



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT TRENTIÈME SESSION
GENÈVE, 16-23 JANVIER 2012

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES

GENÈVE
2012

ABRÉVIATIONS

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

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

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

AVANT-PROPOS

Le Conseil exécutif a tenu sa cent trentième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 16 au 23 janvier 2012. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les résolutions et décisions et les annexes s’y rapportant. Les procès-verbaux des débats du Conseil et la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs sont publiés dans le document EB130/2012/REC/2.

TABLE DES MATIÈRES

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

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

EB130.R1	Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale	1
EB130.R2	Remerciements au Directeur régional sortant pour la Méditerranée orientale....	1
EB130.R3	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant ...	2
EB130.R4	Proposition pour le poste de Directeur général	4
EB130.R5	Projet de contrat du Directeur général.....	4
EB130.R6	Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif.....	5
EB130.R7	Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles	9
EB130.R8	Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays...	13
EB130.R9	Élimination de la schistosomiase.....	17
EB130.R10	Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	19
EB130.R11	Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé	21
EB130.R12	Semaine mondiale de la vaccination	24
EB130.R13	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetement étiquetés/falsifiés/contrefaits	26

TABLE DES MATIÈRES

EB130.R14	Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires.....	30
EB130.R15	Amendements au Règlement du Personnel	34
EB130.R16	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général	35
EB130.R17	Relations avec les organisations non gouvernementales	36
Décisions		
EB130(1)	Mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables	37
EB130(2)	La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif	37
EB130(3)	Rassemblements mondiaux de masse : répercussions et opportunités pour la sécurité sanitaire mondiale.....	41
EB130(4)	Vers l'éradication de la rougeole.....	42
EB130(5)	Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)	42
EB130(6)	Réforme de l'OMS (programmes et définition des priorités).....	43
EB130(7)	Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport du groupe de travail.....	45
EB130(8)	Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS.....	45
EB130(9)	Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha.....	46
EB130(10)	Attribution du Prix de la Fondation Ihsan Doğramaci pour la Santé de la Famille	46
EB130(11)	Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé	46
EB130(12)	Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé	47
EB130(13)	Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé	47
EB130(14)	Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique.....	47
EB130(15)	Composition du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance...	47

EB130(16)	Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.....	48
EB130(17)	Date et lieu de la cent trente et unième session du Conseil exécutif.....	48

ANNEXES

1.	Projet de contrat du Directeur général	51
2.	Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.....	53
3.	Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé	67
4.	Confirmation d'amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel	76
5.	Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l'OMS en application de la résolution EB130.R17 et de la décision EB130(8).....	81
6.	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et les décisions proposées par le Conseil exécutif pour adoption.....	83

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
3. Désignation du Directeur général
 - 3.1 Désignation pour le poste
 - 3.2 Projet de contrat
4. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
5. Réforme de l'OMS
6. Questions techniques et sanitaires
 - 6.1 Lutte contre les maladies non transmissibles
 - Résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles
 - Mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et du plan d'action
 - Mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et de la déficience visuelle
 - 6.2 Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays
 - 6.3 Nutrition
 - La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
 - La nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement
 - 6.4 Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (16 janvier 2012).

- 6.5 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - Progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - Objectifs sanitaires mondiaux après 2015
 - Mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant
- 6.6 Déterminants sociaux de la santé : résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro, Brésil, octobre 2011)
- 6.7 Application du Règlement sanitaire international (2005)
- 6.8 Rassemblements mondiaux de masse : répercussions et opportunités pour la sécurité sanitaire mondiale
- 6.9 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages : rapport sur les travaux du Groupe consultatif
- 6.10 Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
- 6.11 Élimination de la schistosomiase
- 6.12 Projet de plan d'action mondial pour les vaccins : mise à jour
- 6.13 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits : rapport du groupe de travail des États Membres
- 6.14 Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
- 6.15 Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires
- 6.16 Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)
- 7. Questions financières
 - 7.1 [supprimé]
- 8. Questions relatives au personnel
 - 8.1 Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale
 - 8.2 Ressources humaines : rapport annuel
 - 8.3 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale

ORDRE DU JOUR

- 8.4 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
 - 8.5 Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
 - 9. Questions administratives
 - 9.1 Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport du groupe de travail
 - 9.2 Composition du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance
 - 9.3 Rapports des comités du Conseil exécutif
 - Comité permanent des Organisations non gouvernementales
 - Fondations et distinctions
 - 9.4 Ordre du jour provisoire de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent trente et unième session du Conseil exécutif
 - 10. Questions soumises pour information
 - 10.1 Rapports des organes consultatifs
- Comités d'experts et groupes d'étude
- 10.2 Rapports de situation
 - Systemes de santé et recherche
 - A. Renforcement des systèmes de santé (résolutions WHA64.9, WHA64.8, WHA63.27, WHA62.12 et WHA60.27)
 - B. Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé (résolution WHA63.21)
 - C. Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (résolution WHA61.21)
 - Éradication de la maladie, prévention et lutte
 - D. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1)
 - E. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16)
 - F. Maladie de Chagas : lutte et élimination (résolution WHA63.20)

- G. Hépatite virale (résolution WHA63.18)
- H. Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte (résolution WHA62.15)
- I. Choléra : dispositif de lutte et de prévention (résolution WHA64.15)
- J. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2)
- K. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 (résolution WHA64.14)
- L. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA59.19)

Autres

- M. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)
- N. Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments (résolution WHA63.3)
- O. Changement climatique et santé (résolutions EB124.R5 et WHA61.19)
- P. Partenariats (résolution WHA63.10)

11. Clôture de la session

LISTE DES DOCUMENTS

EB130/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB130/1 Add.1	Proposition d'inscription d'un point supplémentaire à l'ordre du jour
EB130/1 (annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB130/2	Rapport du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent trentième session
EB130/3	Désignation du Directeur général : projet de contrat ²
EB130/4	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB130/5	Réforme de l'OMS
EB130/5 Add.1	Réforme de l'OMS – Programmes et définition des priorités
EB130/5 Add.2	Réforme de l'OMS – Programmes et définition des priorités : informations sommaires sur la répartition des ressources humaines et financières entre les différents niveaux et Groupes
EB130/5 Add.3	Réforme de l'OMS – Gouvernance
EB130/5 Add.4	Réforme de l'OMS – Gouvernance : promouvoir l'engagement auprès d'autres parties prenantes, la participation à des partenariats et leur surveillance
EB130/5 Add.5	Réforme de l'OMS – Réformes gestionnaires : rendre le financement de l'OMS plus prévisible
EB130/5 Add.6	Réforme de l'OMS – Réformes gestionnaires : fonds de réserve pour les flambées épidémiques
EB130/5 Add.7	Réforme de l'OMS – Réformes gestionnaires : clarification des propositions visant à renforcer l'efficacité organisationnelle
EB130/5 Add.8	Réforme de l'OMS – Politique d'évaluation de l'OMS
EB130/5 Add.9	Réforme de l'OMS – Réformes gestionnaires : évaluation

¹ Voir p. ix.

² Voir l'annexe 1.

- EB130/6 Lutte contre les maladies non transmissibles – Résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles¹
- EB130/7 Lutte contre les maladies non transmissibles – Mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et du plan d'action
- EB130/8 Mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
- EB130/9 Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays
- EB130/10 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif
- EB130/11 La nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement
- EB130/12 Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes
- EB130/13 Progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015
- EB130/14 Mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant
- EB130/15 Déterminants sociaux de la santé : résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro, Brésil, octobre 2011)²
- EB130/16 Application du Règlement sanitaire international (2005)
- EB130/17 Rassemblements mondiaux de masse : répercussions et opportunités pour la sécurité sanitaire mondiale
- EB130/18 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages – Rapport sur les travaux du Groupe consultatif

¹ Voir l'annexe 2.

² Voir l'annexe 3.

LISTE DES DOCUMENTS

EB130/19	Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
EB130/19 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB130/20	Élimination de la schistosomiase
EB130/20 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB130/21	Projet de plan d'action mondial pour les vaccins : mise à jour
EB130/22	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits : rapport du groupe de travail des États Membres
EB130/22 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB130/23	Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
EB130/24	Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires
EB130/25	Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale
EB130/26 et Add.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB130/27	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB130/28	Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ²
EB130/28 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB130/29 Corr.1	Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport du groupe de travail

¹ Voir l'annexe 6.

² Voir l'annexe 4.

EB130/30	Composition du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance
EB130/31	Rapports des comités du Conseil exécutif : rapports du Comité permanent des Organisations non gouvernementales ¹
EB130/32	Distinctions
EB130/33	Ordre du jour provisoire de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé
EB130/34	Rapport sur les réunions de comités d'experts et de groupes d'étude
EB130/34 Add.1	Rapport des organes consultatifs : comités d'experts et groupes d'étude – Tableaux et comités d'experts et leur composition
EB130/35, Add.1, Add.2, et Add.3	Rapports de situation
EB130/36	Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)
Documents d'information	
EB130/INF.DOC./1	Désignation du Directeur général : désignation pour le poste
EB130/INF.DOC./2	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
Documents divers	
EB130/DIV/1 Rev.1	Liste des membres et autres participants
EB130/DIV/2	Emploi du temps quotidien préliminaire
EB130/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
EB130/DIV/4	Liste des documents

¹ Voir l'annexe 5.

RÉSOLUTIONS

EB130.R1 Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale

Le Conseil exécutif,

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

Vu la désignation faite par le Comité régional de la Méditerranée orientale à sa cinquante-huitième session ;¹

1. NOMME le Dr Ala Din Alwan en qualité de Directeur régional pour la Méditerranée orientale à compter du 1^{er} février 2012 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir au bénéfice du Dr Ala Din Alwan un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2012, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel ;
3. AUTORISE le Directeur général à modifier comme suit les conditions d'engagement du Dr Ala Din Alwan : « vous ne cotiserez pas à la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies mais percevrez mensuellement un montant supplémentaire correspondant à la cotisation que l'Organisation aurait versée chaque mois à la Caisse des Pensions ».

(Troisième séance, 17 janvier 2012)

EB130.R2 Remerciements au Directeur régional sortant pour la Méditerranée orientale

Le Conseil exécutif,

Désirant exprimer sa reconnaissance au Dr Hussein A. Gezairy, à l'occasion des 30 années pendant lesquelles il a servi avec dévouement l'Organisation mondiale de la Santé en tant que Directeur régional pour la Méditerranée orientale ;

Sachant avec quel dévouement professionnel il a servi, sa vie durant, la cause de l'action de santé internationale ;

1. EXPRIME sa profonde gratitude et sa grande appréciation au Dr Hussein A. Gezairy pour sa longue et inestimable contribution à l'action de l'OMS ;

¹ Résolution EM/RC58/R.6.

2. ADRESSE à cette occasion au Dr Hussein A. Gezairy ses vœux les plus sincères pour de nombreuses années encore au service de l'humanité.

(Troisième séance, 17 janvier 2012)

EB130.R3 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport intitulé « Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant » ;¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA63.15 sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et WHA64.12 sur le rôle de l'OMS dans le suivi de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010) ;

Exprimant sa profonde préoccupation devant l'insuffisance des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant et à améliorer la santé maternelle ;

Constatant qu'il faudrait faire beaucoup plus pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement étant donné que les progrès ont été inégaux d'une Région à l'autre ainsi que d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, en dépit des efforts importants consentis par les pays en développement ;

Prenant acte des promesses et des engagements d'un grand nombre d'États Membres et de partenaires concernant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, depuis sa présentation en septembre 2010 ;

Accueillant avec satisfaction le rapport final de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant et la série de recommandations audacieuses qu'il contient sur le renforcement de la responsabilisation s'agissant des ressources et des résultats dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant ;

¹ Document EB130/14.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Saluant le travail et la contribution de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, y compris en particulier la mise en place d'un cadre de responsabilisation s'appuyant sur trois processus interconnectés – suivi, examen et intervention ;

Notant que les principales recommandations ont trait au renforcement des processus nationaux de responsabilisation s'agissant aussi bien des ressources que du suivi des résultats ;

Accueillant avec satisfaction les mesures prises pour donner effet aux recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, y compris l'élaboration d'un plan de travail multipartite pour la mise en œuvre du cadre de responsabilisation ;

Accueillant également avec satisfaction l'établissement d'un mécanisme mondial d'examen qui fera rapport chaque année au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ;

Réaffirmant le rôle central de l'OMS dans la mise en œuvre et le suivi des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, et reconnaissant en particulier le rôle crucial joué par le Directeur général ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à honorer leurs engagements vis-à-vis de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et à renforcer encore leurs efforts pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant ;

2. INVITE AUSSI INSTAMMENT les États Membres à mettre en œuvre les recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant afin d'améliorer la responsabilisation s'agissant des ressources et des résultats :

- 1) en renforçant les mécanismes de responsabilisation en faveur de la santé dans leur propre pays ;
- 2) en renforçant leur capacité de suivi et d'évaluation des progrès et des résultats ;
- 3) en contribuant au renforcement et à l'harmonisation des mécanismes internationaux existants pour assurer le suivi de tous les engagements pris ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de travailler avec les États Membres et de leur fournir un appui pour qu'ils puissent pleinement mettre en œuvre les recommandations ;
- 2) de veiller à ce que l'OMS s'attelle effectivement en collaboration avec toutes les parties prenantes à la mise en place du plan de travail pour donner effet aux recommandations de la Commission ;
- 3) de fournir un soutien au groupe d'examen indépendant composé d'experts pour évaluer les progrès de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et de l'application du cadre de responsabilisation ;

4) de faire rapport chaque année jusqu'en 2015 à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans le suivi des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant au titre du point de l'ordre du jour relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement.

(Quatrième séance, 17 janvier 2012)

EB130.R4 Proposition pour le poste de Directeur général

Le Conseil exécutif

1. PROPOSE, conformément à l'article 31 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Margaret Chan pour occuper le poste de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;
2. SOUMET cette proposition à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

(Cinquième séance, 18 janvier 2012)

EB130.R5 Projet de contrat du Directeur général

Le Conseil exécutif,

Conformément aux dispositions de l'article 107 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

1. SOUMET à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé le projet de contrat fixant les conditions et modalités d'engagement du Directeur général ;¹
2. RECOMMANDE à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

I

Conformément à l'article 31 de la Constitution et à l'article 107 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

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

¹ Voir l'annexe 1.

II

Conformément à l'article 110 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé,

AUTORISE le Président de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé à signer ce contrat au nom de l'Organisation.

(Cinquième séance, 18 janvier 2012)

EB130.R6 Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports sur la lutte contre les maladies non transmissibles et la nécessité d'une prise en charge intégrée pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, afin de promouvoir un vieillissement actif ;¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que le rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le plan d'action ;

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,³ la Déclaration de Moscou adoptée à la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, 28-29 avril 2011),⁴ ainsi que la résolution WHA64.11 sur la préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, faisant suite à la Conférence de Moscou ;

Rappelant aussi la Réunion de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (Tokyo, 2-3 juin 2011) qui réunissait des participants de plus de 110 pays, d'une vingtaine d'organisations des Nations Unies, d'organisations régionales et d'organisations de la société

¹ Documents EB130/6, EB130/7 et EB130/8.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

³ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies ; voir également l'annexe 2.

⁴ Voir le document WHA64/2011/REC/1, annexe 3.

civile, au cours de laquelle il a été convenu que les maladies non transmissibles représentent non seulement un nouveau défi mondial pour la période après 2015, mais aussi une menace pour la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Notant que, selon les estimations, sur les 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008, 36 millions étaient imputables aux maladies non transmissibles – maladies cardio-vasculaires, cancer, affections respiratoires chroniques et diabète – dues en grande partie à quatre facteurs de risque communs, le tabagisme, l’usage nocif de l’alcool, une mauvaise alimentation et le manque d’exercice physique, et que près de 80 % de ces décès ont été enregistrés dans les pays en développement ;

Notant qu’à mesure que la prévalence des maladies non transmissibles augmente chez les personnes âgées, il devient urgent de prévenir les incapacités liées à ces maladies et de planifier des soins à long terme ;

Constatant avec une vive préoccupation que le vieillissement est l’un des principaux facteurs associés à l’incidence et à la prévalence croissantes des maladies non transmissibles, causes majeures de morbidité et d’incapacité ;

Notant par ailleurs qu’une population vieillissante devrait avoir accès à des médicaments abordables afin de favoriser le vieillissement en bonne santé ;

Prenant note aussi de l’évolution démographique, la population mondiale des personnes de 60 ans et plus augmentant plus de trois fois plus vite que la population générale et étant en passe d’atteindre environ 1,2 milliard de personnes en 2025 ; du fait que le vieillissement des populations a des répercussions sur la santé publique et l’économie, avec des taux croissants de maladies non transmissibles ; et également de l’importance de la promotion de la santé tout au long de la vie et des activités de prévention de la maladie qui peuvent éviter ou retarder, par exemple, l’apparition ou l’aggravation des maladies non transmissibles, et favoriser le vieillissement en bonne santé ;

Rappelant les résolutions WHA52.7 et WHA58.16 sur le vieillissement actif, dans lesquelles les États Membres étaient invités instamment à prendre des mesures pour assurer au nombre rapidement croissant de personnes âgées, dans les pays développés comme dans les pays en développement, le meilleur état de santé et de bien-être qu’il est possible d’atteindre ;

Rappelant en outre la résolution 57/167 de l’Assemblée générale des Nations Unies, dans laquelle celle-ci fait siens la Déclaration politique et le Plan d’action international de Madrid sur le vieillissement, ainsi que d’autres résolutions pertinentes sur le vieillissement ;

Notant que dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l’Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles il est reconnu que les troubles mentaux et neurologiques, notamment la maladie d’Alzheimer, sont une importante cause de morbidité et contribuent à la charge mondiale des maladies non transmissibles, et qu’il est donc nécessaire d’assurer, notamment à l’ensemble de la population dès le plus jeune âge, un accès équitable à des programmes et interventions de santé efficaces ;

Reconnaissant l'importance des approches sexospécifiques, de la solidarité et du soutien mutuel pour le développement social, du respect des droits fondamentaux des personnes âgées, de la promotion de la qualité de vie, de l'équité en santé et de la prévention des discriminations fondées sur l'âge, et de la promotion de l'intégration sociale des citoyens âgés ;

Prenant acte de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé,¹ qui traduisait la volonté de parvenir à l'équité sociale et en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être par une approche intersectorielle globale ;

Notant que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et les stratégies et plans d'action connexes de l'OMS soulignent l'importance de s'attaquer aux facteurs de risque communs de maladies non transmissibles ;

Saluant l'accent mis par l'OMS sur la lutte contre les maladies non transmissibles au moyen de mesures de santé publique, d'une approche fondée sur les soins de santé primaires et du renforcement global du système de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer des politiques, des programmes et une action multisectorielle en matière de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé, afin de renforcer les politiques et les programmes en faveur d'un vieillissement en bonne santé et de promouvoir le meilleur état de santé et de bien-être pour les personnes âgées ;
- 2) à renforcer les cadres politiques intersectoriels et les mécanismes institutionnels, selon qu'il conviendra, pour une gestion intégrée de la lutte contre les maladies non transmissibles, services de promotion de la santé, de soins et d'aide sociale compris, afin de répondre aux besoins des personnes âgées ;
- 3) à veiller, selon qu'il conviendra, à ce que les stratégies nationales de santé concernant les maladies non transmissibles contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;
- 4) à promouvoir, selon qu'il conviendra, les conditions permettant aux personnes, aux aidants, aux familles et aux communautés d'encourager un vieillissement en bonne santé, y compris les soins, le soutien et la protection des personnes âgées, en tenant compte des aspects physiques et psychologiques du vieillissement, et à mettre l'accent sur les approches intergénérationnelles ;
- 5) à encourager la participation active des personnes âgées à la société et à la vie locale de leur communauté ;
- 6) à renforcer la coopération et le partenariat entre les États Membres à tous les niveaux gouvernementaux, les parties prenantes, les milieux universitaires, les fondations

¹ Voir l'annexe 3.

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

de recherche, le secteur privé et la société civile, afin de mettre en œuvre efficacement les plans et les programmes ;

7) à souligner l'importance d'adopter une approche fondée sur les soins de santé primaires dans la planification nationale des soins de santé, en collaboration étroite avec les services sociaux, et de favoriser l'intégration de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les politiques sur le vieillissement ;

8) à favoriser la mise à disposition de mesures et de ressources pour faciliter la promotion de la santé et offrir des soins de santé et une protection sociale en vue d'un vieillissement actif et en bonne santé, en prêtant particulièrement l'attention à l'accès à des médicaments abordables et au rôle de la formation, de l'éducation et du renforcement des capacités des personnels de santé en collaboration avec l'OMS et les partenaires ;

9) à renforcer davantage les systèmes de suivi et d'évaluation pour produire et analyser les données sur les maladies non transmissibles ventilées selon l'âge, le sexe et le niveau socio-économique, dans le but d'élaborer des politiques et des plans équitables reposant sur des données factuelles, à l'intention des personnes âgées ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux États Membres pour promouvoir et faciliter la poursuite de la mise en œuvre des engagements pris lors des conférences et sommets des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et le vieillissement ;

2) de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils puissent mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie tout au long de la vie en commençant le plus tôt possible, notamment par des approches multisectorielles favorisant un vieillissement en bonne santé, des soins intégrés aux personnes âgées et la fourniture d'un soutien aux prestataires de services sociaux formels et informels ;

3) de soutenir les États Membres pour mettre au point des politiques et des programmes d'accès à des médicaments abordables pour les personnes âgées ;

4) de fournir un appui accru aux États Membres pour sensibiliser l'opinion publique au vieillissement actif et en bonne santé ainsi qu'aux aspects positifs du vieillissement, notamment par des politiques spécifiques sur le vieillissement et l'intégration du vieillissement dans les stratégies nationales ;

5) de soutenir l'amélioration des systèmes nationaux de suivi des maladies non transmissibles, selon qu'il conviendra, et de poursuivre l'élaboration d'un système global de suivi à l'échelle mondiale pour lutter contre les maladies non transmissibles, afin de cerner les tendances et les progrès concernant la mise en œuvre de la Déclaration politique ;

6) d'élever le rang de priorité accordé à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les ordres du jour des divers forums et réunions y afférentes des dirigeants nationaux et internationaux en prévision d'un programme mondial de développement après 2015 ;

7) d'envisager de faire de la situation du vieillissement dans le monde le sujet du *Rapport sur la santé dans le monde, 2014*, reconnaissant qu'il importe de renforcer les systèmes d'information en intégrant les personnes âgées dans les activités de collecte, d'analyse et de diffusion des données et informations sur l'état de santé et les facteurs de risque ;

8) de faire rapport à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance, 19 janvier 2012)

EB130.R7 Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports sur la lutte contre les maladies non transmissibles : résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles² et sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et du plan d'action ;³

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,⁴ la Déclaration de Moscou adoptée à la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles,⁵ et la résolution WHA64.11 de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

Prenant note de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée par la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011),⁶ qui traduisait la volonté de parvenir à l'équité sociale et en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être par une approche intersectorielle globale ;

Réaffirmant le rôle de chef de file de l'OMS en tant que principale institution spécialisée dans le domaine de la santé ainsi que son rôle de direction et son action de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (tels qu'ils sont décrits aux paragraphes 13 et 46 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles) ;

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB130/6.

³ Document EB130/7.

⁴ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies ; voir également l'annexe 2.

⁵ Voir le document WHA64/2011/REC/1, annexe 3.

⁶ Voir l'annexe 3.

Réaffirmant le rôle central de l'OMS, reconnu dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, pour ce qui est du suivi, de l'évaluation et de l'encadrement de l'action multisectorielle ;

Prenant acte en particulier de la demande faite dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (paragraphe 61 et 62) de mettre au point un cadre global mondial de suivi comprenant notamment une série d'indicateurs et pouvant être appliqué aux niveaux régional et national, et de formuler, avant la fin de 2012, des recommandations en vue de définir un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles ;

Rappelant la résolution WHA61.14, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé le plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, et reconnaissant les progrès accomplis jusqu'à présent dans le cadre du plan d'action ;

Constatant de nouveau avec préoccupation que les maladies non transmissibles qui affectent, indépendamment de leur sexe et de leur race, des personnes de tous âges et de tous niveaux de revenu progressent rapidement, et que les populations pauvres et les personnes se trouvant dans des situations de vulnérabilité, en particulier dans les pays en développement, sont proportionnellement plus touchées par ces maladies face auxquelles les hommes et les femmes sont inégaux ;

Notant avec préoccupation la double charge croissante des maladies transmissibles et non transmissibles en Afrique et la nécessité d'adopter des approches intégrées pour les prévenir et les combattre ;

Notant également avec préoccupation que, selon les estimations, sur les 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008, 36 millions étaient imputables aux maladies non transmissibles – maladies cardio-vasculaires, cancer, affections respiratoires chroniques et diabète – et que près de 80 % de ces décès ont été enregistrés dans les pays en développement ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à mettre en œuvre la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;
- 2) à utiliser, en fonction de la situation de chaque pays, les politiques, stratégies et programmes, interventions et outils recommandés par l'OMS pour promouvoir, établir ou soutenir et renforcer, d'ici 2013, selon qu'il conviendra, des politiques et des plans nationaux multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles, conformément au paragraphe 45 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;
- 3) à réaffirmer leur engagement à mettre en œuvre des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles en conformité avec leurs priorités nationales, et notamment à accroître leurs efforts en matière de prévention, de diagnostic et de traitement, et à prendre des mesures pour avancer plus rapidement tant dans l'harmonisation entre donateurs pour ce qui concerne la santé que dans le respect des principes d'efficacité de l'aide, compte tenu des préoccupations croissantes suscitées par la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles dans de nombreux pays et de la nécessité d'organiser une riposte intégrée ;

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

4) à participer pleinement au processus conduit par l'OMS pour mettre au point un cadre global mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs et pouvant être appliqué aux niveaux régional et national, et pour formuler, avant la fin de 2012, des recommandations en vue de définir un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, et à étudier la possibilité d'incorporer des éléments de ce travail dans leurs exercices nationaux de planification le plus rapidement possible, compte tenu de leurs priorités nationales ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de poursuivre, de manière participative et transparente, le processus engagé, conformément aux paragraphes 61 et 62 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, pour mettre au point un cadre global mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs et pouvant être appliqué aux niveaux régional et national, et pour formuler, avant la fin de 2012, des recommandations en vue de définir un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, en s'appuyant sur les résultats de la consultation avec les États Membres¹ et les organisations du système des Nations Unies (Genève, 9 janvier 2012), selon le calendrier suivant :

- a) d'ici la fin de janvier 2012, le Secrétariat fournira aux États Membres les renseignements complémentaires demandés lors de cette consultation ;
- b) d'ici la fin de février 2012, une consultation organisée sur le Web sur un projet de cadre, d'indicateurs et de cibles aura pris fin, à la suite de quoi l'OMS révisera les projets de documents pour l'étape c) ;
- c) avant la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, une deuxième consultation des États Membres¹ sur le cadre, les indicateurs et les cibles sera organisée ;
- d) dans le cadre de ce processus, le Secrétariat devra aussi tenir des consultations avec tous les acteurs intéressés ;
- e) un rapport de fond sur les progrès accomplis dans l'élaboration d'un cadre, comprenant notamment une série d'indicateurs et de cibles, sera soumis à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé pour examen ;
- f) les consultations régionales apporteront de nouvelles contributions au processus d'élaboration du cadre et des cibles dans le cadre des discussions plus générales sur la mise en œuvre de la Déclaration politique ;
- g) achèvement du travail concernant le cadre mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs et de cibles, sur la base d'une consultation avec les États Membres¹ tenue avant la fin de 2012 ;
- h) un rapport sur les recommandations relatives aux paragraphes 61 et 62 de la Déclaration politique sera présenté, pour examen, à la Soixante-Sixième Assemblée

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

mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session ;

- 2) de mettre au point, de manière concertée, la contribution de l'OMS, évoquée au paragraphe 64 de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, concernant les options à envisager pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace et transparent, tout en préservant la santé publique de tout conflit d'intérêts potentiel, et de la présenter au Secrétaire général avant la fin de 2012 ;
- 3) de soumettre à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé un rapport de situation et un calendrier concernant la contribution de l'OMS relative aux options possibles pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace ;
- 4) d'élaborer, de manière concertée, un plan d'action de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020, en tenant compte des enseignements tirés du plan d'action 2008-2013 et des résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, de la Déclaration de Moscou sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, de la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, tout en s'appuyant sur les stratégies et instruments de l'OMS relatifs au tabagisme, à l'usage nocif de l'alcool, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité et en se conformant à leur esprit ;
- 5) de tirer profit du travail accompli dans le cadre du plan d'action 2008-2013, qui notamment appelait l'OMS à fournir un appui aux pays pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, afin de faciliter l'engagement des gouvernements et, selon qu'il convient, de la société civile et du secteur privé, tout en prévoyant des garde-fous appropriés contre tout conflit d'intérêts, conformément aux paragraphes pertinents de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, pour améliorer l'accès aux médicaments ;
- 6) de soumettre, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, pour examen et adoption éventuelle, un plan d'action de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020.

(Neuvième séance, 20 janvier 2012)

EB130.R8 Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays,¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays ;

Rappelant la résolution WHA55.10, dans laquelle, notamment, les États Membres étaient instamment invités à accroître leurs investissements dans le domaine de la santé mentale, tant à l'échelon national que dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale, en tant qu'élément essentiel du bien-être des populations ;

Rappelant en outre la résolution 65/95 de l'Assemblée générale des Nations Unies, dans laquelle celle-ci reconnaissait que les problèmes de santé mentale sont d'une importance majeure dans toutes les sociétés, contribuent sensiblement à alourdir la charge que constituent la maladie et la perte de qualité de vie et entraînent d'énormes coûts économiques et sociaux, et dans laquelle elle se félicitait également du rapport de l'OMS sur la santé mentale et le développement,³ qui soulignait le peu d'attention accordé à la santé mentale et qui invitait les gouvernements et les acteurs du développement à prendre en compte les personnes atteintes de troubles mentaux lors de la conception des stratégies et des programmes incluant ces personnes dans les politiques d'éducation, d'emploi, de santé, de protection sociale et de réduction de la pauvreté ;

Prenant note de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (New York, 19-20 septembre 2011) au cours de laquelle il a été reconnu que les troubles mentaux et neurologiques, notamment la maladie d'Alzheimer, sont une cause importante de morbidité et contribuent à la charge mondiale des maladies non transmissibles, et qu'il est nécessaire d'assurer un accès équitable à des programmes et interventions sanitaires efficaces ;

Reconnaissant que les troubles mentaux peuvent conduire au handicap, comme le stipule la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui précise par

¹ Document EB130/9.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

³ Organisation mondiale de la Santé, *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Genève, 2010.

ailleurs que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société à égalité avec les autres, et notant que le *Rapport mondial sur le handicap*¹ décrit les étapes requises pour améliorer la participation et l'insertion des personnes handicapées, y compris les personnes handicapées mentales ;

Reconnaissant par ailleurs que les troubles mentaux s'inscrivent dans un spectre plus large comportant les troubles neurologiques et ceux dus à l'utilisation de substances qui sont aussi une cause d'incapacités importantes et imposent une action coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux ;

Notant avec préoccupation que les troubles mentaux touchent des millions de personnes dans le monde, qu'en 2004 ils ont représenté 13 % de la charge de morbidité mondiale, définie par les décès prématurés conjugués aux années de vie avec incapacité, et que si l'on ne tient compte que de l'élément incapacité entrant dans le calcul de la charge de morbidité, les troubles mentaux représentent respectivement 25,3 % et 33,5 % du total des années de vie avec incapacité dans les pays à revenu faible ou moyen ;

Notant également avec préoccupation que l'exposition à des situations d'urgence humanitaires est un facteur de risque important de problèmes de santé mentale et de traumatismes psychologiques, et que les structures sociales et la continuité des soins classiques et informels dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux graves préexistants s'en trouvent affectées ;

Reconnaissant par ailleurs que le déficit de traitement des troubles mentaux est important partout dans le monde, qu'entre 76 % et 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les pays à revenu faible ou moyen ne reçoivent aucun traitement pour leur problème de santé mentale et que les chiffres correspondants pour les pays à haut revenu sont également élevés – entre 35 % et 50 % ;

Reconnaissant en outre qu'un certain nombre de troubles mentaux peuvent être évités et qu'il est possible de promouvoir la santé mentale dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs ;

Préoccupée par le fait que les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent stigmatisées et soulignant qu'il faut que les autorités sanitaires collaborent avec les groupes concernés pour changer les attitudes vis-à-vis des troubles mentaux ;

Notant également qu'il existe des données de plus en plus nombreuses sur l'efficacité et la rentabilité des interventions pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, notamment chez l'enfant et l'adolescent ;

Constatant en outre que les troubles mentaux sont souvent associés à des maladies non transmissibles et à une série d'autres problèmes de santé prioritaires, notamment le VIH/sida, les problèmes de santé de la mère et de l'enfant, et la violence et les traumatismes, et que les troubles mentaux coexistent souvent avec d'autres facteurs médicaux et sociaux comme la

¹ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

pauvreté, l'utilisation de substances et l'usage nocif de l'alcool et, dans le cas des femmes et des enfants, avec une exposition plus grande à la violence domestique et à la maltraitance ;

Reconnaissant que certaines populations vivent dans une situation qui les rend particulièrement vulnérables au développement de troubles mentaux et à leurs conséquences ;

Reconnaissant la diversité et la portée de l'impact social et économique des troubles mentaux, y compris le handicap mental ;

Tenant compte du travail déjà accompli par l'OMS en matière de santé mentale, notamment grâce à son Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) en fonction des priorités nationales et de leur situation propre, à élaborer des politiques et des stratégies globales portant sur la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, ainsi que le dépistage précoce, les soins, le soutien, le traitement et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux ;

2) à inclure dans l'élaboration des politiques et des stratégies la nécessité de promouvoir les droits de l'homme, de combattre l'ostracisme, de donner aux usagers des services les moyens d'agir, de lutter contre la pauvreté et l'absence de logement, de faire face aux principaux risques modifiables et, selon qu'il conviendra, de sensibiliser le public, de créer des activités génératrices de revenus, d'assurer un logement et l'éducation, ainsi que des services de soins de santé et des interventions à base communautaire, y compris des soins hors institution ;

3) à élaborer, selon qu'il conviendra, des cadres de surveillance comportant des facteurs de risque ainsi que des déterminants sociaux de la santé pour analyser et évaluer les tendances en matière de troubles mentaux ;

4) à donner la priorité voulue à la santé mentale et à la réorganiser, en incluant la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, les soins, le soutien et le traitement dans les programmes de santé et de développement, et à allouer les ressources suffisantes à cet effet ;

5) à collaborer avec le Secrétariat à l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer les activités de plaidoyer et d'élaborer un plan d'action global sur la santé mentale assorti de résultats mesurables et basé sur une évaluation des vulnérabilités et des risques, en consultation avec les États Membres et en leur soumettant pour examen, qui porte sur les services, les politiques, la législation, les plans, les stratégies et les programmes pour fournir les traitements, faciliter le rétablissement et prévenir les troubles mentaux, promouvoir la santé mentale, et donner aux personnes atteintes de

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

troubles mentaux les moyens de mener une vie pleine et productive au sein de la communauté ;

2) d'inclure dans le plan d'action global sur la santé mentale des dispositions concernant :

- a) l'évaluation des vulnérabilités et des risques comme base de l'élaboration du plan d'action global sur la santé mentale ;
- b) la protection, la promotion et le respect des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris la nécessité d'éviter leur stigmatisation ;
- c) l'accès équitable à des services de santé d'un coût abordable, de qualité et complets incluant la santé mentale à tous les niveaux du système de soins ;
- d) le développement de ressources humaines compétentes, sensibles et suffisantes pour offrir des services de santé mentale sur une base équitable ;
- e) la promotion d'un accès équitable à des soins de santé de qualité, y compris les interventions psychosociales et les médicaments et la prise en compte des besoins en matière de soins de santé physique ;
- f) le renforcement des initiatives, y compris en politique, pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux ;
- g) l'accès à des services éducatifs et sociaux, y compris les soins de santé, l'école, le logement, l'emploi stable et la participation à des programmes générateurs de revenus ;
- h) l'intervention des organisations de la société civile, des personnes atteintes de troubles mentaux, des familles et des aidants pour qu'ils expriment leurs points de vue et contribuent aux processus décisionnels ;
- i) la conception et la prestation de systèmes de santé mentale et de soutien psychosocial qui faciliteront la résilience de la communauté et aideront les personnes à faire face aux urgences humanitaires ;
- j) la participation des personnes atteintes de troubles mentaux à la vie familiale et communautaire et aux affaires de la cité ;
- k) la conception de mécanismes visant à associer les secteurs de l'éducation, de l'emploi et d'autres secteurs concernés des États Membres à la mise en œuvre du plan d'action global sur la santé mentale ; et
- l) la prise en compte du travail déjà accompli et la manière d'éviter les activités faisant double emploi ;

3) de collaborer avec les États Membres et, le cas échéant, avec les organisations non gouvernementales, internationales, régionales et nationales, les partenaires internationaux du développement et les partenaires des institutions techniques à l'élaboration du plan d'action global sur la santé mentale ;

- 4) de collaborer avec les États Membres et les institutions techniques à la promotion des échanges universitaires pour contribuer par ce moyen à l'élaboration des politiques de santé mentale ;
- 5) de soumettre à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour examen, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, le plan d'action global sur la santé mentale.

(Dixième séance, 20 janvier 2012)

EB130.R9 Élimination de la schistosomiase

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'élimination de la schistosomiase ;¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'élimination de la schistosomiase ;

Rappelant les résolutions WHA3.26, WHA28.53, WHA29.58 et WHA54.19 relatives à la schistosomiase ;

Prenant note de la résolution EM/RC54/R.3 intitulée « Maladies tropicales négligées : un problème émergent de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale », adoptée par le Comité régional de la Méditerranée orientale, dans laquelle les États Membres étaient appelés notamment à maintenir les activités de lutte couronnées de succès dans les zones de faible transmission afin d'éliminer la schistosomiase ;

Constatant avec inquiétude que la schistosomiase reste un problème de santé publique majeur dans les pays d'endémie et que l'objectif, fixé dans la résolution WHA54.19, d'assurer au minimum l'administration régulière d'une chimiothérapie à au moins 75 % de tous les enfants d'âge scolaire exposés au risque de morbidité n'a pas été atteint à l'horizon 2010 ;

Prenant acte de la couverture du traitement de la schistosomiase, qui est passée de 12 millions de personnes en 2006 à 32,6 millions en 2010, et de l'accès élargi au praziquantel grâce aux dons et au soutien accru des partenaires en faveur de la lutte contre les maladies tropicales négligées dans les pays d'endémie ;

Félicitant les États Membres, le Secrétariat et les partenaires d'accroître l'accès au praziquantel et les ressources permettant de combattre la schistosomiase à plus grande échelle ;

¹ Document EB130/20.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Jugeant encourageant que des pays d'endémie aient interrompu la transmission de la schistosomiase ;

Félicitant ces pays d'endémie qui, grâce à des programmes renforcés de lutte contre la maladie et à une surveillance accrue, n'ont notifié aucun nouveau cas autochtone de schistosomiase ;

1. APPELLE tous les pays d'endémie :

1) à accorder de l'importance à la prévention et à la lutte antischistosomiennes, à analyser et à mettre au point des plans applicables prévoyant des cibles progressives, à intensifier les interventions de lutte et à resserrer la surveillance ;

2) à tirer pleinement profit des programmes dans les domaines autres que celui de la santé pour améliorer l'environnement, dans le but d'interrompre la transmission de la schistosomiase et d'accélérer l'élimination de l'hôte intermédiaire ;

3) à assurer la fourniture de médicaments essentiels ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres, le Secrétariat et les partenaires à fournir un appui aux pays d'endémie pour qu'ils développent leurs programmes de lutte contre la schistosomiase ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'encourager les États Membres et la communauté internationale à fournir les moyens et les ressources nécessaires et suffisants, en particulier médicaments, eau, installations d'assainissement et interventions en matière d'hygiène, pour intensifier les programmes de lutte dans la plupart des pays d'endémie et engager, le cas échéant, des campagnes d'élimination ;

2) d'établir des orientations à l'intention des États Membres pour déterminer le moment auquel il convient d'engager des campagnes d'élimination, ainsi que des méthodes pour mettre en œuvre les programmes et confirmer les succès obtenus ;

3) d'évaluer, à la demande des intéressés, l'interruption de la transmission dans les États Membres concernés, d'analyser la situation mondiale en matière de prévention et de lutte antischistosomiennes, le modèle épidémique et les problèmes essentiels de façon à fournir des recommandations et des orientations ciblées ;

4) de faire rapport tous les trois ans à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Dixième séance, 20 janvier 2012)

EB130.R10 Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport intitulé « Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite »,¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite » ;

Rappelant la résolution WHA61.1, intitulée « Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication », dans laquelle le Directeur général était notamment prié d'élaborer une nouvelle stratégie visant à renforcer la lutte en faveur de l'éradication de la poliomyélite et de mettre au point des stratégies appropriées pour la gestion des risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite, y compris de fixer une date pour l'arrêt de l'utilisation de vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre des programmes de vaccination systématique ;

Reconnaissant la nécessité de mobiliser rapidement les ressources financières voulues pour éradiquer les derniers poliovirus circulants et réduire le plus possible les risques d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ;

Notant que, dans son rapport d'octobre 2011, le comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite conclut que « la poliomyélite ne pourra tout simplement pas être éradiquée, à moins de lui accorder une plus grande priorité dans nombre de pays qu'elle affecte et dans le monde » et que, dans son rapport d'avril 2011, il recommande que l'Assemblée mondiale de la Santé envisage une résolution déclarant la persistance de la poliomyélite urgence sanitaire d'envergure mondiale ;

Notant le rapport de la réunion de novembre 2011 du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, dans lequel il est déclaré « sans équivoque que le risque d'un échec des efforts visant à mener à bien l'éradication mondiale de la poliomyélite constitue une urgence programmatique de dimension mondiale et ne saurait en aucun cas être accepté » ;

Reconnaissant que les États Membres doivent veiller à ce que tous les niveaux politiques et de la société civile s'engagent en faveur de la vaccination de tous les enfants pour éradiquer la poliomyélite ;

¹ Document EB130/19.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Notant que la faisabilité technique de l'éradication du poliovirus a été démontrée par l'application intégrale de nouvelles approches stratégiques ;

Notant également que la persistance de la transmission du poliovirus où que ce soit continuera de représenter un risque pour les zones exemptes de poliomyélite tant que la transmission n'aura pas été interrompue partout dans le monde ;

1. DÉCLARE l'achèvement de l'éradication du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale, ce qui impose la mise en œuvre intégrale des stratégies actuelles et nouvelles d'éradication, la mise en place de solides dispositifs nationaux de surveillance et de responsabilisation dans toutes les zones infectées par le poliovirus et l'application de recommandations appropriées concernant la vaccination de tous les voyageurs à destination et en provenance des zones infectées par le poliovirus ;¹

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres qui y sont confrontés à déclarer la transmission du poliovirus « urgence de santé publique nationale », faisant de l'éradication du poliovirus une priorité programmatique nationale, ce qui impose la mise en place et l'application intégrale de plans d'action d'urgence, à actualiser tous les six mois, jusqu'à l'interruption de la transmission du poliovirus ;

3. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

1) à éliminer les zones n'ayant pas bénéficié de la vaccination et à maintenir au sein de la population une très forte immunité contre les poliovirus par des programmes de vaccination systématique et, le cas échéant, des activités de vaccination supplémentaires ;

2) à rester vigilants face aux risques d'importation du poliovirus et d'émergence de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales, en assurant et en maintenant la surveillance des poliovirus au niveau requis pour la certification et l'évaluation périodique des risques encourus ;

3) à fournir d'urgence les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre pleine et constante, jusqu'à fin 2013, des approches stratégiques nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial, et à entreprendre la planification du financement jusqu'à fin 2018 de la stratégie de l'assaut final contre la poliomyélite ;

4) à se lancer dans une coopération multilatérale et bilatérale, comprenant notamment l'échange d'informations sur les épidémies et des données de surveillance par les laboratoires, et à mener simultanément des activités de vaccination supplémentaires selon les besoins ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de planifier la reconduction de la mise en œuvre jusqu'en 2013 des approches pour l'éradication des poliovirus sauvages, énoncées dans le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et de toutes nouvelles tactiques

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Voyages internationaux et santé*. Genève, édition 2012.

jugées nécessaires pour mener à bien l'éradication, notamment l'intensification de l'Initiative mondiale existante au sein de l'Organisation ;

2) de renforcer les dispositifs de responsabilisation et de surveillance pour assurer la mise en œuvre optimale des stratégies d'éradication à tous les niveaux ;

3) d'entreprendre l'élaboration, le contrôle scientifique et la mise au point définitive rapide d'une stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final contre la maladie, qui exploiterait les innovations en matière de produits diagnostiques et de vaccins antipoliomyélitiques inactivés, informerait les États Membres du calendrier éventuel d'un passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent pour tous les programmes de vaccination systématique, et établirait des scénarios budgétaires jusqu'à fin 2018 comprenant la gestion des risques ;

4) de coordonner l'action de tous les partenaires concernés pour promouvoir la recherche, la production et la fourniture de vaccins afin de renforcer leur accessibilité économique, leur efficacité et leur disponibilité ;

5) de poursuivre la mobilisation et le déploiement des ressources humaines et financières voulues pour appliquer les approches stratégiques nécessaires jusqu'en 2013 en vue de l'éradication du poliovirus sauvage et de la mise en œuvre ultérieure de la stratégie de l'assaut final contre la poliomyélite jusqu'à fin 2018 ;

6) de faire rapport à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et aux deux Assemblées de la Santé suivantes, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Onzième séance, 21 janvier 2012)

EB130.R11 Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport relatif à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro (Brésil), octobre 2011),¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport relatif à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro (Brésil), 19-21 octobre 2011) ;

¹ Document EB130/15.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Réaffirmant la détermination à agir sur les déterminants sociaux de la santé, conformément à la décision prise collectivement par l'Assemblée mondiale de la Santé, telle qu'elle est reflétée dans la résolution WHA62.14 (Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé), dans laquelle elle prend note des trois recommandations principales de la Commission des déterminants sociaux de la santé, à savoir améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action ;

Reconnaissant la nécessité de faire davantage d'efforts pour accélérer les progrès dans la lutte contre la répartition inégale des ressources consacrées à la santé et contre les conditions dommageables pour la santé à tous les niveaux ;

Reconnaissant la nécessité de protéger la santé des populations indépendamment des ralentissements de l'activité économique ;

Reconnaissant en outre que l'équité en santé est à la fois un but et une responsabilité partagés qui requièrent l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société et de tous les membres de la communauté internationale pour une action mondiale suivant le principe de « tous pour l'équité » et « la santé pour tous » ;

Reconnaissant l'utilité d'une couverture sanitaire universelle pour promouvoir l'équité en santé et réduire la pauvreté ;

Réaffirmant la volonté politique de faire de l'équité en santé un but national, régional et mondial et de relever les défis actuels, par exemple éliminer la faim et la pauvreté, assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et l'accès à des médicaments abordables, sûrs, efficaces et de qualité ainsi que l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, à l'emploi et à un travail décent et à la protection sociale, protéger l'environnement et parvenir à une croissance économique équitable en agissant résolument sur les déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux ;

Se félicitant des débats et des résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio de Janeiro (Brésil), 19-21 octobre 2011) ;

1. FAIT SIENNE la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé adoptée par la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé,¹ en tant que contribution majeure à l'action des États Membres² et de l'OMS ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

1) à donner suite aux engagements pris dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé en ce qui concerne i) l'adoption d'une meilleure gouvernance pour la santé et le développement, ii) la promotion de la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, iii) une réorientation plus poussée du secteur de la santé pour réduire les inégalités en matière de santé, iv) le renforcement de

¹ Voir l'annexe 3.

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

la gouvernance et de la collaboration à l'échelle mondiale, et v) le suivi des progrès et le renforcement de la responsabilisation ;

2) à élaborer et à appuyer des politiques, stratégies, programmes et plans d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé, assortis de buts, d'activités et de mécanismes de responsabilisation clairement définis et avec des ressources pour leur mise en œuvre ;

3) à favoriser l'élaboration plus poussée de l'approche qui consiste à intégrer la santé dans toutes les politiques, comme moyen de promouvoir l'équité en santé ;

4) à renforcer les capacités des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs et des acteurs des programmes du secteur de la santé et d'autres secteurs pour faciliter l'action sur les déterminants sociaux de la santé ;

5) à prendre dûment en considération les déterminants sociaux de la santé dans le cadre des délibérations sur le développement durable, en particulier à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) et dans d'autres instances des Nations Unies s'intéressant à la santé ;

3. EXHORTE la communauté internationale à soutenir la mise en œuvre des engagements formulés dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé concernant l'action sur les déterminants sociaux de la santé, notamment :

1) en appuyant le rôle directeur de l'OMS dans la gouvernance sanitaire mondiale, en favorisant l'alignement des politiques, des plans et des activités sur les déterminants sociaux de la santé avec ceux des organisations partenaires du système des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations internationales importantes, y compris les activités conjointes de sensibilisation, et en facilitant l'accès des pays et des Régions, et en particulier des pays en développement, à un appui financier et technique ;

2) en renforçant la coopération internationale afin de promouvoir l'équité en santé dans tous les pays, par des transferts, selon des modalités convenues d'un commun accord, de compétences, de technologies et de données scientifiques dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, et par l'échange de bonnes pratiques de gestion de l'élaboration de politiques intersectorielles ;

3) en facilitant l'accès à des ressources financières ;

4. INVITE INSTAMMENT les pays développés qui se sont engagés à atteindre l'objectif de consacrer 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement d'ici 2015, et les pays développés qui ne l'ont pas encore fait, à prendre des mesures concrètes supplémentaires pour honorer leurs engagements à cet égard, et invite également instamment les pays en développement à faire fond sur les progrès accomplis pour garantir que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour contribuer à la réalisation des objectifs et des cibles de développement ;

5. PRIE le Directeur général :

- 1) de prendre dûment en considération les déterminants sociaux de la santé dans l'évaluation des besoins sanitaires mondiaux, y compris dans le processus de réforme de l'OMS et les activités futures de l'OMS ;
- 2) de soutenir les États Membres dans la mise en œuvre de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, par des approches consistant à intégrer « la santé dans toutes les politiques » afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- 3) de travailler en collaboration étroite avec d'autres organisations du système des Nations Unies dans les domaines de la sensibilisation, de la recherche, du renforcement des capacités et de l'appui technique direct aux États Membres en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- 4) de continuer à faire mieux comprendre et à souligner l'importance d'intégrer la question des déterminants sociaux de la santé dans les prochaines réunions des Nations Unies et autres réunions de haut niveau en rapport avec la santé et/ou le développement social ;
- 5) de faire rapport aux Soixante-Sixième et Soixante-Huitième Assemblées mondiales de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé.

(Onzième séance, 21 janvier 2012)

EB130.R12 Semaine mondiale de la vaccination

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le projet de plan d'action mondial pour les vaccins,¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le projet de plan d'action mondial pour les vaccins ;

Rappelant les résolutions WHA58.15 et WHA61.15 sur la Stratégie mondiale de vaccination et l'engagement qui a été pris de mettre à profit la Décennie 2011-2020 pour atteindre les buts en matière de vaccination et franchir les étapes voulues de la recherche-développement ;

¹ Document EB130/21.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

Reconnaissant l'importance de la vaccination, qui est l'une des interventions de santé publique offrant le meilleur rapport coût/efficacité ;

Prenant acte des importantes réalisations du Programme élargi de vaccination au niveau mondial, notamment l'éradication de la variole, les progrès majeurs accomplis sur la voie de l'éradication de la poliomyélite, de l'élimination de la rougeole et de la rubéole, et la lutte contre d'autres maladies à prévention vaccinale, comme la diphtérie et le tétanos ;

Notant que les programmes de vaccination efficaces contribuent à réduire sensiblement la mortalité de l'enfant et à améliorer la santé maternelle et, de ce fait, à atteindre les objectifs 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle) du Millénaire pour le développement ainsi qu'à prévenir le cancer ;

Reconnaissant que des initiatives telles que les semaines régionales de la vaccination ont contribué à promouvoir la vaccination, à favoriser l'équité dans l'utilisation des vaccins et l'accès universel aux services de vaccination, et ont facilité la coopération concernant les activités de vaccination transfrontières ;

Reconnaissant aussi que les semaines de la vaccination, mouvement mondial de plus en plus important né dans la Région des Amériques en 2003, sont programmées pour être observées simultanément dans les six Régions de l'OMS en avril 2012, avec la participation de plus de 180 États Membres, territoires et zones ;

Reconnaissant par ailleurs l'importance du soutien politique apporté à ces semaines régionales de la vaccination et l'intérêt qu'elles suscitent au plan international jusqu'à présent, et notant que le cadre souple des semaines de la vaccination permet aux États Membres et aux Régions d'adapter leur participation en fonction des priorités nationales et régionales de santé publique ;

Constatant avec préoccupation que, malgré tout le succès des initiatives de vaccination, il reste de nombreuses difficultés à surmonter, parmi lesquelles faire en sorte que la vaccination demeure un aspect fondamental des soins de santé primaires, vacciner toutes les populations vulnérables où qu'elles se trouvent, protéger les programmes nationaux de vaccination contre la menace croissante d'informations erronées sur les vaccins et la vaccination, et veiller à ce que le financement des programmes nationaux soit considéré comme prioritaire par les États Membres ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à déclarer la dernière semaine d'avril, selon qu'il convient, Semaine mondiale de la vaccination ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de faciliter chaque année le déroulement de la Semaine mondiale de la vaccination en tant que cadre général de toutes les initiatives régionales visant à faire prendre conscience de l'importance de la vaccination tout au long de la vie et à assurer l'accès universel des personnes de tous âges et de tous pays à ce service de prévention essentiel ;

2) de fournir un appui aux États Membres pour mobiliser les ressources nécessaires à l'instauration durable de la Semaine mondiale de la vaccination, et d'encourager les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes à soutenir l'initiative.

(Onzième séance, 21 janvier 2012)

EB130.R13 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du groupe de travail des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et ses recommandations ;^{1,2}

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Se félicitant des résultats des sessions du groupe de travail des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits ;

Réaffirmant le rôle fondamental joué par l'OMS pour assurer la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces ;

Reconnaissant que beaucoup de personnes dans le monde n'ont pas accès à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, et que cet accès est un élément important du système de santé ;

Reconnaissant qu'il est important de veiller à ce que la lutte contre les « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » n'entrave pas l'offre de médicaments génériques légitimes ;

Reconnaissant la nécessité, exprimée dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011),⁴ de promouvoir l'accès à des médicaments d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité, y compris en mettant pleinement en œuvre la Stratégie mondiale et le Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

Reconnaissant la nécessité d'améliorer l'accès à des médicaments d'un prix abordable, de qualité, sûrs et efficaces comme étant un élément important de l'effort de prévention et de lutte concernant les médicaments de qualité, d'innocuité et d'efficacité incertaines et de réduction des « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » ;

Prenant note de la résolution 20/6 de la Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale intitulée « Lutte contre les médicaments frauduleux, en particulier leur trafic » ;

¹ Document EB130/22, annexe.

² La définition des « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » n'a pas encore été approuvée par les organes directeurs.

³ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁴ Voir le paragraphe 11.2.xii).

Se déclarant préoccupée par le financement insuffisant des activités de l'OMS dans le domaine de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments ;

Reconnaissant la nécessité d'accroître le soutien aux autorités nationales et régionales de réglementation pour promouvoir la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs et efficaces ;

1. RÉAFFIRME le rôle fondamental joué par l'OMS pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux, promouvoir l'accès à des médicaments d'un prix abordable, de qualité, sûrs et efficaces, et soutenir les autorités nationales de réglementation pharmaceutique dans ce domaine, en particulier dans les pays en développement et les pays les moins avancés ;

2. RAPPELLE que l'OMS devrait continuer de privilégier et d'intensifier les mesures visant à rendre les produits médicaux plus abordables, en renforçant les autorités nationales de réglementation et les systèmes de santé nationaux, dont les politiques pharmaceutiques nationales, les systèmes de gestion des risques sanitaires, le financement durable, le développement des ressources humaines et les systèmes d'achat et d'approvisionnement fiables ; et d'améliorer et de soutenir la présélection et la promotion des produits génériques ainsi que les mesures en matière de sélection et d'usage rationnels des produits médicaux. Dans chacun de ces domaines, les fonctions de l'OMS devraient être les suivantes : échange d'informations et action de sensibilisation ; élaboration de normes et de critères et fourniture d'un appui technique aux pays pour l'évaluation de leur situation ; formulation de politiques nationales ; et renforcement des capacités en faveur du développement des produits et de la production intérieure ;

3. RAPPELLE EN OUTRE que l'OMS devrait davantage soutenir les États Membres pour qu'ils renforcent l'infrastructure et les capacités nationales et régionales de réglementation ;

4. DÉCIDE de créer un nouveau dispositif des États Membres¹ pour la collaboration internationale entre États Membres, du point de vue de la santé publique et à l'exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle, concernant les « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » conformément au but, aux objectifs et au mandat figurant en annexe à la présente résolution ;

5. DÉCIDE EN OUTRE de revoir au bout de trois ans le dispositif des États Membres visé au paragraphe 4 ci-dessus ;

6. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) sur une base volontaire, à participer et collaborer au dispositif des États Membres visé au paragraphe 4 ci-dessus ;

2) à fournir des ressources financières suffisantes pour renforcer le travail du Secrétariat dans ce domaine ;

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

7. PRIE le Directeur général :
- 1) de soutenir le dispositif des États Membres visé au paragraphe 4 ci-dessus ;
 - 2) de fournir un appui aux États Membres pour qu'ils renforcent les capacités de prévention et de lutte concernant les « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits ».

Annexe

**Dispositif des États Membres concernant les produits médicaux
de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits**

But, objectifs et mandat

But général

Promouvoir, par le biais d'une collaboration efficace entre les États Membres et le Secrétariat, la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits¹ et les activités connexes, afin de protéger la santé publique et de favoriser l'accès à des produits médicaux d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité.

Objectifs

- 1) Définir les principaux besoins et obstacles, faire des recommandations de politique générale et élaborer des outils dans le domaine de la prévention, des méthodologies de détection et de la lutte contre les « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » afin de renforcer les capacités nationales et régionales.
- 2) Renforcer les capacités nationales et régionales afin de garantir l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement.
- 3) Échanger des données d'expérience, les enseignements utiles, les meilleures pratiques et les informations sur les activités en cours aux niveaux national, régional et mondial.
- 4) Recenser les mesures, les activités et les comportements à l'origine de « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » et faire des recommandations, y compris pour améliorer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux.
- 5) Renforcer les capacités de réglementation et les laboratoires de contrôle de la qualité aux niveaux national et régional, en particulier dans les pays en développement et les pays les moins avancés.

¹ Le dispositif des États Membres utilisera l'expression « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » jusqu'à ce qu'une définition ait été approuvée par les organes directeurs de l'OMS.

- 6) Collaborer et contribuer aux travaux dans d'autres domaines de l'OMS portant sur l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, y compris, mais pas exclusivement, l'offre et l'utilisation de produits médicaux génériques, qui devraient compléter les mesures de lutte contre les « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits ».
- 7) Faciliter la consultation, la coopération et la collaboration avec les parties prenantes concernées de manière transparente et coordonnée, y compris dans le cadre d'efforts régionaux et mondiaux, du point de vue de la santé publique.
- 8) Promouvoir la coopération et la collaboration en matière de surveillance et de suivi des « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits ».
- 9) Poursuivre l'élaboration de définitions des « produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits » axées sur la protection de la santé publique.

Structure

- 1) Le dispositif des États Membres sera ouvert à tous les États Membres.¹ Il devra comprendre des experts des questions de réglementation des produits médico-sanitaires au niveau national.
- 2) Le dispositif des États Membres pourra créer des groupes de travail subsidiaires parmi ses membres, chargés d'examiner des questions particulières et de faire des recommandations à leur sujet.
- 3) Des groupes régionaux contribueront au dispositif des États Membres, selon les besoins.
- 4) Le dispositif des États Membres utilisera les structures existantes de l'OMS.

Réunions

- 1) Le dispositif des États Membres se réunira au moins une fois par an ainsi qu'en session extraordinaire, le cas échéant.
- 2) En principe, les réunions du dispositif des États Membres et de ses groupes de travail subsidiaires se tiendront à Genève. Des réunions pourront toutefois se tenir ponctuellement en dehors de Genève, tenant compte de la répartition régionale, du coût global et du partage des coûts, et des questions en rapport avec l'ordre du jour.

Relations avec d'autres parties prenantes et experts

- 1) Selon les besoins, le dispositif des États Membres recherchera l'avis d'experts sur des sujets particuliers, suivant les procédures habituelles de l'OMS applicables aux groupes d'experts.
- 2) Selon les besoins, le dispositif des États Membres invitera d'autres parties prenantes à collaborer avec le groupe et les consultera sur des sujets particuliers.

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

Compte rendu et réexamen

- 1) Le fonctionnement du dispositif des États Membres sera réexaminé par l'Assemblée mondiale de la Santé au bout de trois ans.
- 2) Le dispositif des États Membres soumettra chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport sur les progrès accomplis et ses recommandations éventuelles et en tant que question de fond inscrite à l'ordre du jour, pendant les trois premières années, puis tous les deux ans.

Transparence et conflits d'intérêts

- 1) Le dispositif des États Membres, y compris tous les experts invités, devra fonctionner de façon pleinement participative et transparente.
- 2) Les conflits d'intérêts possibles devront être divulgués et gérés conformément aux politiques et aux pratiques de l'OMS.

(Douzième séance, 21 janvier 2012)

EB130.R14 Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires,¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires ;

Reconnaissant que les urgences humanitaires se traduisent par des pertes en vies humaines et des souffrances évitables, affaiblissent la capacité des systèmes de santé à fournir des services de santé essentiels, portent un coup au processus de développement sanitaire et entravent la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Réaffirmant les principes de neutralité, d'humanité, d'impartialité et d'indépendance de l'action humanitaire, et réaffirmant par ailleurs que tous les acteurs de l'aide humanitaire dans

¹ Document EB130/24.

² Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

des situations d'urgence humanitaire et de catastrophes naturelles complexes doivent promouvoir et pleinement respecter ces principes ;

Rappelant l'article 2.d) de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé relatif au mandat dont l'OMS est investie dans les cas d'urgence, et les résolutions WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe et WHA59.22 sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ;¹

Rappelant 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 et les principes directeurs y afférents, confirmant le rôle central et unique de l'Organisation des Nations Unies dans la direction et la coordination des efforts que fait la communauté internationale pour aider les pays touchés par des urgences humanitaires, et portant création notamment d'un Comité permanent interorganisations, présidé par un Coordonnateur des secours d'urgence et appuyé par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies ;

Prenant acte de l'examen des interventions humanitaires conduit en 2005 par le Coordonnateur des secours d'urgence et les directeurs des organismes membres du Comité permanent interorganisations, dont l'objectif était d'améliorer les notions d'urgence, de délai, de responsabilisation, de direction des opérations et de mobilisation des moyens, et dans lequel il était recommandé de renforcer le rôle de chef de file de l'action humanitaire, d'améliorer les mécanismes de financement de cette action et de mettre en place des groupes comme moyens de coordination sectorielle ;

Prenant note du programme de réforme 2011-2012 des directeurs des organismes membres du Comité permanent interorganisations visant à améliorer la riposte humanitaire internationale par le renforcement de l'encadrement, la coordination, la responsabilisation, la création de capacités mondiales de préparation, ainsi que la sensibilisation et la communication ;

Considérant la résolution 60/124 de l'Assemblée générale des Nations Unies et prenant note de l'engagement ultérieur de l'OMS à soutenir le programme de transformation de l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations et à contribuer à l'application des mesures prioritaires définies par les directeurs des organismes membres en vue de renforcer la riposte humanitaire internationale en faveur des populations touchées ;

Réaffirmant que c'est à l'autorité nationale qu'il incombe au premier chef de s'occuper des victimes de catastrophes naturelles et autres situations d'urgence survenant sur son territoire, et que c'est à l'État touché que revient le rôle premier dans l'initiative, l'organisation, la coordination et la mise en œuvre de l'aide humanitaire sur son territoire ;

Prenant acte de la note d'orientation du Comité permanent interorganisations de 2011 sur la collaboration avec les autorités nationales, selon laquelle les groupes de responsabilité sectorielle devraient appuyer et/ou compléter les mécanismes de coordination nationaux existants en matière de riposte et de préparation et, selon qu'il convient, encourager activement les gouvernements ou autres entités nationales appropriées à coprésider, avec l'organisation chef de file des groupes de responsabilité sectorielle, les réunions de ces groupes ;

¹ Les résolutions WHA34.26, WHA46.6, WHA48.2, WHA58.1, WHA59.22 et WHA64.10 réaffirment le rôle de l'OMS en situation d'urgence.

Rappelant la résolution WHA64.10 sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé, dans laquelle les États Membres sont instamment invités, notamment, à renforcer les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques liés aux catastrophes ;

Réaffirmant aussi que les pays ont la responsabilité d'assurer la protection de la santé, et la sécurité et le bien-être de leur population de même que la résilience et l'autonomie du système de santé, essentielles pour réduire au maximum les dangers pour la santé et les vulnérabilités et pour apporter une réponse efficace et favoriser le relèvement dans les situations d'urgence et de catastrophe ;

Reconnaissant que l'OMS présente un avantage comparatif par sa présence dans les États Membres et sa relation avec eux, sa capacité d'offrir une expertise indépendante pour un large éventail de disciplines liées à la santé, et son apport traditionnel de conseils scientifiques reposant sur des données factuelles, nécessaires pour hiérarchiser les interventions sanitaires efficaces, et qu'en sa qualité d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial, l'Organisation est particulièrement bien placée pour fournir un appui aux ministères de la santé et aux partenaires afin qu'ils coordonnent la préparation, la riposte et le relèvement en cas d'urgence humanitaire ;

Rappelant le programme de réforme de l'OMS et prenant acte du rapport présenté en 2011 par le Directeur général sur les réformes pour un avenir sain,¹ qui a conduit à la création du nouveau Groupe Poliomyélite, situations d'urgence et collaboration avec les pays, dont l'objectif est de soutenir les bureaux régionaux et de pays pour améliorer les résultats et accroître l'efficacité de l'Organisation dans les pays, par la redéfinition de son engagement dans les interventions d'urgence et une plus grande stabilité de l'assise budgétaire du Groupe ;

Se félicitant de la réforme de 2011 qui transforme le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise en Département Gestion des risques associée aux urgences et interventions humanitaires afin de mettre en œuvre ces réformes, et qui garantit que l'Organisation mène une action sanitaire de plus grande qualité, de façon plus rapide, plus efficace et plus prévisible et qu'elle se tient pour responsable des résultats qu'elle obtient ;

Rappelant les résolutions WHA46.39 sur les services sanitaires et médicaux en période de conflits armés et WHA55.13 sur la protection des missions médicales au cours de conflits armés ; et la résolution 65/132 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la sûreté et la sécurité du personnel humanitaire et la protection du personnel des Nations Unies, dans laquelle il est considéré nécessaire de recueillir systématiquement les données sur les agressions ou le manque de respect à l'égard des patients et/ou des soignants, des établissements de santé et des transports dans les situations d'urgence humanitaire complexes ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres² et les donateurs :

1) à allouer des ressources aux activités du secteur de la santé lors d'urgence humanitaire par le biais de la procédure d'appel global et des appels éclairs des Nations Unies, et au renforcement de la capacité institutionnelle qu'a l'OMS d'exercer son rôle d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial et d'assumer cette responsabilité sur le terrain ;

¹ Document A64/4.

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

- 2) à veiller à ce que les activités humanitaires soient menées en consultation avec le pays concerné pour répondre efficacement aux besoins humanitaires, et à encourager tous les partenaires humanitaires, y compris les organisations non gouvernementales, à participer activement à la coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé ;
- 3) à renforcer au niveau national les processus de gestion des risques, de préparation aux situations d'urgence sanitaire et d'établissement de plans d'urgence, ainsi que les services de gestion des catastrophes du ministère de la santé, comme le prévoit la résolution WHA64.10, et, dans ce contexte, dans le cadre de la planification nationale des activités de préparation, avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires le cas échéant, à définir à l'avance la meilleure façon d'obtenir que la coordination entre partenaires humanitaires internationaux et mécanismes nationaux de coordination existants s'effectue de manière complémentaire afin de garantir une intervention humanitaire efficace et bien coordonnée ;
- 4) à renforcer la capacité des autorités nationales à tous les niveaux pour gérer le processus de relèvement en synergie avec les stratégies de renforcement et de réforme du système de santé à plus long terme, en tant que de besoin, en collaboration avec l'OMS et le groupe de responsabilité sectorielle Santé ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de mettre en place les politiques, lignes directrices, structures administratives et procédures adéquates de l'OMS, qui sont nécessaires pour mener une action humanitaire efficace et concluante au niveau des pays, ainsi que la capacité et les ressources institutionnelles voulues pour qu'elle puisse s'acquitter au mieux de ses fonctions d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial, conformément aux accords conclus par les directeurs des organismes membres du Comité permanent interorganisations, et d'assumer cette responsabilité sur le terrain ;
- 2) d'accroître les moyens mobilisables par l'OMS, y compris en mettant au point des dispositifs de réserve avec les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial, pour que l'OMS puisse rapidement mobiliser le personnel humanitaire qualifié nécessaire en cas de besoin ;
- 3) de veiller à ce que dans les crises humanitaires l'OMS apporte aux États Membres et aux partenaires humanitaires un appui prévisible, en coordonnant l'évaluation et l'analyse rapides des besoins humanitaires, y compris dans le cadre de l'action coordonnée du Comité permanent interorganisations, en mettant sur pied une stratégie et un plan d'action fondés sur des données factuelles, en surveillant la situation sanitaire et l'action du secteur de la santé, en définissant les lacunes, en mobilisant des ressources et en assurant les activités de sensibilisation nécessaires pour une action sanitaire à vocation humanitaire ;
- 4) de définir les engagements essentiels, les fonctions de base et les critères de résultats de l'Organisation dans les situations d'urgence humanitaire, y compris son rôle d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial et sur le terrain, et de veiller à l'engagement complet de l'Organisation aux niveaux national, régional et mondial dans leur application selon des points de comparaison établis, compte tenu du travail en cours concernant le programme de transformation de l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations ;

- 5) d'assurer une action humanitaire plus rapide, plus efficace et plus prévisible en mettant en œuvre un cadre d'action d'urgence dont les points de comparaison s'accorderaient avec la réforme de l'aide humanitaire, et de rendre compte des résultats obtenus au regard de ces critères ;
- 6) de mettre en place les mécanismes nécessaires pour mobiliser les compétences techniques de l'OMS dans toutes les disciplines et à tous les niveaux afin de fournir l'orientation et l'appui nécessaires aux États Membres, ainsi qu'aux partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé en cas de crise humanitaire ;
- 7) d'appuyer les États Membres et les partenaires dans le processus de relèvement, en alignant la planification du relèvement, y compris la gestion des risques associés aux urgences ainsi que la réduction des risques liés aux catastrophes et la préparation, sur les politiques nationales de développement et les réformes du secteur de la santé en cours, et/ou en saisissant les opportunités offertes par la planification du relèvement après une catastrophe ou un conflit ;
- 8) de jouer un rôle de chef de file mondial dans la mise au point de méthodes de collecte et de diffusion systématiques de données sur les attaques contre les établissements de santé, les agents de santé, les transports sanitaires et les patients dans des situations d'urgence complexes, en coordination avec d'autres organismes concernés du système des Nations Unies, le Comité international de la Croix-Rouge et des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, en évitant les chevauchements d'activités ;
- 9) de soumettre, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé puis tous les deux ans, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Douzième séance, 21 janvier 2012)

EB130.R15 Amendements au Règlement du Personnel

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel,¹

CONFIRME, conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel, les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel avec effet au 1^{er} janvier 2012 en ce qui concerne la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur, y compris les taux de contribution du personnel révisés devant être utilisés pour déterminer les traitements de base bruts, et avec effet au 1^{er} février 2012 en ce qui concerne l'examen médical de fin d'engagement.²

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

¹ Document EB130/28.

² Voir l'annexe 4, et à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

EB130.R16 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel,¹

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

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

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$174 214 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$133 950 (avec personnes à charge) ou de US \$121 297 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$191 491 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$146 044 (avec personnes à charge) ou de US \$131 432 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$251 540 par an (avant imposition), d'où un traitement net modifié de US \$176 501 (avec personnes à charge) ou de US \$156 964 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

¹ Document EB130/28.

EB130.R17 Relations avec les organisations non gouvernementales¹

Le Conseil exécutif,

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

1. DÉCIDE d'admettre à des relations officielles avec l'OMS les organisations non gouvernementales suivantes : la Fédération Handicap International, l'International Spinal Cord Society, la Société internationale de Néphrologie et la World Hepatitis Alliance ;
2. DÉCIDE de mettre fin aux relations officielles avec le Conseil international des Femmes, l'Organisation islamique pour les Sciences médicales et l'Union internationale de Chimie pure et appliquée.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

¹ Voir l'annexe 5, et à l'annexe 6 les incidences financières et administratives que l'adoption de cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB130/31.

DÉCISIONS

EB130(1) Mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;¹ notant que le plan d'action actuel prendra fin en 2013, et convaincu qu'il faudrait entreprendre sans délai l'élaboration d'un plan de suivi pour la période 2014-2019 afin qu'il puisse être examiné en vue de son adoption en temps utile et conformément aux cycles de planification de l'OMS ;

- 1) a décidé qu'un nouveau plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables serait élaboré pour la période 2014-2019 ;
- 2) a prié le Directeur général d'élaborer un projet de plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables pour la période 2014-2019 en étroite consultation avec les États Membres et les partenaires internationaux, et de soumettre ce projet, pour examen, à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en 2013, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session.

(Neuvième séance, 20 janvier 2012)

EB130(2) La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif,² ainsi que le rapport sur la nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement,³ exprimant son appréciation pour les travaux accomplis jusqu'ici et prenant note du projet de résolution contenu dans le document EB130/Conf.Paper N° 4 ;⁴

- 1) a prié le Directeur général d'engager, le plus rapidement possible, de nouvelles consultations concernant les cibles figurant dans le projet actuel de plan d'application exhaustif selon un processus en ligne ouvert à tous les États Membres,⁵ ainsi qu'aux organisations multilatérales, afin de faire d'autres recommandations sur la mise au point définitive du plan d'application exhaustif ;

¹ Document EB130/8.

² Document EB130/10.

³ Document EB130/11.

⁴ Figurant ci-après.

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

2) a décidé que le Directeur général devrait mettre au point la version définitive du plan d'application sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant pour qu'il puisse être examiné par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012, comme prévu dans la résolution WHA63.23 ;

3) a encouragé les consultations informelles entre États Membres¹ sur la base du projet de résolution contenu dans le document EB130/Conf.Paper N° 4 proposant l'approbation du plan d'application exhaustif par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

Point 6.3 de l'ordre du jour

**EB130/Conf.Paper N° 4
17 janvier 2012**

**La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant :
projet de plan d'application exhaustif**

Projet de résolution proposé par le Chili, l'Équateur, le Pérou et la Pologne

Le Conseil exécutif,

Ayant pris connaissance du rapport sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif,² ainsi que du rapport sur la nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement,³

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

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Ayant pris connaissance du rapport sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : projet de plan d'application exhaustif, ainsi que du rapport sur la nutrition chez la femme pendant la période préconceptionnelle, la grossesse et l'allaitement ;

PP2 Rappelant les résolutions WHA30.51 et WHA31.47 sur le rôle du secteur de la santé dans l'élaboration de politiques et de plans nationaux et internationaux d'alimentation et de nutrition ; la résolution WHA46.7 sur les mesures de suivi de la Conférence internationale sur la nutrition ; les résolutions WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA44.33, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 et WHA63.23 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ; ainsi que les résolutions WHA46.7 et WHA59.11 sur la nutrition et le VIH/sida ;

PP3 Sachant qu'une disponibilité insuffisante de denrées, le manque d'accès à une nourriture de qualité nutritionnelle adéquate ou d'exposition à des conditions qui compromettent l'absorption et l'utilisation des nutriments provoquent la dénutrition de vastes pans de la population mondiale, une carence en vitamines et en minéraux ou un surpoids et une obésité ;

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

² Document EB130/10.

³ Document EB130/11.

PP4 Constatant que l'anémie, essentiellement due à une carence en fer, touche 468 millions de femmes en âge de procréer, qu'en outre 20 millions d'enfants dans le monde naissent chaque année avec une insuffisance pondérale, et qu'en 2010, 171 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance tandis que 43 millions d'enfants d'âge préscolaire étaient en surpoids ;

PP5 Préoccupée par le fait que la dénutrition maternelle et infantile représente 11 % de la charge de morbidité mondiale et qu'elle a des effets négatifs sur le développement cognitif, les résultats scolaires, les performances physiques et la productivité ;

PP6 Convaincue de l'impact que peut avoir sur la vie et la santé de la mère et de l'enfant un régime bien équilibré et culturellement acceptable pour les femmes avant la conception, pendant la grossesse et l'allaitement, qui leur apporte une quantité suffisante d'énergie, de protéines et vitamines, ainsi que de micro et macronutriments (fer, iode, calcium et vitamine D, par exemple) ;

PP7 Sachant qu'une nutrition inadaptée avant la conception risque de provoquer des troubles de grossesse, d'entraîner des maladies graves, et d'agir directement sur la mortalité et la morbidité infantiles, et tenant compte du fait que la prise d'acide folique au cours de la période pré et péri-conceptionnelle joue un rôle de protection important contre les malformations congénitales, notamment celles du tube neural chez le nourrisson ;

PP8 Persuadée de la nécessité d'éliminer la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychotropes, et de mieux encadrer l'ingestion de médicaments chez la femme enceinte car ils sont susceptibles d'accroître le risque d'insuffisance pondérale, de malformations congénitales ou de fausse couche et d'augmenter la morbidité chez l'enfant ;

PP9 Consciente du fait que l'allaitement est la meilleure source de nutrition pour les nourrissons au cours des six premiers mois de la vie, qu'il contribue fortement à leur bonne santé et à leur développement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà, et qu'une nutrition adaptée dans les premières années de la vie a une influence déterminante sur la santé et le développement intellectuel lors des phases de développement ultérieures ;

PP10 Reconnaissant que les politiques méconnaissent souvent la complexité des défis que pose la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et ne produisent pas l'effet escompté ;

PP11 Estimant que des politiques et des programmes de nutrition efficaces existent mais qu'ils ne sont pas appliqués à une échelle suffisamment vaste ;

1. APPROUVE le plan d'application exhaustif relatif à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à élaborer des cibles nationales et à engager des ressources afin d'obtenir, à l'horizon 2022 :¹

¹ À partir des données de référence 2010.

- a) une réduction de 40 % de la prévalence mondiale du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans ;
 - b) une réduction de 50 % de la prévalence mondiale de l'anémie chez les femmes en âge de procréer ;
 - c) une réduction de 50 % de la prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale à la naissance ;
 - d) le statu quo de la prévalence de la surcharge pondérale chez l'enfant ;
 - e) une augmentation de 50 %, au plan mondial, des taux d'alimentation exclusive au sein pour les nourrissons de moins de six mois ;
- 2) à mettre en pratique le plan d'application exhaustif relatif à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et, en particulier :
- a) à réviser les politiques nutritionnelles afin d'incorporer des interventions pertinentes dans la politique générale d'un pays en matière de santé et de développement et d'instaurer des mécanismes efficaces de gouvernance intersectorielle afin d'amplifier la mise en œuvre des interventions nutritionnelles ;
 - b) à passer en revue les politiques sectorielles dans les domaines de l'agriculture, de la protection sociale, de l'éducation et du commerce afin de déterminer leur incidence sur la nutrition ;
 - c) à inclure des interventions nutritionnelles efficaces et sans risque dans les services de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et à assurer la couverture universelle de ces interventions, en particulier auprès des populations défavorisées ;
 - d) à concevoir des mesures législatives pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel, ou à les renforcer ;
 - e) à adopter une approche exhaustive pour renforcer les capacités des agents et des gestionnaires de santé à réaliser des interventions nutritionnelles ;
 - f) à mettre en place des mécanismes pérennes afin de financer le développement et l'exécution suivie des programmes de nutrition ;
 - g) à élaborer des systèmes de surveillance pour recueillir des informations sur les indicateurs des moyens mis en œuvre, des résultats escomptés et des résultats obtenus, et sur l'impact des interventions nutritionnelles, ou à renforcer les systèmes existants ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'examiner, d'actualiser et d'étoffer les éléments d'orientation et outils de l'OMS au service d'actions nutritionnelles efficaces, d'analyser leur rentabilité, d'illustrer la bonne pratique des mécanismes d'exécution et de diffuser l'information de façon voulue ;
 - 2) d'élaborer des éléments d'orientation et de donner des exemples probants d'interventions nutritionnelles issues de politiques multisectorielles ;

- 3) de fournir un appui aux États Membres qui le souhaitent pour qu'ils renforcent leur politique nationale de santé et de développement afin d'y incorporer des interventions nutritionnelles qui ont fait leurs preuves ; développent leurs capacités et leurs compétences techniques et d'encadrement en matière de nutrition ; confortent les mesures législatives, réglementaires ou toute autre mesure efficace pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel et suivre leur mise en œuvre ;
- 4) d'élaborer des lignes directrices sur la commercialisation des aliments de complément ;
- 5) de dialoguer avec de multiples partenaires aux niveaux mondial et national afin d'amplifier les interventions nutritionnelles ;
- 6) de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, les années paires, sur les progrès accomplis dans l'exécution du plan d'application exhaustif relatif à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

(Neuvième séance, 20 janvier 2012)

EB130(3) Rassemblements mondiaux de masse : répercussions et opportunités pour la sécurité sanitaire mondiale

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport intitulé « Rassemblements mondiaux de masse : répercussions et opportunités pour la sécurité sanitaire mondiale »;¹ reconnaissant que les rassemblements de masse ont des répercussions importantes pour la santé publique allant au-delà des événements aigus de santé publique susceptibles de se produire et qu'il faut détecter rapidement et gérer efficacement ; reconnaissant que la responsabilité de la planification et de l'organisation des rassemblements de masse incombe aux États Membres ; se fondant sur les ressources dont dispose l'OMS pour appuyer la planification et l'organisation de manifestations impliquant des rassemblements de masse ; et reconnaissant les difficultés que l'encadrement de rassemblements de masse pose à certains États Membres et le savoir-faire de l'Arabie saoudite, qui accueille chaque année le plus vaste rassemblement de masse, attirant près de 10 millions de personnes originaires de plus de 180 pays du monde ;

- 1) a prié le Directeur général d'élaborer plus avant et de diffuser des orientations multisectorielles sur la planification, l'encadrement, l'évaluation et le suivi de tous les types de manifestations impliquant des rassemblements de masse en privilégiant les mesures préventives durables comme l'éducation sanitaire et la préparation ;
- 2) a décidé que le Directeur général devrait, le cas échéant, travailler en collaboration étroite avec les États Membres qui planifient et organisent des rassemblements de masse afin de soutenir la coopération et la communication entre les autorités sanitaires compétentes de chaque pays et d'aider ainsi les États Membres à renforcer leurs capacités fonctionnelles pour mieux utiliser à cette fin le Règlement sanitaire international (2005) ;

¹ Document EB130/17.

3) a encouragé le Directeur général à établir un dialogue avec les organisations à but non lucratif, non gouvernementales ou issues de la société civile, y compris, le cas échéant, le secteur privé, dans le domaine de l'éducation sanitaire en rapport avec les rassemblements de masse ;

4) a prié le Directeur général de mener une action de sensibilisation sur les répercussions sanitaires des rassemblements de masse et de seconder les pays dans l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de stratégies de communication efficaces portant sur des messages de santé publique essentiels, y compris dans les médias sociaux, le cas échéant.

(Onzième séance, 21 janvier 2012)

EB130(4) Vers l'élimination de la rougeole

Le Conseil exécutif, prenant note des flambées généralisées de rougeole observées dans plusieurs Régions de l'OMS au cours des deux dernières années, qui ont eu des conséquences dévastatrices sur la vie de nombreux jeunes enfants et entravent davantage les progrès dans la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité des enfants) ; et considérant qu'outre les stratégies existantes de vaccination qui ont été convenues à l'échelle mondiale, cinq des six Régions de l'OMS ont fixé des dates cibles pour l'élimination de la rougeole, mais que les flambées de rougeole continuent de compromettre gravement la concrétisation de ces cibles ;

1) a prié le Directeur général de souligner dans le plan d'action mondial pour les vaccins de la Décennie de la vaccination 2011-2020 – qui sera examiné en vue de son adoption à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2012 –, que la rougeole continue de représenter, à l'échelle mondiale, une grave menace pour la santé des enfants ;

2) a décidé d'inclure dans le plan d'action mondial pour les vaccins des cibles de couverture de la vaccination ainsi que des objectifs d'élimination de la rougeole qui soient ambitieux ;

3) a exhorté les États Membres et les autres partenaires à s'acquitter de leurs responsabilités, telles qu'énoncées dans les cibles régionales existantes d'élimination de la rougeole ainsi que dans les objectifs mondiaux de réduction de la mortalité imputable à cette maladie à l'horizon 2015, de façon à éviter à l'avenir de telles flambées dévastatrices.

(Onzième séance, 21 janvier 2012)

EB130(5) Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)

Le Conseil exécutif, rappelant le Principe 1 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement (1992), selon lequel « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature » ; reconnaissant que les objectifs économiques, sociaux et environnementaux se renforcent mutuellement ; prenant note des deux principaux thèmes de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, à savoir, d'une part, l'économie verte dans le contexte du développement durable et de l'éradication de la pauvreté et, d'autre part, le cadre institutionnel du développement durable ; rappelant la Conférence mondiale de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et, en

particulier, la Déclaration de Rio ; et prenant note également des documents communiqués par le Directeur général au Bureau de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable ;

1) a décidé d'organiser des discussions informelles entre les États Membres sur la contribution de l'OMS aux délibérations prochaines de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, l'objectif étant de veiller à ce que les travaux de la Conférence accordent à la santé l'importance qu'il convient, tout en respectant pleinement les négociations en cours à New York ;

2) a prié le Directeur général de faciliter les discussions entre les États Membres et d'organiser à cette fin une réunion informelle avec les missions permanentes auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(6) Réforme de l'OMS (programmes et définition des priorités)

Le Conseil exécutif, ayant examiné la décision EBSS2(1),

1) a décidé d'établir comme suit le champ des travaux et le mandat du processus conduit par les États Membres¹ mis en place pour formuler des recommandations sur les méthodes concernant les programmes et la définition des priorités à soumettre pour examen à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012 ;

a) le champ des travaux sera de faire des recommandations à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sur les catégories, la méthodologie, les critères et le calendrier pour les programmes et la définition des priorités afin d'orienter l'élaboration du prochain programme général de travail et des suivants, en reconnaissant l'importance des liens avec d'autres éléments du processus de réforme de l'OMS ;

b) les objectifs particuliers du processus consisteront :

i) à examiner et revoir les propositions relatives à la définition des priorités contenues dans le document EB130/5 Add.1 en prenant comme base les besoins des pays, la pertinence de l'action de l'OMS pour tous les pays, l'avantage comparatif de l'Organisation et son rôle directeur dans la santé mondiale ;

ii) à élaborer une méthodologie, des critères et un calendrier pour le processus de définition des priorités ;

iii) à envisager des moyens possibles de regrouper les activités de l'OMS en catégories, comprenant, sans s'y limiter, les sept catégories figurant dans le document EB130/5 Add.1 telles que proposées comme cadre pour le prochain programme général de travail ;

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

- iv) à préciser tout travail d'analyse supplémentaire à effectuer par le Secrétariat à l'issue de ces discussions, qui serait utile à l'élaboration du prochain programme général de travail et des suivants ;
 - c) le processus sera ouvert à tous les États Membres¹ sous la présidence de M. R. El Makkaoui, Président du Conseil exécutif, et tous autres membres du Bureau jugés nécessaires seront nommés par le Bureau du Conseil exécutif ;
 - d) une réunion se tiendra les 27 et 28 février 2012 au Siège de l'OMS pour poursuivre les travaux du processus conduit par les États Membres,¹ toutes réunions ou discussions ultérieures qui pourraient être nécessaires étant décidées à ce moment-là, de façon à achever les travaux avant la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé ;
 - e) le Président du processus conduit par les États Membres¹ soumettra un rapport sur les résultats du processus à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé ;
- 2) a prié le Directeur général de fournir le soutien suivant, sur la base des informations existantes :
- a) un exposé des pratiques actuelles en matière de définition des priorités, y compris les avantages et inconvénients de celles-ci, ainsi que des liens entre les stratégies de coopération avec les pays, le processus de formulation du programme général de travail et le processus de programmation-budgétisation, qui sera présenté l'après-midi du 26 février 2012. Des exemplaires de cet exposé seront distribués trois jours avant qu'il ne soit présenté. Des dispositions seront prises pour organiser une consultation sur le Web à l'intention des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS afin qu'elles puissent présenter leur position conformément au champ des travaux et assister à l'exposé ;
 - b) sept jours au moins avant la réunion des 27 et 28 février, les documents suivants seront fournis :
 - i) un résumé de trois pages de l'exposé visé au paragraphe 2) a) ci-dessus ;
 - ii) une description des fonctions de l'Organisation (article 2 de la Constitution de l'OMS) pour ce qui est des catégories proposées dans le document EB130/5 Add.1, y compris les besoins mondiaux et domaines d'activité transversaux ;
 - iii) une analyse des stratégies de coopération avec les pays qui recense les besoins des pays de façon à permettre de déterminer sur quoi l'OMS devrait concentrer ses activités et dans quels domaines elle est le mieux placée pour apporter une valeur ajoutée ;
 - iv) une feuille de route et un calendrier pour l'établissement du douzième programme général de travail et du budget programme 2014-2015 ;

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

- v) des documents de référence, et notamment les suivants :
- le onzième programme général de travail, 2006-2015 ;
 - le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (modifié) ;
 - les documents EB130/5 Add.1 et Add.2 ;
 - le document EBSS/2/2 et la décision EBSS2(1) ;
 - le document EB118/7 sur l'allocation stratégique des ressources ;
 - les *Statistiques sanitaires mondiales 2011* (publication qui contient des informations sur la charge de morbidité).

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(7) Élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport du groupe de travail

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du groupe de travail des États Membres sur le processus et les méthodes d'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,¹ et sa recommandation figurant au paragraphe 24 du rapport, a décidé de convoquer une session de suivi afin que le groupe de travail étudie plus avant les propositions examinées et achève ses travaux avant la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(8) Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS

Le Conseil exécutif, ayant procédé à l'examen et pris note du rapport de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales² concernant l'examen d'un tiers de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, et donnant suite à la décision EB128(1), a décidé ce qui suit :

- 1) prenant note avec satisfaction de la collaboration avec l'OMS des organisations non gouvernementales dont les noms sont suivis d'un astérisque dans l'annexe au rapport, et se félicitant de l'intérêt que ces organisations continuent de manifester pour l'action de l'OMS, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre ces organisations et l'OMS ;
- 2) constatant qu'un plan de collaboration avait été convenu avec la Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l'OMS et cette organisation ;

¹ Document EB130/29 Corr.1.

² Document EB130/31.

3) notant que les plans de collaboration convenus n'étaient pas encore au point, le Conseil a décidé de reporter l'examen des relations avec CropLife International et la Ligue internationale La Leche à sa cent trente-deuxième session, durant laquelle seraient examinés les rapports sur les plans de collaboration convenus ou sur l'état des relations ;

4) prenant note du rapport et afin de faciliter l'aboutissement des efforts entrepris pour convenir d'un plan de collaboration, le Conseil a décidé de reporter l'examen des relations avec la Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical d'une année, jusqu'à sa cent trente-deuxième session, et a demandé en outre d'informer la Fédération qu'en l'absence de plan de collaboration convenu, il serait mis fin aux relations officielles.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(9) Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha pour 2012 au Dr Shaikha Salim Al Arrayed (Bahreïn) pour son importante contribution à l'action de santé publique au Bahreïn, en particulier à la lutte contre les maladies génétiques. La lauréate recevra l'équivalent de CHF 2500 en dollars des États-Unis.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(10) Attribution du Prix de la Fondation Ihsan Doğramaci pour la Santé de la Famille

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Doğramaci pour la Santé de la Famille, a attribué le Prix de la Fondation Ihsan Doğramaci pour la Santé de la Famille pour 2012 au Dr Ayse Akin (Turquie) pour sa longue carrière dans le domaine de la santé de la famille en Turquie. La lauréate recevra US \$20 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(11) Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2012 à la Fondation Syamsi Dhuha (Indonésie) pour sa contribution à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de lupus et de déficience visuelle. Le lauréat, en tant qu'organisation, recevra US \$40 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(12) Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé, a attribué conjointement le Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé pour 2012 au Dr Chen Bowen (Chine) pour sa contribution importante à la mise en place de services de santé communautaires en Chine, et au Programme de lutte contre les néphropathies (Philippines) qui est chargé de mettre en œuvre les projets de santé publique de l'Institut national de Transplantation rénale des Philippines dans le domaine de la lutte contre les néphropathies et les maladies apparentées. Les deux lauréats recevront chacun US \$20 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(13) Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation de l'État du Koweït pour la Promotion de la Santé, a attribué le Prix de l'État du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé pour 2012 au Dr Eltahir Medani Elshibly (Soudan) pour s'être consacré à un large éventail de questions relevant de la santé de la famille, notamment la promotion de l'allaitement maternel, la prévention de l'infection à VIH et la nutrition. Le lauréat recevra US \$20 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(14) Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique, a attribué le Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique pour 2012 à la Pacific Leprosy Foundation (basée en Nouvelle-Zélande) pour sa contribution exceptionnelle à l'action de santé publique. Le lauréat recevra US \$100 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2012)

EB130(15) Composition du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Secrétariat sur la composition du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance,¹ et ayant pris en compte le mandat de celui-ci, a décidé :

- 1) de retenir la seconde option proposée par le Directeur général au paragraphe 9 du rapport, à savoir de ne pas reconduire dans leurs fonctions M. Miller et Mme Ploix ;

¹ Document EB130/30.

- 2) de prier le Directeur général de proposer deux candidats au Bureau du Conseil exécutif, en tenant compte du paragraphe 3.j) du mandat du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance, et si possible de faire cette proposition avant la prochaine réunion du Comité ;
- 3) d'habiliter le Bureau du Conseil exécutif à approuver provisoirement la candidature des deux nouveaux membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance, étant entendu qu'il appartiendra au Conseil exécutif de donner son approbation définitive à sa cent trente et unième session en mai 2012 ;
- 4) de prier le Directeur général de faire en sorte qu'après approbation provisoire de la candidature des deux nouveaux membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance par le Bureau du Conseil, leur nom et leur biographie soient communiqués à tous les membres du Conseil exécutif aussi tôt que possible.

(Quatorzième séance, 23 janvier 2012)

EB130(16) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,¹ et rappelant sa décision antérieure selon laquelle la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé devrait se tenir au Palais des Nations à Genève, la session s'ouvrant le lundi 21 mai 2012 et prenant fin au plus tard le samedi 26 mai 2012,² a approuvé l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, tel qu'il a été amendé.

(Quatorzième séance, 23 janvier 2012)

EB130(17) Date et lieu de la cent trente et unième session du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent trente et unième session se tiendrait les 28 et 29 mai 2012, au Siège de l'OMS, à Genève. Le Conseil a en outre décidé que la seizième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration se tiendrait du 16 au 18 mai 2012 au Siège de l'OMS.

(Quatorzième séance, 23 janvier 2012)

¹ Document EB130/33.

² Voir la décision EB129(7).

ANNEXES

ANNEXE 1

Projet de contrat du Directeur général¹

[EB130/3, annexe – 8 décembre 2011]

LE PRÉSENT CONTRAT est conclu ce jour de entre l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation) d'une part, et (ci-après dénommé le Directeur général) d'autre part.

ATTENDU QUE

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

2) Le Directeur général a été dûment désigné par le Conseil et nommé par l'Assemblée de la Santé au cours de sa séance du jour de pour une durée de cinq ans.

EN CONSÉQUENCE, AUX TERMES DU PRÉSENT CONTRAT, il a été convenu ce qui suit :

I. 1) La durée du mandat du Directeur général court du premier jour de juillet deux mille douze au trentième jour de juin deux mille dix-sept, date à laquelle ses fonctions et le présent Contrat prennent fin.

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

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

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

¹ Voir la résolution EB130.R5.

5) Le Directeur général peut à tout moment, et moyennant préavis de six mois, donner sa démission par écrit au Conseil, qui est autorisé à accepter cette démission au nom de l'Assemblée de la Santé ; dans ce cas, à l'expiration dudit préavis, le Directeur général cesse de remplir ses fonctions et le présent Contrat prend fin.

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

II. 1) À compter du premier jour de juillet deux mille douze, le Directeur général reçoit de l'Organisation un traitement annuel de deux cent cinquante et un mille cent quatre-vingt-huit dollars des États-Unis avant imposition, de sorte que le traitement net, payable mensuellement, sera de cent soixante-seize mille deux cent soixante-douze dollars des États-Unis par an au taux pour fonctionnaires avec personnes à charge (cent cinquante-six mille sept cent soixante dollars des États-Unis au taux pour fonctionnaires sans personnes à charge) ou son équivalent en telle autre monnaie que les parties pourront d'un commun accord arrêter.

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

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

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

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

.....
Directeur général

.....
Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

ANNEXE 2

Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles¹

[EB130/6, annexe – 8 décembre 2011]

Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies les 19 et 20 septembre 2011 pour traiter de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles partout dans le monde, et, singulièrement, des défis de développement et autres et des incidences sociales et économiques, sur les pays en développement en particulier,

1. Reconnaissons que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale figurent parmi les principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, en ce qu'ils viennent remettre en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromettre la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international ;
2. Reconnaissons que les maladies non transmissibles sont une menace pour l'économie de nombreux États Membres et peuvent accroître les inégalités entre pays et entre populations ;
3. Reconnaissons le rôle primordial des gouvernements et la responsabilité qui leur incombe de faire face au défi des maladies non transmissibles, et l'impérieuse nécessité pour tous les secteurs de la société d'agir et de s'investir pour susciter des réponses efficaces propres à assurer la prévention et la maîtrise de ces maladies ;
4. Reconnaissons également le rôle important de la communauté internationale et de la coopération internationale pour aider les États Membres, en particulier les pays en développement, en venant compléter les efforts qu'ils font chacun pour susciter une réponse efficace aux maladies non transmissibles ;
5. Réaffirmons le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;
6. Reconnaissons l'urgente nécessité de mesures plus fortes aux échelons mondial, régional et national pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles afin de contribuer à la pleine réalisation du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;
7. Rappelons les mandats arrêtés par l'Assemblée générale dans ce domaine, en particulier ses résolutions 64/265 du 13 mai 2010 et 65/238 du 24 décembre 2010 ;

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

8. Prenons note en nous en félicitant de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac¹, réaffirmons toutes les résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et soulignons qu'il importe que les États Membres continuent de s'attaquer aux facteurs communs de risque de maladies non transmissibles en mettant en œuvre le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles² ainsi que la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé³ et la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool⁴ de l'Organisation mondiale de la Santé ;

9. Rappelons la déclaration ministérielle adoptée lors du débat de haut niveau de 2009 du Conseil économique et social⁵, qui appelait à agir d'urgence pour appliquer la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action correspondant ;

10. Prenons note en nous en félicitant de toutes les initiatives régionales consacrées à la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, notamment la Déclaration des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des Caraïbes intitulée « Uniting to stop the epidemic of chronic non communicable diseases » (Unis pour arrêter l'épidémie des maladies chroniques non transmissibles), adoptée en septembre 2007, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, adoptée en août 2008, la déclaration des chefs d'État et de gouvernement du Commonwealth sur la lutte contre les maladies non transmissibles, adoptée en novembre 2009, la déclaration d'engagement du cinquième Sommet des Amériques, adoptée en juin 2009, la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, adoptée par les États membres de la région Europe de l'Organisation mondiale de la Santé en mars 2010, la Déclaration de Doubaï sur le diabète et les maladies chroniques non transmissibles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, adoptée en décembre 2010, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée en novembre 2006, l'Appel d'Aruba pour la lutte contre l'obésité de juin 2011 et le Communiqué d'Honiara consacré au défi des maladies non transmissibles dans la région du Pacifique, adopté en juillet 2011 ;

11. Prenons note en nous en félicitant également des résultats des consultations régionales multisectorielles, notamment l'adoption de déclarations ministérielles, tenues par l'Organisation mondiale de la Santé en collaboration avec les États Membres, avec le soutien et la participation active des commissions régionales et autres organismes et entités compétents des Nations Unies, qui ont servi à établir des contributions aux préparatifs de la réunion de haut niveau, conformément à la résolution 65/238 ;

12. Accueillons avec satisfaction la convocation de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été organisée par la Fédération de Russie et l'Organisation mondiale de la Santé à Moscou les 28 et 29 avril 2011, et

¹ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 2302, n° 41032.

² Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/nmh/publications/en/.

³ Organisation mondiale de la Santé, *Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17-22 mai 2004, Résolutions et décisions, annexes* (WHA57/2004/REC/1), résolution WHA57.17, annexe.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17-21 mai 2010, Résolutions et décisions, annexes* (WHA63/2010/REC/1), annexe 3.

⁵ Voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-quatrième session, Supplément n° 3 (A/64/3/Rev.1)*, chap. III, par. 56.

l'adoption de la Déclaration de Moscou¹, et rappelons la résolution 64.11 de l'Assemblée mondiale de la Santé² ;

13. Reconnaissons le rôle de chef de file de l'Organisation mondiale de la Santé en tant que principale institution spécialisée dans le domaine de la santé, notamment les rôles et fonctions inscrits dans son mandat en ce qui concerne la politique de santé, et réaffirmons son rôle de chef de file et son action de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles par rapport aux travaux d'autres organismes compétents des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales, pour réagir de manière coordonnée à ces maladies ;

Un défi d'ampleur épidémique et ses répercussions sur le plan socioéconomique et sur le développement

14. Notons avec une profonde préoccupation que, selon l'Organisation mondiale de la Santé, près de 36 millions des 57 millions de décès enregistrés dans le monde en 2008 étaient dus à des maladies non transmissibles, principalement des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et le diabète, près de 9 millions de ces décès étant survenus avant l'âge de 60 ans et près de 80 pour cent dans des pays en développement ;

15. Notons également avec une profonde préoccupation que les maladies non transmissibles figurent parmi les principales causes de morbidité évitable et de handicaps connexes ;

16. Reconnaissons en outre que les maladies non transmissibles, les pathologies maternelles et périnatales et les déficiences nutritionnelles sont à l'heure actuelle les causes les plus fréquentes de décès en Afrique, et notons avec préoccupation le double fardeau croissant de la maladie causé, y compris en Afrique, par l'augmentation rapide de l'incidence des maladies non transmissibles, qui devraient devenir les causes les plus fréquentes de décès à l'horizon 2030 ;

17. Notons en outre qu'il existe toute une série d'autres maladies non transmissibles et pathologies pour lesquelles les facteurs de risque et les mesures préventives de dépistage, de traitement et de soins nécessaires sont liés aux quatre plus importantes maladies non transmissibles ;

18. Reconnaissons que les troubles mentaux et neurologiques, notamment la maladie d'Alzheimer, sont une importante cause de morbidité et contribuent au fardeau global des maladies non transmissibles pour lequel il faut assurer un accès équitable à des programmes et interventions de soins de santé efficaces ;

19. Reconnaissons que les maladies rénales, orales et oculaires constituent un important fardeau sanitaire pour bon nombre de pays et que ces maladies partagent les mêmes facteurs de risque et peuvent bénéficier des réponses communes aux maladies non transmissibles ;

20. Reconnaissons que les maladies non transmissibles les plus importantes sont liées à des facteurs de risque communs, à savoir le tabagisme, l'abus d'alcool, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique ;

¹ Voir A/65/859.

² Voir Organisation mondiale de la Santé, *Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-24 mai 2011, Résolutions et décisions, annexes* (WHA64/2011/REC/1).

21. Reconnaissons que les conditions dans lesquelles les populations vivent et leurs modes de vie ont une influence sur la santé et la qualité de la vie, et que la pauvreté, la répartition inégale des richesses, le manque d'instruction, l'urbanisation rapide et le vieillissement de la population et les déterminants économiques, sociaux, sexuels, politiques, comportementaux et environnementaux de la santé sont au nombre des facteurs qui concourent à l'incidence et à la prévalence croissantes des maladies non transmissibles ;
22. Notons avec grave préoccupation le cercle vicieux par lequel les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque aggravent la pauvreté, qui elle-même contribue à l'accroissement des taux de maladies non transmissibles, créant ainsi une menace pour la santé publique et pour le développement économique et social ;
23. Notons avec préoccupation que l'ampleur, en croissance rapide, des maladies non transmissibles touche des personnes de tous âges, de tous sexes, de toutes races et de tous niveaux de revenu, que les populations pauvres et celles en état de vulnérabilité, en particulier dans les pays en développement, assument une part disproportionnée du fardeau et que les maladies non transmissibles peuvent toucher différemment les femmes et les hommes ;
24. Notons avec préoccupation les taux croissants d'obésité dans différentes régions, en particulier chez les enfants et les adolescents, et notons les liens entre l'obésité, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique, d'une part, et les quatre principales maladies non transmissibles, qui vont de pair avec l'augmentation des dépenses de santé et la réduction de la productivité, d'autre part ;
25. Exprimons la profonde préoccupation que nous inspire le fait que les femmes assument une part disproportionnée du fardeau dans la prestation des soins et que, dans certaines populations, les femmes sont généralement moins actives physiquement que les hommes, sont plus souvent obèses et commencent à fumer dans des proportions alarmantes ;
26. Notons également avec préoccupation que la santé maternelle et infantile est intimement liée aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, plus précisément parce que la malnutrition prénatale et le faible poids à la naissance des enfants prédisposent à l'obésité, à la forte tension artérielle, aux maladies cardiaques et au diabète plus tard dans la vie, et que les pathologies liées à la grossesse, telles que l'obésité maternelle et le diabète gestationnel, sont associées à des risques similaires chez la mère et chez sa progéniture ;
27. Notons avec préoccupation les liens possibles entre les maladies non transmissibles et certaines maladies transmissibles telles que le VIH/sida, et appelons à intégrer, selon qu'il conviendra, les réponses au VIH/sida, et aux maladies non transmissibles et, à cet égard, à accorder l'attention voulue aux personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier dans les pays à forte prévalence du VIH/sida, dans le respect des priorités nationales ;
28. Reconnaissons que l'exposition à la fumée par suite de l'utilisation de réchauds inefficaces pour la cuisine ou le chauffage en intérieur contribue aux pathologies pulmonaires et respiratoires, voire peut les exacerber, l'effet en étant disproportionné chez les femmes et les enfants dans les populations pauvres où les ménages peuvent être tributaires de ce type de combustible ;
29. Reconnaissons également l'existence d'inégalités importantes quant au fardeau représenté par les maladies non transmissibles et à l'accès à la prévention et à la maîtrise de ces maladies, d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays et des communautés ;

30. Reconnaissons qu'il importe au plus haut point de renforcer les systèmes de santé, notamment l'infrastructure de soins de santé, les ressources humaines du secteur de la santé et les systèmes de protection sanitaire et sociale, en particulier dans les pays en développement, de façon à pourvoir de manière efficace et équitable aux besoins en matière de soins de santé des personnes atteintes de maladies non transmissibles ;

31. Notons avec grave préoccupation que les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque alourdissent le fardeau qui pèse sur l'individu, la famille et la collectivité, notamment par l'appauvrissement résultant d'un traitement de longue durée et des dépenses de santé correspondantes et par une perte de productivité qui compromet le revenu des ménages et aboutit à une perte de productivité pour l'individu et sa famille et pour les économies des États Membres, faisant ainsi des maladies non transmissibles un facteur contributif de la pauvreté et de la faim pouvant avoir des répercussions directes sur la réalisation des objectifs de développement arrêtés au plan international, les objectifs du Millénaire pour le développement notamment ;

32. Exprimons notre profonde préoccupation devant les répercussions préjudiciables actuelles de la crise financière et économique, de la grande instabilité des prix de l'énergie et des produits alimentaires et des inquiétudes actuelles concernant la sécurité alimentaire, ainsi que les défis croissants du changement climatique et la perte de diversité biologique et leur effet sur la maîtrise et la prévention des maladies non transmissibles, et soulignons à cet égard la nécessité de faire rapidement des efforts résolus, coordonnés et multisectoriels pour faire face à ces répercussions, tout en faisant fond sur les efforts déjà en cours ;

Relever le défi, mission de l'ensemble des acteurs publics et du corps social

33. Reconnaissons que la hausse, partout dans le monde, de la prévalence des maladies non transmissibles et de la morbidité et de la mortalité liées à ces maladies peut être en grande partie prévenue et maîtrisée par une action collective et multisectorielle de l'ensemble des États Membres et des autres acteurs compétents aux niveaux local, national, régional et mondial, et en accordant un rang de priorité plus élevé à la question des maladies non transmissibles dans la coopération pour le développement, qu'il convient d'intensifier à cet égard ;

34. Reconnaissons que la prévention doit être la pierre angulaire de la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles ;

35. Reconnaissons également qu'il importe au plus haut point de réduire le degré d'exposition de l'individu et des populations aux facteurs de risque modifiables courants des maladies non transmissibles, à savoir le tabagisme, l'alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et l'abus d'alcool, ainsi que les déterminants de ces maladies tout en renforçant la capacité de l'individu et des populations de faire des choix plus sains et d'adopter un mode de vie permettant de rester en bonne santé ;

36. Reconnaissons que la prévention et la maîtrise effectives des maladies non transmissibles exigent des pouvoirs publics une impulsion et une démarche multisectorielle en faveur de la santé, y compris la prise en compte, selon qu'il conviendra, des questions de santé dans toutes les politiques, et une approche concertée de tous les acteurs publics dans des secteurs tels que, notamment, la santé, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports, les communications, l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, la finance et le développement social et économique ;

37. Prenons acte de la contribution et du rôle important de toutes les parties prenantes, notamment l'individu, la famille et la collectivité, les organisations intergouvernementales et les institutions religieuses, la société civile, les milieux universitaires, les médias, les associations bénévoles et, le cas échéant, le secteur privé et l'industrie, à l'appui des efforts nationaux pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et reconnaissons la nécessité de soutenir plus avant le renforcement de la coordination entre ces parties prenantes de manière que ces efforts gagnent en efficacité ;

38. Reconnaissons qu'il existe un conflit d'intérêts fondamental entre l'industrie du tabac et la santé publique ;

39. Reconnaissons qu'une démarche intégrant des interventions fondées sur des données factuelles, financièrement abordables, d'un bon rapport coût-efficacité, menées à l'échelle de la population et intéressant de multiples secteurs peut prévenir ou réduire en grande partie l'incidence et les conséquences des maladies non transmissibles ;

40. Sommes conscients que les ressources consacrées à la lutte contre les problèmes posés par les maladies non transmissibles aux niveaux national, régional et international ne sont pas à la mesure de l'ampleur de ces problèmes ;

41. Reconnaissons qu'il importe de renforcer les capacités aux échelons local, provincial, national et régional pour faire face aux maladies non transmissibles et les combattre efficacement, en particulier dans les pays en développement, et que cette entreprise peut nécessiter des ressources humaines, financières et techniques accrues et régulières ;

42. Prenons acte de la nécessité de définir une approche multisectorielle de la santé à tous les échelons de l'État, afin de traiter les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les déterminants fondamentaux de la santé de manière globale et décisive ;

Il est possible de prévenir les maladies non transmissibles et d'en réduire sensiblement les conséquences, en sauvant des millions de vies et en évitant des souffrances indicibles. C'est pourquoi nous nous engageons à prendre les mesures suivantes :

Réduction des facteurs de risque et instauration d'environnements sains

43. Faire avancer la mise en œuvre d'interventions multisectorielles, d'un bon rapport coût-efficacité et menées à l'échelle de la population pour réduire les effets des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles, à savoir le tabagisme, l'alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et l'abus d'alcool, en appliquant les stratégies et accords internationaux pertinents, ainsi que les mesures éducatives, législatives, réglementaires et fiscales, sans préjudice du droit des États souverains de déterminer et d'établir leur politique fiscale, et autres politiques, le cas échéant, en association avec tous les secteurs intéressés, la société civile et la collectivité, selon qu'il conviendra, et en prenant les mesures suivantes :

a) Encourager la formulation de politiques publiques multisectorielles propres à créer des environnements propices et équitables pour donner à l'individu, à la famille et à la collectivité les moyens de faire des choix sains et de vivre en bonne santé ;

b) Élaborer, renforcer et appliquer, selon qu'il conviendra, des politiques publiques et des plans d'action multisectoriels en vue de promouvoir l'éducation et l'information sanitaires, y compris par des stratégies et des programmes scolaires et extrascolaires d'éducation et d'information fondés sur des données factuelles, et par des campagnes de sensibilisation du

public, qui sont d'importants moyens d'accroître la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, sachant que de nombreux pays ont à peine commencé à prêter une forte attention à l'information sanitaire ;

c) Accélérer la mise en œuvre par les États parties de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac, en envisageant dans toute leur étendue les mesures requises, y compris les mesures visant à réduire la consommation et l'offre de tabac, et encourager les pays qui ne l'ont pas encore fait à envisager d'adhérer à la Convention-cadre, sachant que réduire sensiblement la consommation de tabac concourt grandement à faire reculer les maladies non transmissibles et est porteur d'effets bénéfiques considérables sur la santé de l'individu et la situation sanitaire des pays, et que les mesures d'augmentation des prix et de taxation sont un moyen efficace et non négligeable de réduire la consommation de tabac ;

d) Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, y compris, le cas échéant, en adoptant des politiques et mesures visant à encourager dans l'ensemble de la population des habitudes alimentaires saines et la pratique accrue d'activités physiques, y compris dans toutes les sphères de la vie quotidienne, en s'attachant par exemple en priorité à promouvoir les cours d'éducation physique intenses et réguliers dans les écoles, les projets d'aménagement urbain et de réorganisation des transports propres à encourager des modes de déplacement actifs, les mesures d'incitation en faveur de programmes instaurant des habitudes saines sur le lieu de travail, et la création d'un plus grand nombre d'espaces sûrs dans les parcs publics et de lieux de récréation se prêtant à l'activité physique ;

e) Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, sans méconnaître la nécessité d'élaborer des plans d'action appropriés à l'échelon national, en consultation avec les parties intéressées, en vue de la formulation de politiques et de programmes spécifiques, compte tenu notamment de l'éventail complet des actions énumérées dans la Stratégie mondiale, faire mieux prendre conscience des problèmes résultant de l'usage nocif de l'alcool, en particulier chez les jeunes, et inviter l'Organisation mondiale de la Santé à intensifier ses efforts pour aider les États Membres à cet égard ;

f) Promouvoir l'application de l'Ensemble de recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants¹, y compris les aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, sachant que les recherches montrent que les aliments pour enfants font l'objet de campagnes publicitaires intenses, qu'une forte proportion des aliments ainsi promus ont une teneur en graisse, en sucre ou en sel élevée et que les publicités diffusées à la télévision influencent les préférences alimentaires, les demandes d'achat et les habitudes de consommation de l'enfant, et compte tenu, le cas échéant, de la législation et des politiques nationales en vigueur ;

g) Promouvoir l'élaboration ou entreprendre la mise en œuvre, selon qu'il conviendra, d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité visant à réduire la consommation de sel, de sucre et de graisses saturées, et à éliminer les gras trans dans les aliments de fabrication industrielle, y compris en décourageant la production et la commercialisation d'aliments

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17-21 mai 2010, Résolutions et décisions, annexes* (WHA63/2010/REC/1), annexe 4.

contribuant à des régimes alimentaires nocifs pour la santé, compte dûment tenu de la législation et des politiques en vigueur ;

h) Encourager des politiques qui appuient la production et la fabrication d'aliments contribuant à un régime alimentaire sain, facilitent l'accès à ces aliments et offrent de plus amples possibilités d'utiliser des produits et denrées alimentaires sains issus de l'agriculture locale, contribuant ainsi aux efforts pour faire face aux défis de la mondialisation et mettre à profit les chances créées par elle, et pour assurer la sécurité alimentaire ;

i) Promouvoir, protéger et encourager l'allaitement au sein, y compris, selon qu'il conviendra, comme mode exclusif d'allaitement pendant les six premiers mois environ après la naissance, compte tenu du fait que l'allaitement au sein réduit la vulnérabilité aux infections et le risque de sous-nutrition, favorise la croissance du nourrisson et du jeune enfant et aide à réduire le risque de pathologies telles que l'obésité et les maladies non transmissibles plus tard dans la vie, et renforcer à cet égard l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel¹ et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

j) Promouvoir un accès accru à des campagnes de vaccination d'un bon rapport coût-efficacité pour la prévention des infections associées aux cancers, dans le cadre des programmes d'immunisation nationaux ;

k) Promouvoir un accès accru à des programmes de dépistage du cancer d'un bon rapport coût-efficacité selon la situation nationale ;

l) Appliquer à plus grande échelle, selon que de besoin, l'ensemble des interventions ayant fait la preuve de leur efficacité telles que les campagnes de promotion de la santé et de prévention primaire, et se mobiliser en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles par une véritable intervention multisectorielle, en ce qui concerne les facteurs de risque et les déterminants de la santé ;

44. En vue de renforcer la contribution du secteur privé à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles, engager celui-ci, selon qu'il conviendra, à :

a) Prendre des mesures pour donner effet à l'ensemble de recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé tendant à réduire les effets de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées nocifs pour la santé à destination de l'enfant, compte tenu de la législation et des politiques nationales en vigueur ;

b) Envisager de produire et de promouvoir davantage de produits alimentaires compatibles avec un régime sain, notamment en modifiant la formule de certains produits de façon à offrir des options plus saines qui soient accessibles, d'un prix abordable et conformes aux normes pertinentes en matière d'information sur les éléments nutritifs et d'étiquetage, y compris en ce qui concerne la teneur en sucres, en sel et en graisses, y compris, le cas échéant, en gras trans ;

¹ Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.

c) Promouvoir et créer un environnement propice à des comportements sains chez les travailleurs, en prenant notamment des mesures de sécurité et d'hygiène pour faire des lieux de travail des espaces non fumeurs, sans danger et sains, y compris, le cas échéant, en instaurant une bonne culture d'entreprise et en établissant des programmes pour le bien-être au travail et des plans d'assurance maladie ;

d) S'employer à réduire l'utilisation du sel dans l'industrie alimentaire de façon à diminuer la consommation de sodium ;

e) Contribuer aux efforts tendant à rendre les médicaments et les techniques de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles plus accessibles et plus abordables ;

Renforcement des politiques et systèmes de santé nationaux

45. Promouvoir, établir ou soutenir et renforcer d'ici à 2013, selon qu'il conviendra, des politiques et des plans nationaux multisectoriels de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, compte tenu, selon qu'il conviendra, du Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et des objectifs qui y sont énoncés, et prendre des mesures pour appliquer ces politiques et ces plans :

a) Renforcer les politiques et les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et les intégrer, selon qu'il conviendra, dans les processus de planification en matière de santé et le programme de développement national de chaque État Membre ;

b) Poursuivre, selon qu'il conviendra, le renforcement sur tous les plans des systèmes de santé de manière à promouvoir les soins de santé primaires, à offrir des réponses efficaces, durables et coordonnées et des services essentiels fondés sur des données factuelles, d'un bon rapport coût-efficacité, équitables et intégrés pour lutter contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles et pour prévenir, traiter et soigner ces maladies, sachant qu'il importe d'encourager l'autonomisation et la réadaptation du patient et les soins palliatifs pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles, ainsi que le suivi tout au long de la vie compte tenu du caractère souvent chronique de ces maladies ;

c) Selon les priorités nationales, et compte tenu de la situation locale, accroître en leur donnant un degré de priorité élevé l'enveloppe budgétaire destinée à financer la lutte contre les facteurs de risque et la surveillance, la prévention, le dépistage précoce et le traitement des maladies non transmissibles, ainsi que les soins et aides connexes, y compris les soins palliatifs ;

d) Étudier la possibilité de fournir des ressources adéquates, prévisibles et constantes, par des sources nationales, bilatérales, régionales et multilatérales, y compris les mécanismes de financement traditionnels et les mécanismes volontaires innovants ;

e) Poursuivre et promouvoir des approches sexospécifiques de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles, sur la base de données ventilées par sexe et par tranche d'âge, de façon à tenir compte des différences essentielles dans les risques de morbidité et de mortalité liés aux maladies non transmissibles propres aux femmes et aux hommes ;

f) Promouvoir une action multisectorielle et multipartite dans le but de ralentir, d'enrayer et d'inverser la tendance à la progression de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes, respectivement ;

g) Reconnaître que, lorsqu'il existe des disparités en matière de santé entre les peuples autochtones et les populations non autochtones quant à l'incidence des maladies non transmissibles et aux facteurs de risque qui leur sont communs, ces disparités procèdent souvent de facteurs d'ordre historique, économique et social, encourager la participation des peuples et communautés autochtones à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques, plans et programmes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, selon qu'il conviendra, favoriser la mise en place et le renforcement de capacités à divers niveaux et reconnaître le patrimoine culturel et le savoir traditionnel des peuples autochtones, tout en respectant, en préservant et en promouvant, selon qu'il conviendra, leur médecine traditionnelle, notamment par la préservation de leurs plantes, animaux et minéraux médicinaux vitaux ;

h) Reconnaître en outre les potentialités et la contribution du savoir traditionnel et local et, à cet égard, respecter et préserver, conformément aux capacités, priorités, législations pertinentes et circonstances nationales, la connaissance et l'utilisation efficace et en toute sécurité de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnels, compte dûment tenu de la situation de chaque pays ;

i) Ne ménager aucun effort pour renforcer les initiatives globales, durables et d'un bon rapport coût-efficacité d'inspiration nationale menées dans tous les secteurs aux fins de la prévention des maladies non transmissibles, avec la participation active et entière des personnes atteintes de ces maladies, de la société civile et du secteur privé, selon qu'il conviendra ;

j) Promouvoir la production, la formation et le maintien des agents de santé en vue de faciliter le déploiement d'effectifs suffisants en personnel de santé qualifié dans les pays et les régions, conformément au Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement international des personnels de santé¹ ;

k) Renforcer, selon qu'il conviendra, les systèmes d'information pour la planification et la gestion de la santé, notamment grâce à la collecte, à la ventilation, à l'analyse, à l'interprétation et à la diffusion de données ainsi qu'à la mise en place de registres d'état civil et à la réalisation d'enquêtes sur la population à l'échelle nationale, le cas échéant, afin que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'interventions appropriées en temps voulu ;

l) Selon les priorités nationales, privilégier davantage la surveillance, la détection précoce, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles, la prévention et la lutte contre ces maladies, et améliorer l'accès à des médicaments de qualité sûrs, abordables et efficaces et aux technologies pour les diagnostiquer et les traiter ; assurer un accès durable aux médicaments et aux technologies, notamment en élaborant et en mettant en œuvre des directives fondées sur les faits pour le traitement des maladies non transmissibles ainsi qu'en procédant à l'achat et à la distribution efficaces des médicaments dans les pays ; et renforcer les options de financement viables et promouvoir le recours aux médicaments abordables, dont les médicaments génériques, ainsi qu'un meilleur accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation, en particulier au niveau local ;

m) Selon l'ordre de priorité établi par le pays, veiller à généraliser les interventions efficaces, éprouvées et à faible coût qui offrent la possibilité de traiter les personnes atteintes de

¹ Voir Organisation mondiale de la Santé, *Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17-21 mai 2010, Résolutions et décisions, annexes (WHA63/2010/REC/1), annexe 5.*

maladies non transmissibles, de protéger les personnes à risque et de réduire les risques au sein de la population ;

n) Reconnaître qu'il importe d'offrir à l'ensemble de la population des systèmes nationaux de santé, en particulier en mettant en place des dispositifs de soins de santé primaires et de protection sociale, afin d'assurer l'accès aux soins de santé pour tous, en particulier pour les couches les plus défavorisées de la population ;

o) Promouvoir la prise en compte de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de santé en matière de sexualité et de procréation et les programmes de santé maternelle et infantile, en particulier au niveau des soins de santé primaires, ainsi que dans d'autres programmes, le cas échéant, et intégrer les interventions dans ces domaines dans les programmes de prévention des maladies non transmissibles ;

p) Promouvoir l'accès à des programmes complets et à faible coût de prévention, de traitement et de soins aux fins de la gestion intégrée des maladies non transmissibles, y compris un meilleur accès à des médicaments et diagnostics abordables, sûrs, efficaces et de qualité et à d'autres technologies, notamment en ayant recours aux flexibilités prévues par les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) ;

q) Améliorer les services de diagnostic, notamment en augmentant la capacité des services de laboratoire et d'imagerie et l'accès à ceux-ci par une dotation appropriée en personnel qualifié et collaborer avec le secteur privé pour rendre plus abordables et accessibles le matériel et les technologies de diagnostic et pour en améliorer l'entretien ;

r) Favoriser les alliances et les réseaux qui regroupent des acteurs nationaux, régionaux et mondiaux, notamment des instituts universitaires et de recherche, en vue de mettre au point de nouveaux médicaments, vaccins, diagnostics et technologies, en tirant parti de l'expérience acquise dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, entre autres, compte tenu des priorités et stratégies nationales ;

s) Renforcer les infrastructures de santé, notamment pour l'achat, le stockage et la distribution de médicaments, en particulier les réseaux de transport et de stockage, afin de faciliter la prestation des services en toute efficacité ;

Coopération internationale, y compris les partenariats

46. Renforcer la coopération internationale à titre d'appui aux plans nationaux, régionaux et mondiaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment par l'échange de pratiques optimales dans les domaines de la promotion de la santé, de la législation, de la réglementation et du renforcement des systèmes de santé, de la formation du personnel de santé, de la mise en place d'infrastructures de santé appropriées et de la mise au point de diagnostics, ainsi que la promotion de la mise au point et de la diffusion de technologies idoines et abordables et leur transfert durable à des conditions convenues d'un commun accord et la production de médicaments et de vaccins abordables, sûrs, efficaces et de qualité, tout en reconnaissant le rôle de chef de file que joue à cet égard l'Organisation mondiale de la Santé en tant que principale institution spécialisée en matière de santé ;

47. Reconnaître la contribution de l'aide destinée au secteur de la santé sans oublier qu'il faut faire davantage. Nous demandons que soient honorés tous les engagements pris au titre de l'aide publique au développement, notamment celui pris par de nombreux pays développés d'atteindre l'objectif

consistant à consacrer 0,7 pour cent du revenu national brut à l'aide publique au développement d'ici à 2015, ainsi que ceux découlant du Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2011-2020¹, et engageons fermement les pays développés qui ne l'ont pas encore fait à entreprendre des efforts concrets supplémentaires pour s'acquitter de leurs engagements ;

48. Souligner l'importance que revêtent la coopération Nord-Sud, la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles s'agissant de promouvoir aux niveaux national, régional et international un environnement favorable à des modes de vie et des choix sains, étant entendu que loin de la remplacer la coopération Sud-Sud vient compléter la coopération Nord-Sud ;

49. Promouvoir tous les moyens permettant de recenser et de mobiliser des ressources financières suffisantes, prévisibles et durables ainsi que les ressources humaines et techniques nécessaires, et envisager d'appuyer des méthodes novatrices, peu coûteuses et volontaires de financement à long terme de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, compte tenu des objectifs du Millénaire pour le développement ;

50. Reconnaître la contribution de la coopération et de l'assistance internationales à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles et, à cet égard, encourager la prise en compte continue des maladies non transmissibles dans les programmes et initiatives de coopération pour le développement ;

51. Demander à l'Organisation mondiale de la Santé, en sa qualité de principale institution spécialisée des Nations Unies en matière de santé, aux autres organismes, fonds et programmes compétents des Nations Unies, aux institutions financières internationales, aux banques de développement et aux autres organisations internationales de premier plan de coordonner leurs activités en vue d'appuyer les efforts faits à l'échelle nationale pour prévenir les maladies non transmissibles et lutter contre celles-ci et pour en atténuer les effets ;

52. Demander instamment aux organisations internationales de continuer à fournir une assistance technique et des services de renforcement des capacités aux pays en développement, en particulier aux moins avancés, dans les domaines de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, et de la promotion de l'accès aux médicaments pour tous, notamment en ayant recours aux flexibilités et aux dispositions prévues par les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ;

53. Améliorer la qualité de l'aide en renforçant la maîtrise nationale, la concordance, l'harmonisation, la prévisibilité, la responsabilité mutuelle et la transparence et en mettant davantage l'accent sur les résultats ;

54. Amener les acteurs non sanitaires et les principales parties prenantes, selon qu'il conviendra, notamment le secteur privé et la société civile, à nouer des partenariats en vue de promouvoir la santé et de réduire les facteurs de risque de maladie non transmissible, notamment en donnant aux populations les moyens de promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains ;

55. Favoriser les partenariats entre pouvoirs publics et société civile, en tirant parti de la contribution des organisations non gouvernementales œuvrant dans le secteur de la santé et des

¹ Voir *Rapport de la quatrième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, Istanbul (Turquie), 9-13 mai 2011 (A/CONF.219/7)*, chap. II.

organisations de patients, pour appuyer, selon qu'il conviendra, la prestation de services de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, de traitement et de soins y relatifs, y compris les soins palliatifs ;

56. Promouvoir le renforcement des capacités des organisations non gouvernementales s'occupant de maladies non transmissibles aux niveaux national et régional afin de leur permettre d'exploiter pleinement leurs potentialités comme partenaires dans l'action de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles ;

Recherche-développement

57. Promouvoir activement les investissements nationaux et internationaux et renforcer les capacités nationales en matière de recherche-développement de qualité, pour tous les aspects de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, de manière durable et à faible coût, tout en notant qu'il importe de poursuivre les incitations à l'innovation ;

58. Promouvoir le recours aux technologies de l'information et des communications pour améliorer l'exécution des programmes, les prestations sanitaires, la promotion de la santé et les systèmes d'information et de surveillance et pour diffuser, selon qu'il conviendra, les informations concernant les interventions abordables, peu coûteuses, durables et de qualité, les pratiques optimales et les enseignements tirés dans le domaine des maladies non transmissibles ;

59. Appuyer et favoriser la recherche sur les maladies non transmissibles et sa traduction de façon à renforcer la base des connaissances aux fins de l'action menée aux niveaux national, régional et mondial ;

Suivi et évaluation

60. Renforcer, selon qu'il conviendra, les systèmes nationaux de surveillance et de suivi, y compris les enquêtes qui sont intégrées aux systèmes nationaux d'information sanitaire existants et qui portent notamment sur le suivi de l'exposition aux facteurs de risque, des prestations, des déterminants sociaux et économiques de la santé et des interventions du système de santé, sachant que ces systèmes sont indispensables pour lutter convenablement contre les maladies non transmissibles ;

61. Demander à l'Organisation mondiale de la Santé, avec la pleine participation des États Membres et compte tenu de leur situation nationale, par l'intermédiaire de ses structures existantes et en collaboration avec les organismes, fonds et programmes des Nations Unies et d'autres organisations régionales et internationales compétentes, le cas échéant, en tirant parti des efforts en cours, de mettre au point avant la fin de 2012 un cadre global mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs et pouvant être appliqué aux niveaux régional et national, notamment grâce à des démarches multisectorielles, de suivre les tendances et d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles ;

62. Demander à l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec les États Membres par l'intermédiaire des organes directeurs de l'Organisation mondiale de la Santé, et en collaboration avec les organismes, fonds et programmes des Nations Unies et d'autres organisations régionales et internationales compétentes, le cas échéant, en tirant parti des activités en cours, de formuler, avant la fin de 2012, des recommandations en vue de définir des objectifs volontaires à l'échelle mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;

63. Envisager d'établir, sur la base des directives arrêtées par l'Organisation mondiale de la Santé, des objectifs et des indicateurs nationaux fondés sur les situations nationales pour mener des initiatives visant à lutter contre les effets des maladies non transmissibles et pour évaluer les progrès entrepris en matière de prévention et de lutte contre ces maladies, les facteurs de risque et les déterminants ;

Suite à donner

64. Prier le Secrétaire général, en collaboration étroite avec le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et en consultation avec les États Membres, les fonds et programmes des Nations Unies et les autres organisations internationales compétentes, de présenter avant la fin de 2012 à l'Assemblée générale, à sa soixante-septième session, pour examen par les États Membres, des options pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace ;

65. Prier le Secrétaire général, en collaboration avec les États Membres, l'Organisation mondiale de la Santé et les fonds, programmes et institutions spécialisées compétents du système des Nations Unies, de présenter à l'Assemblée générale, à sa soixante-huitième session, un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements souscrits dans la Déclaration politique, notamment en ce qui concerne l'action multisectorielle, et leur incidence sur la réalisation des objectifs de développement arrêtés à l'échelle internationale, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement, dans la perspective de l'examen et de l'évaluation d'ensemble, en 2014, des progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

ANNEXE 3

Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé

Rio de Janeiro (Brésil), 21 octobre 2011¹

[EB130/15, annexe – 24 novembre 2011]

1. À l'invitation de l'Organisation mondiale de la Santé, nous, Chefs de Gouvernement, Ministres et représentants gouvernementaux, nous sommes réunis le 21 octobre 2011 à Rio de Janeiro pour exprimer notre détermination à atteindre l'équité sociale et en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être moyennant une approche intersectorielle globale.
2. Nous considérons que l'équité en santé est une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société et de tous les membres de la communauté internationale pour une action mondiale de « tous pour l'équité » et en faveur de la « santé pour tous ».
3. Nous rappelons avec force les principes et les dispositions qui figurent dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, dans la Déclaration d'Alma-Ata, de 1978 et dans la Charte d'Ottawa, de 1986, et qui ont été présentés lors d'une série de conférences internationales sur la promotion de la santé, où a été réaffirmé le caractère essentiel de l'équité en santé et où il a été reconnu que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques sa condition économique ou sociale. ». Nous reconnaissons que les gouvernements sont responsables de la santé de leur peuple, qu'ils ne peuvent garantir qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales adéquates, et que les efforts nationaux doivent s'inscrire dans un environnement international propice.
4. Nous réaffirmons que les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables, et que la promotion de l'équité en santé est essentielle au développement durable, à une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous, facteurs qui contribuent à la paix et à la sécurité.
5. Nous réaffirmons notre détermination à agir sur les déterminants sociaux de la santé, conformément à la décision prise collectivement par l'Assemblée mondiale de la Santé et qui est reflétée dans la résolution WHA62.14 (« Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé »), dans laquelle elle prend note des trois recommandations principales de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé : améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

¹ Voir la résolution EB130.R11.

6. Les inégalités en matière de santé sont le fruit des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des conditions sociétales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants englobent les expériences vécues dans les premières années de la vie, l'éducation, le statut économique, l'emploi, le travail décent, le logement et l'environnement, et l'efficacité des systèmes de prévention et de traitement des maladies. Nous sommes convaincus qu'il est essentiel d'agir sur ces déterminants, pour les groupes vulnérables et pour l'ensemble de la population, afin de créer des sociétés soucieuses de n'exclure personne, équitables, économiquement productives et en bonne santé. Considérer la santé et le bien-être comme des caractéristiques parmi les plus importantes d'une société prospère, juste et qui n'exclut personne, au XXI^e siècle, va dans le sens de notre engagement en faveur des droits de l'homme aux niveaux national et international.

7. La bonne santé repose sur l'existence d'un système de santé de qualité, universel, complet, équitable, efficace, répondant aux besoins et accessible, mais dépend aussi de la participation d'autres secteurs et acteurs, et du dialogue avec eux, dans la mesure où leur action a des conséquences importantes sur la santé. La collaboration dans le cadre de politiques coordonnées et intersectorielles s'est révélée efficace. L'intégration de la santé dans toutes les politiques, accompagnée d'une collaboration et d'une action intersectorielles, est une approche prometteuse pour renforcer la responsabilisation en matière de santé dans d'autres secteurs et la promotion de l'équité en santé et l'existence de sociétés intégratrices et productives. En tant que buts communs, la santé et le bien-être de tous doivent être considérés comme absolument prioritaires aux niveaux local, national, régional et international.

8. Nous reconnaissons la nécessité de faire davantage d'efforts afin d'accélérer les progrès dans la lutte contre les inégalités dans la répartition des ressources consacrées à la santé et contre les conditions dommageables pour la santé à tous les niveaux. Sur la base des expériences échangées lors de cette Conférence, nous exprimons notre volonté politique de faire de l'équité en santé un but national, régional et mondial et de relever les défis actuels, par exemple éliminer la faim et la pauvreté, assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'accès à une eau de boisson sans risque pour la santé et à des moyens d'assainissement, l'emploi, le travail décent et la protection sociale, protéger l'environnement et assurer une croissance économique équitable, en agissant résolument sur les déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Nous reconnaissons également qu'en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, nous pouvons contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

9. La crise économique et financière mondiale actuelle impose d'adopter d'urgence des mesures en vue de réduire les inégalités sanitaires croissantes et d'éviter une dégradation des conditions de vie et une détérioration des systèmes de soins de santé et de protection sociale à caractère universel.

10. Nous reconnaissons qu'il faut agir sur les déterminants sociaux de la santé tant dans les pays qu'au niveau mondial. Nous soulignons qu'il est essentiel d'accroître les capacités des acteurs mondiaux, par le biais d'une meilleure gouvernance mondiale, de la promotion de la coopération internationale et du développement international, de la participation à l'élaboration des politiques et du suivi des progrès, pour contribuer aux efforts nationaux et locaux en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. L'action sur les déterminants sociaux de la santé doit être adaptée au contexte national et local de chaque pays et de chaque région pour tenir compte des différents systèmes sociaux, culturels et économiques mais les données de la recherche et les expériences tirées de la mise en œuvre de politiques sur les déterminants sociaux de la santé montrent toutefois que toutes les actions réussies présentent des caractéristiques communes. La lutte contre les inégalités en santé passe par cinq mesures essentielles : i) adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement ; ii) promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ; iii) réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé ; iv) renforcer la

gouvernance et la collaboration mondiales ; et v) suivre les progrès et accroître la responsabilisation. L'action sur les déterminants sociaux de la santé signifie donc que nous, représentants gouvernementaux, nous efforcerons individuellement et collectivement, avec le soutien de la communauté internationale, d'élaborer et de soutenir des politiques, des stratégies, des programmes et des plans d'action relatifs aux déterminants sociaux de la santé, et notamment :

11. D'adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement

11.1 Reconnaissant que, en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, la gouvernance suppose de prendre des décisions de manière transparente et participative, en permettant à tous les groupes et secteurs concernés de s'exprimer, et d'élaborer des politiques efficaces et débouchant sur des résultats clairs et mesurables, qui permettent de renforcer la responsabilisation et, surtout, soient justes tant dans leur élaboration que dans leurs résultats ;

11.2 Nous nous engageons :

- i) à intervenir dans différents secteurs et à différents niveaux de gouvernement, y compris, le cas échéant, par le biais de stratégies nationales de développement, en tenant compte de leur contribution à la santé et à l'équité en santé et en ayant conscience du rôle crucial de sensibilisation joué par les ministères de la santé à cet égard ;
- ii) à élaborer des politiques qui n'excluent personne et tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables et aux régions à haut risque ;
- iii) à soutenir des programmes de recherche complets et des enquêtes pour déterminer les politiques et l'action ;
- iv) à faire en sorte que les décideurs soient sensibilisés aux conséquences de toutes les politiques sur la santé, en tiennent compte et rendent davantage de comptes à cet égard ;
- v) à élaborer des approches, y compris à conclure des partenariats efficaces, pour faire participer d'autres secteurs afin de déterminer leur rôle, à titre individuel ou collectif, dans l'amélioration de la santé et dans la réduction des inégalités en santé ;
- vi) à soutenir tous les secteurs dans la mise au point d'outils et le développement de capacités concernant les déterminants sociaux de la santé aux niveaux national et international ;
- vii) à favoriser la collaboration avec le secteur privé, en nous prémunissant des conflits d'intérêt, afin de contribuer à la santé moyennant des politiques et des mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé ;
- viii) à appliquer la résolution WHA62.14, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé prend note des recommandations qui figurent dans le rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;
- ix) à renforcer la santé, la sécurité et la protection de la santé au travail, et leur supervision, et à encourager les secteurs public et privé à offrir des conditions de travail favorables à la santé afin de promouvoir la santé pour tous ;

- x) à promouvoir et à renforcer l'accès universel aux services sociaux et aux socles de protection sociale ;
- xi) à accorder une attention particulière, dans les politiques publiques et les services sociaux et de santé, aux questions relatives aux différences entre les sexes et au développement du jeune enfant ;
- xii) à promouvoir l'accès à des médicaments abordables, sûrs, efficaces et de qualité, y compris en mettant pleinement en œuvre la Stratégie mondiale et plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.
- xiii) à renforcer la coopération internationale en vue de promouvoir l'équité en santé dans tous les pays en facilitant, selon des modalités convenues d'un commun accord, le transfert de compétences, de technologies et de données scientifiques dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, ainsi que l'échange de bonnes pratiques pour gérer la mise au point de politiques intersectorielles.

12. De promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques

12.1 Reconnaissant l'importance des processus participatifs dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques pour une gouvernance permettant d'agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé ;

12.2 Nous nous engageons :

- i) à promouvoir une prise de décisions, une mise en œuvre et une responsabilisation pour la santé et la gouvernance sanitaire participatives et transparentes à tous les niveaux, y compris en améliorant l'accès à l'information et à la justice et la participation publique ;
- ii) à donner un rôle prépondérant aux communautés et à renforcer la contribution de la société civile à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en adoptant des mesures permettant leur participation effective à la prise de décisions dans l'intérêt du public ;
- iii) à promouvoir des approches participatives et transparentes de la gouvernance, qui permettent de s'engager précocement auprès des secteurs touchés à tous les niveaux des pouvoirs publics et qui soutiennent la participation sociale et celle de la société civile et du secteur privé, tout en évitant les conflits d'intérêts ;
- iv) à tenir compte des déterminants sociaux qui sont à l'origine d'inégalités en santé persistantes s'agissant des peuples autochtones, dans l'esprit de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, et de leurs besoins spécifiques et à promouvoir une collaboration constructive avec ces peuples pour l'élaboration et l'application de politiques et de programmes pertinents ;
- v) à tenir compte des contributions de la société civile et de ses capacités à agir sur les déterminants sociaux de la santé, pour la sensibilisation, pour la mobilisation sociale et pour la mise en œuvre ;
- vi) à promouvoir l'équité en santé dans tous les pays, en particulier grâce à l'échange de bonnes pratiques concernant la participation accrue à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ;

- vii) à promouvoir la participation pleine et effective des pays développés et des pays en développement à la formulation et à la mise en œuvre de politiques et de mesures sur les déterminants sociaux de la santé au niveau international.

13. De réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé

13.1 Reconnaissant que l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité, le coût abordable et la qualité des soins de santé et des services de santé publique sont essentiels à la possession du meilleur état de santé possible – qui est l'un des droits fondamentaux de tout être humain – et que le secteur de la santé doit agir fermement pour réduire les inégalités en santé ;

13.2 Nous nous engageons :

- i) à maintenir et à élaborer des politiques de santé publique efficaces qui portent sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux de la santé et qui s'attachent, en particulier, à réduire les inégalités en santé ;
- ii) à renforcer les systèmes de santé pour assurer une couverture universelle équitable et promouvoir l'accès de personnes de tous âges à des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation de qualité, principalement axés sur des soins de santé primaires complets et intégrés ;
- iii) à constituer, renforcer et maintenir les capacités de santé publique, y compris celles relatives à l'action intersectorielle, concernant les déterminants sociaux de la santé ;
- iv) à constituer, renforcer et maintenir des systèmes de financement de la santé et de répartition des risques permettant d'éviter que les gens ne s'appauvrissent à la suite d'un traitement médical ;
- v) à promouvoir des mécanismes permettant de soutenir et de renforcer les initiatives communautaires concernant le financement de la santé et les systèmes de répartition des risques ;
- vi) à promouvoir des changements dans le secteur de la santé, le cas échéant, afin de fournir les capacités et les outils nécessaires pour réduire les inégalités en santé, y compris par le biais de la collaboration ;
- vii) à faire de l'équité une priorité dans les systèmes de santé et dans la conception et la prestation des services de santé et dans l'élaboration et l'application des programmes de santé publique ;
- viii) à établir un contact et à collaborer avec tous les niveaux et secteurs des pouvoirs publics par la promotion de mécanismes de dialogue, la résolution des problèmes et l'évaluation de l'impact sanitaire du point de vue de l'équité afin de recenser et de promouvoir des politiques, des programmes, des pratiques et des mesures législatives susceptibles de jouer un rôle décisif dans l'atteinte du but recherché par la présente Déclaration politique, et d'adapter ou de réformer les politiques, les programmes, les pratiques et les mesures législatives qui nuisent à la santé et à l'équité en santé ;

- ix) à échanger de bonnes pratiques et des expériences positives concernant les politiques, les stratégies et les mesures permettant de réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé.

14. De renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales

14.1 Reconnaissant l'importance de la coopération et de la solidarité internationales pour le bien équitable de tous les peuples et le rôle important que jouent les organisations multilatérales dans l'élaboration de normes et de lignes directrices et le recensement de bonnes pratiques pour soutenir les mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé, dans la promotion de l'accès aux ressources financières et la coopération technique et dans l'examen et, le cas échéant, la modification stratégique des politiques et des pratiques qui ont un impact négatif sur la santé et le bien-être des populations ;

14.2 Nous nous engageons :

- i) à adopter des approches politiques cohérentes fondées sur le droit de posséder le meilleur état de santé possible, en tenant compte du droit au développement, auquel font notamment référence la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, de 1993, qui mettront davantage l'accent sur les déterminants sociaux de la santé en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;
- ii) à soutenir les socles de protection sociale définis par les pays pour répondre à leurs besoins particuliers et les activités relatives à la protection sociale menées au sein du système des Nations Unies, y compris à l'Organisation internationale du Travail ;
- iii) à aider les gouvernements nationaux, les organisations internationales, les entités non gouvernementales et d'autres à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à tout faire pour que les efforts déployés afin d'atteindre les buts de développement international et ceux destinés à améliorer l'équité en santé soient complémentaires ;
- iv) à accélérer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac par les États Parties, en tenant compte de l'éventail complet des mesures, y compris celles destinées à réduire la consommation de tabac et la disponibilité du tabac, et à encourager les pays qui ne l'ont pas encore fait à envisager d'adhérer à la Convention-cadre car nous reconnaissons qu'une diminution substantielle de la consommation de tabac influe considérablement sur les déterminants sociaux de la santé et vice versa ;
- v) à faire avancer l'application, aux niveaux local, national et international, des mesures énoncées dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles – en mettant l'accent sur la réduction des inégalités en santé ;
- vi) à soutenir le rôle de premier plan joué par l'Organisation mondiale de la Santé dans la gouvernance sanitaire mondiale et dans la promotion de l'alignement des politiques, des plans et des activités relatifs aux déterminants sociaux de la santé, avec les organismes des Nations Unies partenaires, les banques de développement et d'autres organisations internationales importantes, y compris pour la sensibilisation conjointe et la promotion de l'assistance technique et financière aux pays et aux régions ;

- vii) à soutenir les efforts déployés par les gouvernements pour promouvoir les capacités et instaurer des mesures incitatives afin de disposer durablement de personnel dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines, notamment ceux où les besoins sont les plus grands ;
- viii) à renforcer les capacités des gouvernements nationaux à agir sur les déterminants sociaux de la santé en facilitant l'acquisition de compétences et l'accès aux ressources grâce au soutien des organismes des Nations Unies concernés, en particulier l'Organisation mondiale de la Santé ;
- ix) à favoriser la coopération Nord-Sud et Sud-Sud en donnant des initiatives en exemple, en renforçant les capacités et en facilitant le transfert de technologies, selon des modalités convenues d'un commun accord, pour une action intégrée sur les inégalités en santé, conformément aux priorités et aux besoins nationaux, y compris en ce qui concerne les services de santé et la production pharmaceutique, le cas échéant.

15. De suivre les progrès et d'accroître la responsabilisation

15.1 Reconnaissant que le suivi de l'évolution des inégalités en santé et de l'impact des mesures prises pour les combattre est essentiel pour accomplir de réels progrès, que les systèmes d'information doivent faciliter l'établissement de liens entre les résultats sanitaires et les variables de stratification sociale et que les mécanismes de responsabilisation destinés à orienter l'élaboration des politiques dans tous les secteurs sont essentiels, compte tenu des différents contextes nationaux ;

15.2 Nous nous engageons :

- i) à mettre en place, renforcer et maintenir des systèmes de suivi permettant d'obtenir des données ventilées pour évaluer les inégalités en ce qui concerne les résultats sanitaires et l'allocation et l'utilisation des ressources ;
- ii) à définir et à appliquer, sur l'ensemble du gradient social, des mesures solides, factuelles et fiables en faveur du bien-être de la société, qui ne se limitent pas à la croissance économique, en nous appuyant si possible sur des indicateurs, des normes et des programmes existants ;
- iii) à promouvoir la recherche sur les liens entre déterminants sociaux et équité des résultats sanitaires, en mettant l'accent sur l'évaluation de l'efficacité des interventions ;
- iv) à communiquer systématiquement les données et les tendances pertinentes aux différents secteurs afin de modeler les politiques et l'action ;
- v) à améliorer l'accès de tous les secteurs de la société aux résultats du suivi et de la recherche ;
- vi) à évaluer les conséquences des politiques sur la santé et d'autres biens de la société et en tenir compte dans l'élaboration des politiques ;
- vii) à utiliser des mécanismes intersectoriels tels que l'intégration de la santé dans toutes les politiques pour lutter contre les inégalités et agir sur les déterminants sociaux de la santé ; à améliorer l'accès à la justice et à garantir la responsabilisation, qui peut faire l'objet d'un suivi ;

- viii) à soutenir le rôle de premier plan joué par l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, en ce qui concerne le renforcement du suivi des progrès accomplis dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et la fourniture aux États Membres d'orientations et d'un appui pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques afin de lutter contre les inégalités en santé ;
- ix) à aider l'Organisation mondiale de la Santé à suivre les recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant ;
- x) à promouvoir des mécanismes de suivi appropriés qui tiennent compte du rôle de toutes les parties concernées, y compris de la société civile, des organisations non gouvernementales et du secteur privé, en prévoyant des mesures appropriées pour éviter les conflits d'intérêt au cours du processus de suivi et d'évaluation ;
- xi) à promouvoir l'équité en santé dans les pays et entre les pays, en suivant les progrès au niveau international et en améliorant la responsabilisation collective dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, en particulier par l'échange de bonnes pratiques à cet égard ;
- xii) à parvenir à l'accès universel et à améliorer le recours à des technologies de l'information participatives et à l'innovation pour les principaux déterminants sociaux de la santé.

16. *Appel à une action mondiale*

16.1 Nous, Chefs de Gouvernement, Ministres et représentants gouvernementaux, réaffirmons solennellement notre détermination à agir sur les déterminants sociaux de la santé pour créer des sociétés dynamiques, qui n'excluent personne, équitables, économiquement productives et en bonne santé, et à relever les défis nationaux, régionaux et mondiaux du développement durable. Nous soutenons fermement ces objectifs communs et nous sommes déterminés à les atteindre.

16.2 Nous appelons l'Organisation mondiale de la Santé, les organismes des Nations Unies et les autres organisations internationales à défendre et coordonner la mise en œuvre de ces mesures et à collaborer avec nous à cet égard. Nous reconnaissons que pour agir au niveau mondial sur les déterminants sociaux, il faudra que l'Organisation mondiale de la Santé et les autres organisations multilatérales acquièrent davantage de capacités et de connaissances pour élaborer et diffuser des normes, des critères et des bonnes pratiques. Nos valeurs communes et nos responsabilités envers l'humanité nous obligent à tenir notre promesse d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Nous sommes persuadés qu'il s'agit non seulement d'un impératif moral et du point de vue des droits de l'homme mais aussi d'une action indispensable pour promouvoir le bien-être de l'humanité, la paix, la prospérité et le développement durable. Nous appelons la communauté internationale à soutenir les pays en développement dans la mise en œuvre de ces mesures, par l'échange des meilleures pratiques, la fourniture d'une assistance technique et un accès facilité aux ressources financières, tout en réaffirmant la teneur de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et du Consensus de Monterrey issu de la Conférence internationale sur le financement du développement.

16.3 Nous exhortons les pays développés qui se sont engagés à consacrer 0,7 % de leur PNB à l'aide publique au développement d'ici 2015 et ceux qui ne l'ont pas encore fait à consentir concrètement des efforts supplémentaires pour honorer leurs engagements à cet égard. Nous exhortons également les pays en développement à s'appuyer sur les progrès accomplis pour que l'aide publique au développement serve effectivement à atteindre les buts et les cibles en matière de développement.

16.4 Bientôt, les dirigeants mondiaux se réuniront à nouveau à Rio de Janeiro pour étudier comment relever le défi du développement durable lancé il y a vingt ans. La présente Déclaration politique reconnaît que d'importantes politiques sont nécessaires pour parvenir à la fois au développement durable et à l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

16.5 Nous recommandons de tenir dûment compte de l'approche des déterminants sociaux dans le cadre de la réforme actuelle de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous recommandons également à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter une résolution pour approuver la présente Déclaration politique.

ANNEXE 4

Confirmation d'amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel¹

[EB130/28 – 8 décembre 2011]

1. Les amendements au Règlement du Personnel qui ont été apportés par le Directeur général sont soumis au Conseil exécutif pour confirmation conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel.²
2. Les amendements exposés dans la section I du présent document découlent des décisions devant être prises par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-sixième session, sur la base des recommandations faites par la Commission de la Fonction publique internationale dans son rapport annuel pour 2011.³ Si l'Assemblée générale des Nations Unies n'approuve pas les recommandations de la Commission, il sera publié un additif au présent document.
3. L'amendement exposé dans la section II du présent document s'appuie sur l'expérience et va dans le sens d'une bonne gestion des ressources humaines.
4. Les amendements pour l'exercice 2012-2013 entraînent des dépenses supplémentaires négligeables au titre du budget ordinaire ; elles seront couvertes par les allocations appropriées fixées pour chaque Région et pour les activités mondiales et interrégionales, et par des sources de fonds extrabudgétaires.
5. L'amendement au Règlement du Personnel exposé dans la section II figure à [l'appendice 1].

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

Rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur

6. La Commission a recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'augmenter de 0,13 % 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

¹ Voir les résolutions EB130.R15 et EB130.R16.

² Organisation mondiale de la Santé, Documents fondamentaux, 47^e éd., Genève, 2009.

³ Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale pour 2011. *Assemblée générale, documents officiels, soixante-sixième session, supplément N° 30* (document A/66/30).

consiste à accroître le traitement de base tout en réduisant proportionnellement les points d'ajustement (selon le principe « ni perte-ni gain »), à compter du 1^{er} janvier 2012.

7. La Commission a également recommandé à l'Assemblée générale les taux de contribution du personnel révisés devant être utilisés pour déterminer les traitements de base bruts [(voir l'appendice 2)] ; elle a également recommandé que ces taux soient examinés tous les trois ans et révisés s'il y a lieu.

8. Des amendements à l'appendice 1 du Règlement du Personnel ont été élaborés en conséquence et figurent dans [l'appendice 1, additif].

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 6 ci-dessus, le Directeur général propose, conformément à l'article 3.1 du Statut du Personnel, que le Conseil exécutif recommande à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé une modification du traitement des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2012, le traitement brut des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux sera de US \$174 214 par an et le traitement net de US \$133 950 (avec personnes à charge) ou de US \$121 297 (sans personnes à charge).

10. Sur la base des ajustements de traitement susmentionnés, la modification du traitement à autoriser par l'Assemblée de la Santé concernant le Directeur général adjoint porterait, à compter du 1^{er} janvier 2012, le traitement brut à US \$191 491 par an, avec un traitement net correspondant de US \$146 044 (avec personnes à charge) ou de US \$131 432 (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^{er} janvier 2012 sera par conséquent un traitement brut de US \$251 540 par an, soit un traitement net de US \$176 501 (avec personnes à charge) ou de US \$156 964 (sans personnes à charge).

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

Amendement au Règlement du Personnel

Examen médical de fin d'engagement

12. L'article 1085 du Règlement du Personnel a été amendé pour disposer qu'à la demande de l'Organisation les membres du personnel se soumettent à un examen médical avant la fin de leur engagement.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

13. [Ce paragraphe contenait deux projets de résolutions qui ont été adoptés sous les cotes EB130.R15 et EB130.R16 par le Conseil à sa treizième séance.]

Appendice 1

TEXTE DE L'ARTICLE AMENDÉ DU RÈGLEMENT DU PERSONNEL**1085. EXAMEN MÉDICAL DE FIN D'ENGAGEMENT**

Avant la fin de son engagement, tout membre du personnel peut être appelé à se soumettre à un examen médical auquel procède le médecin du personnel ou un médecin désigné par l'Organisation. Si un membre du personnel néglige de se soumettre à cet examen médical dans un délai raisonnable fixé par l'Organisation, les prétentions qu'il pourra émettre à l'encontre de l'Organisation du fait d'une maladie ou de dommages corporels ayant prétendument eu lieu avant la date de mise à effet de la fin de l'engagement ne seront pas recevables ; en outre, cette carence sera sans effet sur la date de mise à effet de la fin de l'engagement.

Appendice 1

Additif

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 personnel¹ (en dollars des États-Unis d'Amérique) (avec effet au 1^{er} janvier 2012)

		Échelons														
Classe		<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>	<i>XI</i>	<i>XII</i>	<i>XIII</i>	<i>XIV</i>	<i>XV</i>
D-2	Brut	143 282	146 278	149 275	152 370	155 494	158 619									
	Net F	112 096	114 283	116 471	118 659	120 846	123 033									
	Net C	102 981	104 827	106 666	108 500	110 329	112 147									
D-1	Brut	131 101	133 733	136 359	138 990	141 623	144 252	146 885	149 514	152 236						
	Net F	103 204	105 125	107 042	108 963	110 885	112 804	114 726	116 645	118 565						
	Net C	95 394	97 062	98 728	100 388	102 047	103 702	105 349	106 996	108 638						
P-5	Brut	108 773	111 010	113 249	115 485	117 725	119 960	122 201	124 438	126 677	128 915	131 153	133 390	135 630		
	Net F	86 904	88 537	90 172	91 804	93 439	95 071	96 707	98 340	99 974	101 608	103 242	104 875	106 510		
	Net C	80 734	82 186	83 633	85 079	86 524	87 963	89 402	90 838	92 272	93 703	95 132	96 556	97 981		
P-4	Brut	89 568	91 616	93 662	95 709	97 758	99 804	101 955	104 114	106 274	108 432	110 595	112 751	114 911	117 073	119 233
	Net F	72 467	74 044	75 620	77 196	78 774	80 349	81 927	83 503	85 080	86 655	88 234	89 808	91 385	92 963	94 540
	Net C	67 483	68 918	70 354	71 784	73 215	74 645	76 074	77 500	78 924	80 349	81 770	83 191	84 612	86 030	87 447
P-3	Brut	73 495	75 390	77 286	79 179	81 077	82 970	84 864	86 762	88 657	90 552	92 449	94 342	96 240	98 134	100 029
	Net F	60 091	61 550	63 010	64 468	65 929	67 387	68 845	70 307	71 766	73 225	74 686	76 143	77 605	79 063	80 521
	Net C	56 091	57 433	58 777	60 118	61 462	62 803	64 143	65 488	66 828	68 170	69 508	70 847	72 182	73 521	74 859
P-2	Brut	60 157	61 853	63 547	65 244	66 939	68 632	70 330	72 022	73 718	75 416	77 109	78 805			
	Net F	49 821	51 127	52 431	53 738	55 043	56 347	57 654	58 957	60 263	61 570	62 874	64 180			
	Net C	46 730	47 915	49 096	50 279	51 461	52 645	53 847	55 046	56 251	57 452	58 650	59 854			
P-1	Brut	46 951	48 448	49 936	51 564	53 190	54 818	56 449	58 081	59 705	61 335					
	Net F	39 439	40 696	41 946	43 204	44 456	45 710	46 966	48 222	49 473	50 728					
	Net C	37 202	38 359	39 516	40 671	41 827	42 982	44 138	45 280	46 416	47 553					

¹ 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).

Appendice 2

Taux de contribution du personnel devant être utilisés pour déterminer les traitements de base bruts

Les traitements de base bruts des membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur sont soumis à imposition selon les taux suivants.

Taux d'imposition applicables aux fonctionnaires avec personnes à charge (tels qu'ils sont définis aux articles 310.5.1 et 310.5.2 du Règlement du Personnel)

<i>Montant soumis à retenue (en dollars des États-Unis)</i>	<i>Taux d'imposition (en pourcentage)</i>
Première tranche de 50 000	16
Tranche suivante de 50 000	23
Tranche suivante de 50 000	27
Au-delà	30

Taux d'imposition applicables aux fonctionnaires sans personnes à charge

Le montant des contributions à verser par les fonctionnaires n'ayant ni conjoint ni enfant à charge est égal à la différence entre les traitements bruts des différents échelons à l'intérieur de chaque classe et les traitements nets correspondants (sans charges de famille).

ANNEXE 5

Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l'OMS en application de la résolution EB130.R17 et de la décision EB130(8)

[EB130/31, annexe – 23 janvier 2012]

Association du Transport aérien international*
Association internationale contre la Lèpre*
Association internationale de Logopédie et Phoniatrie*
Association internationale de Recherche dentaire*
Association internationale des Lions Clubs (Lions Clubs International)*
Association internationale pour l'Étude de la Douleur*
Association internationale pour les Résidus solides*
Association mondiale vétérinaire*
Caritas Internationalis*
CBM*
Centre européen d'Écotoxicologie et de Toxicologie des Produits chimiques*
Commission internationale de Protection contre les Rayonnements non ionisants*
Commission internationale de Protection radiologique*
Conseil international d'Ophtalmologie*
Conseil mondial de la Plomberie*
CropLife International
Fédération dentaire internationale*
Fédération Handicap International
Fédération internationale des Associations contre la Lèpre*
Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques
Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical
Fédération internationale des Sociétés d'Oto-rhino-laryngologie*
Fédération internationale de Thalassémie*
Fédération internationale du Diabète*
Fédération mondiale de l'Hémophilie*
Fédération mondiale du Cœur*
Fédération mondiale du Thermalisme et du Climatisme*
Fondation internationale pour les Yeux¹*
Helen Keller International*
Institut international des Sciences de la Vie*

* Compte tenu des rapports de collaboration pour la période considérée (2009-2011), le Comité permanent des Organisations non gouvernementales a recommandé le maintien des relations officielles avec les organisations non gouvernementales dont le nom est suivi d'un astérisque ; d'autres organisations non gouvernementales font l'objet de décisions ou d'une résolution particulière.

¹ Précédemment International Eye Foundation, Inc.

International AIDS Society*
International Medical Corps*
International Society for Environmental Epidemiology*
International Society of Doctors for the Environment*
International Spinal Cord Society
International Water Association*
Ligue internationale La Leche
Ligue mondiale contre l'Hypertension*
March of Dimes Foundation*
ORBIS International*
Organisation internationale de Surveillance et de Recherche concernant les Anomalies congénitales*
Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral*
Organisation mondiale contre la Cécité*
Organisation pour la Prévention de la Cécité*
Réseau international pour le Traitement et la Recherche contre le Cancer*
Réseau international sur la Santé, l'Environnement et la Sécurité de l'Enfant*
Rotary International*
Société international de Néphrologie
Société royale du Commonwealth pour les Aveugles (Sight Savers)¹*
Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)*
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires*
Union internationale contre le Cancer*
Union internationale contre les Infections transmises sexuellement*
Union internationale des Sociétés d'Immunologie*
Union internationale de Toxicologie*
Union mondiale des Aveugles*
World Council of Optometry*
World Hepatitis Alliance

* Compte tenu des rapports de collaboration pour la période considérée (2009-2011), le Comité permanent des Organisations non gouvernementales a recommandé le maintien des relations officielles avec les organisations non gouvernementales dont le nom est suivi d'un astérisque ; d'autres organisations non gouvernementales font l'objet de décisions ou d'une résolution particulière.

¹ Précédemment Société royale du Commonwealth pour les Aveugles (Sight Savers International).

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non. Un financement de US \$339 millions est confirmé ou prévu.

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

US \$596 millions ; source(s) de fonds : les contributions volontaires à objet désigné provenant des États Membres, des organisations multilatérales (Commission européenne et banques de développement, notamment), du secteur privé (dont la Fondation Bill & Melinda Gates et le Rotary International).

1. Résolution EB130.R11 Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé**2. Lien avec le budget programme 2012-2013 (voir document A64/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-fr.pdf)

Objectif(s) stratégique(s) : 7 et 10

Résultat(s) escompté(s) à l'échelle de l'Organisation : 7.1, 7.2, 7.3 et 10.5

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ?

La résolution contribuerait à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation mentionnés ci-dessus en demandant au Secrétariat de renforcer son action dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, conformément à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011).

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

Non

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

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

i) Six années (couvrant la période 2012-2017)

ii) Total : US \$127 millions (personnel : US \$83 millions ; activités : US \$44 millions)

b) Coût pour l'exercice 2012-2013

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près)

Total : US \$42 millions (personnel : US \$28 millions ; activités : US \$14 millions)

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

Siège : US\$ 16 millions ; bureaux régionaux : US\$ 10 millions ; bureaux de pays : US\$ 16 millions

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2012-2013 ? (Oui/non)

Non

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

US \$8,3 millions

c) Incidences au plan du personnel

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

Non.

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

Pour mettre en œuvre la résolution, six postes au grade P.4 et six autres au grade G.4 devraient être pourvus à l'échelle des pays et des Régions et un membre du personnel au grade P.4 serait nécessaire au Siège.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

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

US \$29 millions ; source(s) de fonds : contributions volontaires de pays, de donateurs privés et d'organisations multilatérales

1. Résolution EB130.R12 Semaine mondiale de la vaccination**2. Lien avec le budget programme 2012-2013 (voir document A64/7**

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-fr.pdf)

Objectif(s) stratégique(s) : 1

Résultat(s) escompté(s) à l'échelle de l'Organisation : 1.1

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ?

La Semaine de la vaccination contribue : i) à sensibiliser aux avantages de la vaccination, à l'échelle mondiale et locale ; ii) à faire mieux accepter les services de vaccination par la population et à accroître la demande y afférente ; iii) à renforcer l'engagement politique ; iv) à améliorer la couverture vaccinale en offrant une occasion supplémentaire de fournir des vaccins aux personnes.

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

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme**a) Coût total**

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

i) La mise en œuvre interviendrait de manière continue et serait soumise au contrôle des organes directeurs.

ii) Coût supplémentaire total : US \$150 000 par an (personnel : US \$30 000 ; activités : US \$120 000).

Note : toutes les Régions de l'OMS ont adopté leurs propres résolutions sur la Semaine régionale de la vaccination. Quatre d'entre elles célèbrent la Semaine de la vaccination depuis plusieurs années, et la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est devraient les rejoindre en 2012. Par conséquent, le coût des Semaines régionales de la vaccination a déjà été prévu et financé et l'augmentation de coûts induite par l'introduction de la Semaine mondiale de la vaccination serait minimale, reflétant simplement le personnel supplémentaire nécessaire au niveau mondial pour la coordination, de nouveaux supports médiatiques et de communication, et l'organisation d'une réunion restreinte de coordination.

b) Coût pour l'exercice 2012-2013

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près)

Coût supplémentaire total : US \$300 000 (personnel : US \$60 000 ; activités : US \$240 000)

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

Siège

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2012-2013 ? (Oui/non)

Oui

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

c) Incidences au plan du personnel

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

Non

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

Deux membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur (grades P.4 et P.5), ainsi qu'un membre du personnel de la catégorie des services généraux (grade G.5)

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

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

Entre US \$2,37 millions et US \$3,23 millions ; source(s) de fonds :

Il est probable qu'une mise de fonds initiale soit nécessaire sous la forme de contributions volontaires de la part des États Membres intéressés, étant donné que les activités techniques ne sont pas actuellement définies de manière suffisamment détaillée pour que l'on puisse s'adresser aux donateurs. En outre, le projet n'entre pas dans le champ d'action actuel des donateurs dans le domaine des médicaments.

1. Résolution EB130.R14 Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires

2. Lien avec le budget programme 2012-2013 (voir document A64/7

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-fr.pdf

Objectif(s) stratégique(s) : 5

Résultat(s) escompté(s) à l'échelle de l'Organisation : 5.1 et 5.7

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ?

La résolution aiderait l'OMS à remplir son rôle i) d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans les urgences humanitaires, et ii) d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations. Elle permettrait également de renforcer la nouvelle approche interorganisations de l'OMS pour les interventions d'urgence. Dans la résolution, le Directeur général est prié de mettre en place les politiques, lignes directrices, structures de gestion et procédures adéquates de l'OMS nécessaires pour une action humanitaire efficace et concluante au niveau des pays, ainsi que la capacité et les ressources institutionnelles pour remplir au mieux son rôle d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé. La mise en œuvre de cette résolution faciliterait ainsi la réalisation du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.7 en fournissant une orientation, une structure et l'élan nécessaire pour que l'Organisation puisse conduire des interventions et une action de relèvement coordonnées du secteur de la santé dans les urgences humanitaires.

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

Oui

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

a) Coût total

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

i) La période cruciale pour cette résolution serait l'exercice 2012-2013. Au cours de cette période, l'OMS mettrait en œuvre, évaluerait et affinerait sa nouvelle approche institutionnelle. Après 2013, les principes sous-jacents de cette résolution devraient continuer à guider l'action de l'OMS dans les situations d'urgence.

ii) Total pour la première année : US \$29,5 millions (personnel : US \$23,6 millions ; activités : US \$5,9 millions) ; total pour les années suivantes : US \$42,5 millions (personnel : US \$34 millions ; activités : US \$8,5 millions).

La première année, la mise en œuvre de cette résolution devrait être progressive aux niveaux régional et des pays ; le coût au cours de la première année devrait donc représenter, selon les estimations, 70 % de celui de la deuxième année de l'exercice.¹

b) Coût pour l'exercice 2012-2013

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près)

Total : US \$72,0 millions (personnel : US \$57,6 millions ; activités : US \$14,4 millions)

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

L'ensemble de l'Organisation serait concerné par la mise en œuvre de cette résolution. L'action de l'OMS au niveau des pays serait soutenue par les bureaux régionaux concernés et par le Siège (US \$32 millions au Siège ; US \$13,5 millions dans les bureaux régionaux ; et US \$26,5 millions dans les principaux bureaux de pays, l'accent étant mis sur les pays à haut risque dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale).¹

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2012-2013 ? (Oui/non)

Oui

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

c) Incidences au plan du personnel

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

Non

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

Pour le personnel de base, les effectifs seraient semblables à ceux de l'exercice 2010-2011 ; mais les compétences seraient différentes et la répartition géographique des postes aussi du fait de la réduction des effectifs au Siège en 2011 et d'une augmentation prévue aux niveaux régional et des pays. Dans les bureaux de pays, le personnel de base des catégories professionnelle et de rang supérieur devrait doubler et passer à 70 avec un renforcement des effectifs intéressant surtout les pays de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale. Il faudrait également augmenter les effectifs dans les bureaux régionaux afin de disposer des compétences nécessaires pour une action de surveillance et pour l'appui à apporter aux bureaux de pays. Dans les bureaux régionaux, il serait probablement nécessaire de faire passer de 24 à 36 les effectifs du personnel de base de la catégorie professionnelle, en privilégiant le renforcement des effectifs dans les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Le Siège n'aurait pas besoin d'effectifs supplémentaires en raison de la restructuration du Département concerné dont la taille a été sensiblement réduite en 2011.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

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

US \$44 millions ; source(s) de fonds : contributions fixées, contributions volontaires et fonds destinés au suivi des programmes et à l'établissement des rapports. Les activités liées aux interventions et au relèvement seraient financées par les fonds destinés aux interventions en cas d'épidémie ou de crise reçus en réponse aux appels globaux et éclairs pour des situations d'urgence particulières.

¹ Ces chiffres ne comprennent pas les ressources supplémentaires qui seraient mobilisées pour des urgences particulières.

c) Incidences au plan du personnel**La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)**

Non

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

Même si la plupart des activités que cette résolution demande au Secrétariat de mener pourraient être mises en œuvre par le personnel actuel, l'apport d'un soutien aux États Membres en vue de renforcer les politiques sanitaires et de développement et notamment les interventions nutritionnelles ayant fait leurs preuves nécessiterait des ressources humaines supplémentaires dans les bureaux régionaux. En particulier, deux postes des catégories professionnelle et de rang supérieur devraient être pourvus au Bureau régional de l'Afrique (l'un à la classe P.4 et l'autre à la classe P.3) ainsi qu'un poste supplémentaire par Région dans les Bureaux régionaux des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (tous à la classe P.3). Les coûts indiqués ci-dessus ne tiennent pas compte de ces postes supplémentaires. Ces emplois seraient pourvus par le biais de la reprogrammation dans les bureaux régionaux et de pays.

4. Financement**Le coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)**

Non

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

US \$4,6 millions pourraient être affectés à la mise en œuvre de la résolution au titre des ressources actuellement disponibles pour l'exercice 2012-2013. US \$3,68 millions devraient être obtenus moyennant une dynamique campagne de collecte de fonds.