique et des Amériques, des stratégies/politiques de recherche régionales étant déjà en cours de mise au point ou d'examen dans ces Régions. Sur le montant de US \$1,6 million nécessaire pour les activités, on estime à 60 % la part qui sera dépensée dans les Régions et les pays.

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

Sur les dépenses proposées pour le reste de l'exercice en cours, un montant d'environ US \$1,5 million peut être absorbé dans le cadre des activités programmées existantes. Il faudra donc un montant supplémentaire de US \$1,5 million.

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

Les ressources seront obtenues grâce à un effort de mobilisation ciblé. Des fonds ont été obtenus pour la phase de mise au point de la stratégie (Fondation Bill et Melinda Gates et Wellcome Trust).

**4. Incidences administratives**

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

La stratégie sera appliquée à tous les niveaux de l'Organisation. Il est important de noter que les bureaux régionaux joueront un rôle central pour l'application des stratégies de recherche régionales qui seront mises au point en suivant le cadre directeur de la stratégie mondiale, compte tenu des besoins des pays par l'incorporation dans des stratégies de coopération avec les pays. Le Siège devra jouer ce rôle en relation avec les activités de recherche basées au Siège ; c'est également lui qui fixera les normes, assurera l'orientation, convoquera les bailleurs de fonds et obtiendra les informations nécessaires sur l'application au niveau régional, et c'est lui qui appuiera la mise en oeuvre de certaines activités dans les Régions et les pays.

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

Quatre équivalents plein temps supplémentaires seront nécessaires au Siège (trois de la catégorie professionnelle et un de la catégorie des services généraux). Les compétences nécessaires couvrent les systèmes de recherche en santé, la technologie de l'information/gestion des données et les communications. Chaque bureau régional devra être renforcé par un équivalent plein temps supplémentaire (de la catégorie professionnelle) qui contribuera à la mise au point des stratégies régionales et à leur application, et intensifiera la collaboration avec les bureaux de pays pour appuyer les Etats Membres dans la mise en oeuvre de la stratégie.

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

La stratégie sera mise en oeuvre par phases successives sur une période de 10 ans. Les deux premières années de la stratégie seront consacrées à la mise en place de dispositifs de gouvernance et de coordination au Siège sur la base des activités définies, alors que les consultations avec les bureaux régionaux se poursuivront. La mise en oeuvre au Siège commencera en 2009 ; elle débutera dans les Régions fin 2009 ou en 2010 en commençant par la Région africaine et celle des Amériques. Dans les quatre dernières Régions, elle interviendra après 2010. Sur la période de 10 ans, il est également prévu de procéder à des examens de suivi périodiques et de présenter des rapports de situation sur une base biennale, ainsi que d'organiser une consultation de haut niveau tous les quatre ans pour définir les priorités mondiales de la recherche.

**1. Résolution EB124.R13 Transplantation d'organes et de tissus humains****2. Lien avec le budget programme**

Objectifs stratégiques :

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.

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

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

7.4 Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et mondial.

11.1 Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.

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

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

Avec l'approbation des Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, il est reconnu dans la résolution que les cellules, tissus et organes humains sont des produits médicaux de nature exceptionnelle ; elle prescrit donc à titre réglementaire une surveillance destinée à garantir la sécurité, l'efficacité et le caractère éthique du don et de la transplantation et est en harmonie avec les résultats escomptés. Les indicateurs existants, qui rendent déjà compte en partie de ces travaux, seront complétés par des indicateurs supplémentaires concernant certaines autorités nationales de réglementation ainsi que la vigilance et la surveillance, le cas échéant.

**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 \$4,8 millions sont nécessaires pour les quatre prochaines années. Sur ce total, la moitié (US \$2,6 millions) est requise au Siège pour la planification mondiale, l'orientation normative et politique ainsi que la coordination entre les parties prenantes ; les US \$2,2 millions restants viendront appuyer des activités aux niveaux national et régional.

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

Le coût total est estimé à US \$1 950 000, dont US \$300 000 seront engagés dans les Régions.

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

En plus des ressources existantes, US \$220 000 seront nécessaires pour mettre sur pied un réseau mondial d'autorités sanitaires associées aux activités de vigilance et de surveillance des risques que comportent, du point de vue de l'éthique et de la sécurité, le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes.

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

Des mesures actives de mobilisation de ressources devraient permettre de trouver des fonds supplémentaires provenant de contributions volontaires.

#### 4. Incidences administratives

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

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés.

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

Au Siège, il faudra l'équivalent d'un membre du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps pour les six derniers mois de 2009 et pour les deux exercices suivants afin de créer et maintenir un réseau collaborateur mondial d'autorités nationales de réglementation chargées de la surveillance de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes.

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

En 2013, un rapport de situation sera présenté à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

#### 1. Résolution EB124.R14 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel

##### 2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

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

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

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

**3. Incidences 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)**

Coût estimatif annuel total de US \$1 413 457 se subdivisant comme suit : allocation pour frais d'études, US \$213 750 ; indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail, US \$434 707 ; allocation pour enfants à charge et personnes indirectement à charge, US \$675 000 ; et prime de risque, US \$90 000.

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

La mise en oeuvre intervenant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, les coûts concernent l'exercice 2008-2009.

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

Tous les coûts peuvent être inclus dans ces activités.

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

Sans objet.

**4. Incidences administratives**

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

Tous les niveaux de l'Organisation seront concernés.

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

Les amendements n'entraînent pas de besoins supplémentaires en personnel.

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

La mise en oeuvre interviendra à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009.