



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CINQUANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 17-22 MAI 2004

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2004**

ABREVIATIONS

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

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

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

AVANT-PROPOS

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 17 au 22 mai 2004, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent douzième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et les annexes qui s'y rapportent – document WHA57/2004/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHA57/2004/REC/2,

les procès-verbaux des commissions et les rapports des commissions – document WHA57/2004/REC/3.

TABLE DES MATIERES

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

RESOLUTIONS ET DECISIONS

Résolutions

WHA57.1	Ulcère de Buruli (infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i>) : surveillance et lutte.....	1
WHA57.2	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine	3
WHA57.3	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population	4
WHA57.4	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2002-2003 ; rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif	6
WHA57.5	Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution	7
WHA57.6	Arriérés de contributions : Ukraine	8
WHA57.7	Accord avec l'Office international des Epizooties	8
WHA57.8	Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : amendement à l'article 72.....	9
WHA57.9	Eradication de la dracunculose	9
WHA57.10	Sécurité routière et santé	10
WHA57.11	Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille	13

	Pages
WHA57.12	Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux 16
WHA57.13	Génomique et santé dans le monde..... 17
WHA57.14	Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA 19
WHA57.15	Barème des contributions pour 2005 23
WHA57.16	Promotion de la santé et modes de vie sains..... 32
WHA57.17	Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé..... 34
WHA57.18	Transplantation d'organes et de tissus humains..... 54
WHA57.19	Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement..... 57
Décisions	
WHA57(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs 60
WHA57(2)	Composition de la Commission des Désignations..... 60
WHA57(3)	Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé 60
WHA57(4)	Election du bureau des commissions principales..... 61
WHA57(5)	Constitution du Bureau de l'Assemblée 61
WHA57(6)	Adoption de l'ordre du jour 61
WHA57(7)	Vérification des pouvoirs..... 62
WHA57(8)	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif 62
WHA57(9)	Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique..... 63
WHA57(10)	Allocations de crédits aux Régions..... 63
WHA57(11)	Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS..... 63
WHA57(12)	Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales . 64
WHA57(13)	Choix du pays où se tiendra la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé 64
WHA57(14)	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions.... 64

ANNEXES

1.	Accord entre l'Office international des Epizooties (OIE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)	67
2.	Stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique.....	70

ORDRE DU JOUR¹

SEANCES PLENIERES

1. Ouverture de l'Assemblée
 - 1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs
 - 1.2 Election de la Commission des Désignations
 - 1.3 Rapports de la Commission des Désignations
 - Election du président
 - Election des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau
 - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions
3. Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général
4. Intervenants invités
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée

TABLES RONDES

10. Tables rondes : le VIH/SIDA

COMMISSION A

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

11. Ouverture des travaux de la Commission¹
12. Questions techniques et sanitaires
 - 12.1 VIH/SIDA
 - 12.2 Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*) : surveillance et lutte
 - 12.3 Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
 - 12.4 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
 - 12.5 Eradication de la poliomyélite
 - 12.6 Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé
 - 12.7 Sécurité routière et santé
 - 12.8 Promotion de la santé et modes de vie sains
 - 12.9 La famille et la santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille
 - 12.10 Santé génésique
 - 12.11 Les systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires
 - 12.12 Qualité et innocuité des médicaments : systèmes de réglementation
 - 12.13 Génomique et santé mondiale : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé
 - 12.14 Transplantation d'organes et de tissus humains
 - 12.15 Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)
 - Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde (résolution WHA56.20)
 - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (résolution WHA56.29)
 - Prévention intégrée des maladies non transmissibles (résolution WHA55.23)
 - Qualité des soins : sécurité des patients (résolution WHA55.18)
 - La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (résolution WHA33.32)

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

- Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (résolution WHA56.27)
- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (résolution WHA56.1)

12.16 Eradication de la dracunculose

COMMISSION B

13. Ouverture des travaux de la Commission¹
14. Questions relatives à la vérification intérieure des comptes et à la surveillance
- Rapport du vérificateur intérieur des comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif
15. Questions financières
- 15.1 Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2002-2003 ; rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif
- 15.2 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
- 15.3 Barème des contributions pour 2005
- 15.4 [supprimé]
- 15.5 [supprimé]
16. Questions relatives au programme et au budget
- 16.1 Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire
- 16.2 Budget programme 2002-2003
17. Questions relatives au personnel
- 17.1 Ressources humaines : rapport annuel
- 17.2 [supprimé]
- 17.3 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

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

18. Questions juridiques
 - 18.1 Accord avec l'Office international des Epizooties
 - 18.2 Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : amendement à l'article 72
 19. Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population
 20. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
 21. Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales
-

LISTE DES DOCUMENTS

A57/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A57/2	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions
A57/3	Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général, à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A57/4	VIH/SIDA
A57/5	Lutte contre l'ulcère de Buruli (infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i>)
A57/6	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
A57/7	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A57/8	Eradication de la poliomyélite
A57/9	Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé
A57/10	Sécurité routière et santé
A57/10 Add.1	Sécurité routière et santé : mise à jour
A57/11	Promotion de la santé et modes de vie sains
A57/12	Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille
A57/13	Santé génésique ²
A57/14	Les systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires
A57/15	Qualité et innocuité des médicaments : systèmes de réglementation
A57/16	Génomique et santé dans le monde : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé
A57/17	Transplantation d'organes et de tissus humains

¹ Voir p. ix.

² Voir annexe 2.

A57/18 et Add.1	Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)
A57/19	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A57/20	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1 ^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 (certifiés le 30 mars 2004) et rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé (1 ^{er} avril 2004)
A57/20 Add.1	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1 ^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 (certifiés le 30 mars 2004) – Annexe : Ressources extrabudgétaires pour les activités du programme
A57/21	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2002-2003 ; rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif – Premier rapport du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances du Conseil exécutif à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A57/22	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution – Deuxième rapport du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances du Conseil exécutif à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A57/23	Barème des contributions pour 2005
A57/24	Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire
A57/25	Budget programme 2002-2003 – Rapport d'évaluation des résultats : résumé des conclusions initiales
A57/26	Ressources humaines : rapport annuel
A57/27	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A57/28 et Add.1 A57/28 Rev.1	Accord avec l'Office international des Epizooties ¹
A57/29	Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : amendement à l'article 72
A57/30	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population

¹ Voir annexe 1.

LISTE DES DOCUMENTS

A57/31	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A57/32	Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales
A57/33	Point supplémentaire de l'ordre du jour : Eradication de la dracunculose
A57/34	Commission des Désignations : premier rapport
A57/35	Commission des Désignations : deuxième rapport
A57/36	Commission des Désignations : troisième rapport
A57/37	Commission de Vérification des Pouvoirs : premier rapport
A57/38	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A57/39 (Projet)	Premier rapport de la Commission A
A57/40	Commission de Vérification des Pouvoirs : deuxième rapport
A57/41	Premier rapport de la Commission B
A57/42 (Projet)	Deuxième rapport de la Commission B
A57/43	Troisième rapport de la Commission B
A57/44 (Projet)	Deuxième rapport de la Commission A
A57/45 (Projet)	Quatrième rapport de la Commission B
A57/46	Cinquième rapport de la Commission B
A57/47	Troisième rapport de la Commission A

Documents d'information

A57/INF.DOC./1	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population (rapport du Directeur de la Santé de l'UNRWA pour 2003)
A57/INF.DOC./2	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population (rapport du Ministère israélien de la Santé)

A57/INF.DOC./3 Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population (rapport soumis par l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies à Genève)

A57/INF.DOC./4 Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire

Divers

A57/DIV/7 Allocution du Dr KIM Dae-jung, ancien Président de la République de Corée

A57/DIV/8 Allocution de M. Jimmy Carter, ancien Président des Etats-Unis d'Amérique

A57/DIV/9 Tables rondes : le VIH/SIDA

A57/DIV/10 Tables rondes : le VIH/SIDA

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

Président :

M. Muhammad Nasir KHAN (Pakistan)

Vice-Présidents :

Dr M. E. TSHABALALA-MSIMANG
(Afrique du Sud)

Mme A. DAVID-ANTOINE (Grenade)

M. S. BOGOEV (Bulgarie)

Dr R. MARIA DE ARAUJO (Timor-Leste)

Dr CHUA SOI LEK (Malaisie)

Secrétaire :

Dr LEE Jong-wook, Directeur général

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des Etats Membres suivants : Autriche, Belize, Canada, Djibouti, Gambie, Inde, Italie, Kenya, Mali, Myanmar, Ouzbékistan et Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Président : Dr J. LARIVIÈRE (Canada)

Vice-Président : Dr A. MISORE (Kenya)

Rapporteur : Dr F. CICOGNA (Italie)

Secrétaire : M. T. S. R. TOPPING, Conseiller juridique

Commission des Désignations

La Commission des Désignations était composée de délégués des Etats Membres suivants : Bahreïn, Brunéi Darussalam, Burkina Faso, Chine, Erythrée, Estonie, Fédération de Russie, France, Guyana, Israël, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mozambique, Nicaragua, Ouganda, Pérou, République démocratique du Congo, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sri Lanka, Swaziland, Thaïlande, Tunisie, Uruguay, et le Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Bangladesh (Président de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

Président : Dr Khandaker Mosharraf HOSSAIN (Bangladesh)

Secrétaire : Dr LEE Jong-wook, Directeur général

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé, des Présidents des commissions principales et de délégués des Etats Membres suivants : Botswana, Chili, Chine, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Irlande, Jamahiriya arabe libyenne, Kazakhstan, Libéria, Niger, Nigéria, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Tchad, Trinité-et-Tobago et Yémen.

Président : M. Muhammad Nasir KHAN (Pakistan)

Secrétaire : Dr LEE Jong-wook, Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

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

Commission A

Président : Dr Ponmek DALALLOY (République démocratique populaire lao)

Vice-Présidents : Dr D. SLATER (Saint-Vincent-et-les-Grenadines) et

Mme A. VAN BOLHUIS (Pays-Bas)

Rapporteur : Professeur M. MIZANUR RAHMAN (Bangladesh)

Secrétaire : Dr S. HOLCK, Bureau du Directeur général

Commission B

Président : Dr Jigmi SINGAY (Bhoutan)

Vice-Présidents : Professeur N. M. NALI
(République centrafricaine) et
Dr S. AL KHARABSEH (Jordanie)

Rapporteur : Mme Z. JAKAB (Hongrie)

Secrétaire : Dr M. KARAM, spécialiste
scientifique, Maladies transmissibles,
Prévention, lutte et éradication

RESOLUTIONS

WHA57.1 Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*) : surveillance et lutte

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre l'ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*) ;¹

Profondément préoccupée par la propagation de l'ulcère de Buruli, notamment chez les enfants, et par ses répercussions sanitaires et socio-économiques sur les communautés rurales défavorisées ;

Consciente que le dépistage et le traitement précoces permettent de réduire au minimum les effets néfastes de la maladie ;

Constatant avec satisfaction les progrès réalisés par l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli, depuis son lancement en 1998, dans la coordination des activités de lutte et de recherche entre les différents partenaires ;

Préoccupée par le fait que plusieurs facteurs, dont le dépistage tardif des cas et le manque de moyens efficaces de diagnostic, de traitement et de prévention, empêchent de progresser davantage ;

Considérant que les effets négatifs des maladies négligées des pauvres, dont l'ulcère de Buruli, peuvent empêcher la réalisation de deux des objectifs du Millénaire pour le développement fixés par l'Organisation des Nations Unies, à savoir réduire l'extrême pauvreté et la faim et assurer l'éducation primaire pour tous ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où l'ulcère de Buruli est endémique ou menace de le devenir :

- 1) à évaluer la charge de l'ulcère de Buruli et, si nécessaire, à établir un programme de lutte ;
- 2) à accélérer les efforts pour dépister et traiter les cas à un stade précoce ;
- 3) à intensifier, lorsque c'est faisable, la coopération avec d'autres activités de lutte contre les maladies qui s'y prêtent ;
- 4) à créer ou à pérenniser, dans le cadre du développement des systèmes de santé, des partenariats dans les pays pour lutter contre l'ulcère de Buruli ;

¹ Document A57/5.

- 5) à veiller à ce que suffisamment de ressources nationales soient mises au service de la lutte, notamment pour ce qui est de l'accès au traitement et à la réadaptation ;
- 6) à dispenser une formation aux généralistes afin d'améliorer les compétences chirurgicales ;
- 7) à former tous les agents de santé à la prévention des incapacités ;

2. ENCOURAGE tous les Etats Membres :

- 1) à participer à l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli ;
- 2) à intensifier la recherche pour la mise au point d'outils de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie, et à intégrer l'ulcère de Buruli dans le système national de surveillance des maladies ;
- 3) à accroître la participation de la communauté à la reconnaissance des symptômes de la maladie ;

3. APPELLE la communauté internationale, les organisations et organes du système des Nations Unies, les donateurs, les organisations non gouvernementales, les fondations et les instituts de recherche :

- 1) à coopérer directement avec les pays d'endémie pour renforcer la lutte et la recherche ;
- 2) à élaborer des partenariats et à encourager la collaboration avec des organisations et des programmes participant au développement des systèmes de santé, afin de veiller à ce que tous ceux qui en ont besoin puissent bénéficier d'interventions efficaces ;
- 3) à appuyer l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli ;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à apporter un soutien technique à l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli, notamment pour faire progresser la connaissance de la charge de morbidité et améliorer l'accès précoce au diagnostic et au traitement par le renforcement général de l'infrastructure de santé ;
- 2) de favoriser la coopération technique entre les pays pour renforcer les services de surveillance, de lutte et de réadaptation ;
- 3) de promouvoir la recherche de meilleurs outils de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie en confiant au Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales le soin d'en assurer la coordination et le soutien.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004 –
Commission A, premier rapport)

WHA57.2 Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA50.36 et WHA56.7 ;

Ayant examiné le rapport sur la trypanosomiase humaine africaine ;¹

Profondément préoccupée par la résurgence de la trypanosomiase africaine et ses effets dévastateurs dans les populations tant humaines qu'animales sur le continent africain ;

Reconnaissant que la forme humaine de cette maladie constitue un problème de santé publique majeur du fait de son issue inmanquablement fatale en l'absence de traitement, de la fréquence de ses séquelles neurologiques permanentes chez les sujets traités, et plus spécialement des séquelles mentales et psychomotrices permanentes chez les enfants, ainsi que de sa tendance à survenir sous la forme d'épidémies ;

Préoccupée en outre par les problèmes croissants de la pharmacorésistance et de l'échec du traitement ;

Se félicitant du haut niveau d'engagement politique à combattre la trypanosomiase humaine africaine exprimé par les chefs de gouvernement des pays dans lesquels la maladie est endémique ;

Accueillant en outre favorablement le renouvellement de l'engagement à combattre cette maladie exprimé récemment dans des initiatives et des partenariats public-privé, qui ont nettement atténué le problème de l'accès insuffisant aux médicaments existants ;

Notant que, bien que des efforts considérables soient actuellement déployés pour combattre cette maladie, de meilleurs moyens de lutte, notamment des médicaments plus sûrs et plus efficaces et des tests de diagnostic plus simples, sont absolument nécessaires ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à continuer d'accorder une haute priorité à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine ;

2) dans les zones d'endémie, à augmenter à cette fin les ressources humaines et financières, en prélevant le cas échéant sur les fonds précédemment utilisés pour l'achat de médicaments, et à renforcer le dépistage, le diagnostic et le traitement des cas ainsi que l'infrastructure nécessaire à cet effet ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de continuer d'affiner les stratégies de lutte afin d'utiliser au maximum les ressources nationales et internationales et d'éviter l'extension de l'épidémie ;

¹ Document A57/6.

- 2) de promouvoir auprès des divers secteurs et organismes concernés une approche intégrée qui tienne compte de l'importance de la lutte antivectorielle et de la lutte contre la maladie dans le bétail ;
- 3) de continuer de collaborer étroitement à la recherche avec tous les partenaires intéressés, et notamment le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, en vue de mettre au point des médicaments plus sûrs et plus efficaces et des tests plus simples pour la détection des trypanosomes ;
- 4) de tenir l'Assemblée de la Santé informée des progrès accomplis la première année de chaque période biennale.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004 –
Commission A, premier rapport)

WHA57.3 Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et l'assistance sanitaire à cette population ;¹

Préoccupée par la dégradation de la situation sanitaire et par les crises humanitaires résultant des activités militaires qui ont entraîné de graves restrictions à la circulation des personnes et des biens palestiniens, et en particulier des ambulances, des agents de santé, des blessés et des malades vers et depuis les territoires palestiniens ;

Préoccupée de ce que les forces militaires israéliennes continuent à faire un usage excessif de la force, tuant et blessant des milliers de Palestiniens, dont des enfants ;

Préoccupée par la forte dégradation de la situation économique et sanitaire causée par les bouclages et les couvre-feux que les forces d'occupation israéliennes imposent aux Palestiniens et qui, avec la retenue des recettes fiscales palestiniennes, ont entraîné des niveaux sans précédent de chômage avec des répercussions en termes de pauvreté, d'insécurité des approvisionnements alimentaires et de vulnérabilité nutritionnelle, et par les rapports faisant état de malnutrition chez les enfants et de signes d'anémie endémique chez les mères allaitantes ;

¹ Document A57/30.

Préoccupée par les destructions massives d'infrastructures civiles pendant les incursions militaires israéliennes, et en particulier par la poursuite de la construction par Israël d'une « clôture de sécurité » qui n'est située ni sur les frontières de 1967 ni à proximité, et qui met les Palestiniens dans une situation humanitaire et économique extrêmement difficile et empêche l'accès aux hôpitaux et aux soins de santé ;

Préoccupée par les graves violations du droit humanitaire international perpétrées par les autorités d'occupation israéliennes dans les territoires arabes occupés, y compris par l'arrestation illégale de milliers de civils palestiniens, dont des centaines d'enfants, qui ont été enfermés dans des prisons israéliennes, et qui sont parfois détenus sans chef d'inculpation ou qui sont malades et ne reçoivent aucun soin médical ;

Affirmant que le fait de prendre pour cible des populations civiles, et en particulier de procéder à des exécutions extrajudiciaires, constitue une autre violation du droit humanitaire international, quelle que soit la partie qui commet de tels actes ;

Affirmant que la poursuite de la violence, des bouclages et des couvre-feux, ainsi que l'occupation persistante des territoires palestiniens sont parmi les principales causes de détresse psychologique aiguë et de problèmes émotionnels chez les enfants et les adultes palestiniens, y compris les troubles psychosomatiques, le rejet de l'autorité, les comportements à risque, la perte de confiance dans l'avenir et tous les problèmes causés par le climat général de désespoir et de frustration ;

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens de pouvoir bénéficier des services de santé disponibles dans les établissements sanitaires palestiniens de Jérusalem-Est occupée ;

1. DEMANDE à Israël, puissance occupante, de renoncer immédiatement à toutes ses pratiques et politiques et tous ses plans qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation, et particulièrement à l'usage excessif de la force et aux actions militaires contre les civils palestiniens ;
2. EXPRIME sa gratitude à tous les Etats Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour l'appui qu'ils continuent à fournir en vue de répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien ;
3. REMERCIE le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien, au reste de la population arabe dans les territoires arabes occupés et aux autres peuples de la Région ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'envoyer aussitôt que possible dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, une commission d'enquête sur la dégradation de la situation sanitaire et économique qui résulte à la fois des crises actuelles et de la construction de la « clôture de sécurité » dans les territoires palestiniens occupés ;
 - 2) de prendre des mesures d'urgence, en collaboration avec les Etats Membres, pour aider le Ministère palestinien de la Santé et les autres dispensateurs de services médicaux dans leurs efforts pour surmonter les difficultés actuelles, afin notamment de garantir la libre circulation de tout le personnel de santé et de tous les patients, ainsi que l'approvisionnement normal en fournitures médicales des établissements médicaux palestiniens ;

- 3) de prendre des mesures, en collaboration avec les Etats Membres, pour garantir la libre circulation des marchandises, des travailleurs et des personnes afin de permettre le commerce, les activités agricoles et les autres formes d'activité économique à l'intérieur des territoires palestiniens occupés, ainsi que l'accès de la population en général aux services de base ;
- 4) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins engendrés par les crises actuelles, y compris aux problèmes de santé résultant de la construction de la « clôture de sécurité » ;
- 5) de prendre les mesures et d'établir les contacts nécessaires pour obtenir les fonds requis auprès de diverses sources de financement, extrabudgétaires notamment, afin de répondre aux besoins sanitaires urgents du peuple palestinien ;
- 6) de prendre d'urgence des mesures pour mettre en oeuvre la stratégie pour la santé mentale élaborée conjointement par le Ministère de la Santé et l'OMS ;
- 7) de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004 –
Commission B, premier rapport)

WHA57.4 Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2002-2003 ; rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 et le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé ;¹

Ayant pris note du premier rapport du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances du Conseil exécutif à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ;²

ACCEPTTE le rapport financier du Directeur général et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 et le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA57.5 Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

¹ Documents A57/20 et A57/20 Add.1.

² Document A57/21.

Ayant examiné le deuxième rapport du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances du Conseil exécutif à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur les Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;¹

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote de l'Afghanistan, d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine, de l'Arménie, des Comores, de la Géorgie, de la Guinée-Bissau, de l'Iraq, du Kirghizistan, du Libéria, de Nauru, du Niger, de la République centrafricaine, de la République de Moldova, de la République dominicaine, de la Somalie, du Suriname, du Tadjikistan, du Tchad et du Turkménistan restait suspendu, et que cette suspension doit se prolonger jusqu'à ce que les arriérés du Membre concerné aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, les Iles Salomon et l'Uruguay étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces Membres à l'ouverture de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

Ayant été informée que l'Uruguay a ultérieurement versé l'intégralité de ses arriérés et que, par conséquent, il ne figure plus sur la liste des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

DECIDE :

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

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, troisième rapport)

WHA57.6 Arriérés de contributions : Ukraine

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le deuxième rapport du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances du Conseil exécutif sur les Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui

¹ Document A57/22.

justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, compte tenu de la proposition faite par l'Ukraine concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;¹

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de l'Ukraine à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, aux conditions suivantes :

1) l'Ukraine acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise US \$36 163 544, sur une période de 15 ans, sous réserve que la moitié au moins de ce total, soit US \$18 081 772, soit réglée d'ici à la fin de 2011 ;

2) l'Ukraine fera un versement annuel minimum de US \$1 500 000, premièrement au titre de sa contribution pour l'année en cours, deuxièmement au titre des huit annuités, de US \$342 848 chacune, dues en vertu de la résolution WHA45.23 et, troisièmement, au titre du solde de ses arriérés ;

2. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si l'Ukraine ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

4. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de l'Ukraine.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, troisième rapport)

WHA57.7 Accord avec l'Office international des Epizooties

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'accord entre l'OMS et l'Office international des Epizooties ;²

Considérant l'article 70 de la Constitution de l'OMS ;

APPROUVE l'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Office international des Epizooties, sous réserve que l'expression « pays Membres » soit remplacée partout où elle apparaît par le mot « Membres ».

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, quatrième rapport)

¹ Document A57/22.

² Voir annexe 1.

WHA57.8 Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : amendement à l'article 72

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA33.17 sur l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions et WHA54.22 sur la réforme du Conseil exécutif ;

Ayant examiné la résolution EB112.R1 ;

1. DECIDE de remplacer le texte existant de l'article 72 de son Règlement intérieur par le texte suivant :

Article 72

Les décisions de l'Assemblée de la Santé sur les questions importantes sont prises à la majorité des deux tiers des Membres présents et votants. Ces questions comprennent : l'adoption de conventions ou d'accords ; l'approbation d'accords reliant l'Organisation aux Nations Unies, aux organisations et aux institutions intergouvernementales, en application des articles 69, 70 et 72 de la Constitution ; les amendements à la Constitution ; la nomination du Directeur général ; les décisions relatives au montant du budget effectif ; les décisions de suspendre les privilèges attachés au droit de vote et les services dont bénéficie un Etat Membre prises en application de l'article 7 de la Constitution.

2. DECIDE que, dans les *Documents fondamentaux*, conformément aux règles d'interprétation généralement acceptées, l'utilisation du genre masculin inclut le genre féminin, à moins que le contexte ne s'y oppose de manière évidente.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA57.9 Eradication de la dracunculose

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

Notant avec satisfaction les excellents résultats obtenus par les pays d'endémie, où le nombre de cas de dracunculose a été ramené de 3,5 millions selon les estimations de 1986 à 32 000 cas notifiés en 2003 ;

Notant également que la maladie n'est plus endémique que dans 12 pays, tous situés en Afrique subsaharienne ;

1. FELICITE les Etats Membres, l'Organisation et ses partenaires, en particulier l'UNICEF et le Carter Center, d'avoir développé l'approvisionnement en eau saine et potable, amélioré la surveillance pour le dépistage des cas, renforcé les interventions et sensibilisé davantage le public à la maladie ;

¹ Document A57/33.

2. FELICITE les 168 pays et territoires qui ont été certifiés exempts de transmission de la dracunculose depuis la création de la Commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose en 1995 ;
3. RAPPELLE que les ministres de la santé des pays d'endémie restants ont signé à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé la Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose d'ici 2009 ;
4. INVITE INSTAMMENT les pays d'endémie restants à intensifier leurs efforts d'éradication, y compris par une surveillance active et des mesures de prévention ;
5. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres, l'Organisation, l'UNICEF, le Carter Center et les autres organismes compétents à exploiter les succès et les créneaux actuels en maintenant leur engagement, leur collaboration et leur coopération, à garantir un soutien politique au plus haut niveau et à faire en sorte que les ressources indispensables soient mobilisées en vue d'achever l'éradication d'ici 2009 ;
6. RECOMMANDE au Directeur général d'appuyer la mobilisation des ressources nécessaires aux dernières étapes du programme d'éradication de la dracunculose et aux activités de vérification et de certification afin de libérer le monde de la dracunculose.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA57.10 Sécurité routière et santé

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA27.59 (1974), qui relevait l'ampleur et la gravité des problèmes de santé publique dus aux accidents de la circulation et précisait que des efforts internationaux concertés s'imposaient et que l'OMS devait donner l'impulsion nécessaire aux Etats Membres ;

Ayant examiné le rapport sur la sécurité routière et la santé ;¹

Se félicitant de la résolution 58/9 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies sur la crise mondiale de la sécurité routière ;

Notant avec satisfaction l'adoption de la résolution 58/289 de l'Assemblée générale des Nations Unies par laquelle l'OMS est invitée à assurer la coordination pour les questions de sécurité routière au sein du système des Nations Unies en agissant en étroite collaboration avec les commissions régionales des Nations Unies ;

Consciente de la charge de mortalité considérable qu'entraînent les accidents de la circulation, dont 90 % concernent les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ;

Reconnaissant que chaque usager se doit d'agir de façon responsable pour voyager en toute sécurité et respecter les lois et règlements de la circulation routière ;

¹ Document A57/10.

Reconnaissant également que les accidents de la circulation constituent un problème de santé publique majeur mais négligé, qui a de lourdes conséquences en termes de mortalité et de morbidité et entraîne des coûts sociaux et économiques considérables, et qu'en l'absence de mesures d'urgence la situation pourrait s'aggraver ;

Reconnaissant en outre qu'une approche plurisectorielle s'impose pour résoudre le problème de manière satisfaisante et que des interventions fondées sur des données factuelles existent pour réduire les effets des accidents de la circulation ;

Notant le nombre important d'activités se déroulant à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2004, en particulier la présentation du premier rapport mondial sur la prévention des accidents de la circulation ;¹

1. ESTIME que le secteur de la santé publique et d'autres secteurs – publics et de la société civile – doivent participer activement aux programmes de prévention des accidents de la circulation par la surveillance du problème et la collecte de données, la recherche sur les facteurs de risque, l'application et l'évaluation des interventions visant à réduire les accidents de la circulation, la fourniture de soins préhospitaliers, de soins de traumatologie et de soins de santé mentale aux victimes, et la sensibilisation à la prévention des accidents de la circulation ;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres, en particulier ceux qui supportent une part importante de la charge due aux accidents de la circulation, de mobiliser le secteur de la santé publique en désignant des points focaux pour prévenir et atténuer les répercussions des accidents de la circulation en coordonnant l'action de santé publique en matière d'épidémiologie, de prévention et de sensibilisation, et pour établir les liens nécessaires avec les autres secteurs ;

3. ACCEPTE l'invitation de l'Assemblée générale des Nations Unies tendant à ce que l'OMS assure la coordination pour les questions de sécurité routière au sein du système des Nations Unies en agissant en étroite collaboration avec les commissions régionales des Nations Unies ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, 2004.

4. RECOMMANDE aux Etats Membres :

- 1) d'intégrer la prévention des accidents de la circulation dans les programmes de santé publique ;
- 2) d'évaluer la situation nationale concernant la charge que font peser les accidents de la circulation et de veiller à ce que les ressources disponibles soient en rapport avec l'ampleur du problème ;
- 3) d'établir et d'appliquer, s'ils ne l'ont pas encore fait, une stratégie nationale de prévention des accidents de la circulation et des plans d'action appropriés ;
- 4) d'élaborer une politique gouvernementale de sécurité routière, notamment en désignant un organisme unique ou un point focal chargé de la sécurité routière, ou en recourant à un autre mécanisme efficace, selon le contexte national ;
- 5) de faciliter la collaboration plurisectorielle entre les différents ministères et secteurs, y compris avec les entreprises de transport privées, les communautés et la société civile ;
- 6) de renforcer les services d'urgence et de réadaptation ;
- 7) de sensibiliser davantage l'opinion aux facteurs de risque, en particulier aux effets d'une consommation excessive d'alcool, des médicaments psychoactifs et de l'utilisation d'un téléphone portable au volant ;
- 8) de prendre des mesures spécifiques pour éviter et combattre la mortalité et la morbidité dues aux accidents de la circulation et d'en évaluer les effets ;
- 9) d'appliquer les lois et règlements existants de la circulation routière et de collaborer avec les écoles, les employeurs et d'autres organisations pour promouvoir l'éducation des conducteurs et des piétons en matière de sécurité routière ;
- 10) d'utiliser le prochain rapport mondial sur la prévention des accidents de la circulation pour planifier et appliquer des stratégies appropriées de prévention ;
- 11) de veiller à ce que les ministères de la santé soient associés à l'élaboration de la politique de prévention des accidents de la circulation ;
- 12) en particulier aux pays en développement, de légiférer et d'appliquer strictement l'obligation pour les motocyclistes et leurs passagers de porter un casque, et de rendre obligatoires l'installation de ceintures de sécurité par les constructeurs automobiles et le port de la ceinture de sécurité par les conducteurs ;
- 13) de rechercher les moyens d'accroître le financement de la sécurité routière, y compris en créant un fonds ;

5. PRIE le Directeur général :

- 1) de collaborer avec les Etats Membres à la mise sur pied de politiques de santé publique fondées sur des données scientifiques et de programmes d'application de mesures visant à prévenir les accidents de la circulation et à en atténuer les conséquences ;

- 2) d'encourager la recherche à l'appui d'approches fondées sur des données factuelles afin de prévenir les accidents de la circulation et d'en atténuer les conséquences ;
- 3) de faciliter l'adaptation de mesures concrètes de prévention des accidents de la circulation qui puissent être appliquées au niveau local ;
- 4) de fournir un appui technique au renforcement des systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie aux victimes des accidents de la circulation ;
- 5) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales pour développer les capacités de prévention des accidents ;
- 6) de maintenir et de renforcer les efforts de sensibilisation à l'ampleur du problème et à la prévention ;
- 7) d'organiser régulièrement des réunions d'experts pour échanger des informations et renforcer les capacités ;
- 8) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis aux plans de la promotion de la sécurité routière et de la prévention des accidents de la circulation dans les Etats Membres.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA57.11 Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la santé de la famille dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille ;¹

Rappelant que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé stipule 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 ;

Reconnaissant et défendant les droits égaux des hommes et des femmes et soulignant que l'égalité entre les hommes et les femmes et le respect des droits de tous les membres de la famille sont essentiels au bien-être de la famille et à la société en général ;

Rappelant également les engagements, les buts et les résultats des conférences et sommets des Nations Unies sur les questions de santé concernant les membres de la famille, les individus et les communautés ;

¹ Document A57/12.

Rappelant en outre que les instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme et les plans et programmes d'action mondiaux pertinents demandent l'octroi à la famille d'une protection et d'une assistance aussi larges que possible, et que la famille revêt des formes diverses, qui diffèrent selon les systèmes culturels, politiques et sociaux ;

Reconnaissant également que les parents, les familles, les tuteurs et les autres personnes qui s'occupent des enfants sont les premiers responsables de leur bien-être et doivent être soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités en matière d'éducation des enfants, et que, dans toute mesure les concernant, l'intérêt supérieur des enfants doit être une préoccupation primordiale ;

Reconnaissant en outre que les normes culturelles, la situation socio-économique, l'égalité entre les sexes et l'éducation sont des déterminants importants de la santé ;

Considérant que des familles et des réseaux sociaux solides et sécurisants ont une influence positive sur la santé de tous les membres de la famille et que, par contre, le manque d'accès aux soins de santé, la maltraitance des enfants, le défaut de soins, et la violence sous toutes ses formes, en particulier la violence conjugale et domestique, l'alcoolisme et l'abus de substances psychoactives, les mauvais traitements aux personnes âgées et aux personnes handicapées et les effets potentiels d'une séparation prolongée, comme à l'occasion d'une migration, sont des problèmes préoccupants ;

Notant avec inquiétude les effets dévastateurs de la pandémie de VIH/SIDA sur les familles, les membres de la famille, les individus et les communautés, en particulier lorsque le chef de famille est un enfant ou une personne âgée ;

Notant que le dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille est célébré en 2004 ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à évaluer les politiques publiques dans l'optique d'aider les familles à offrir un milieu propice à tous leurs membres ;

2) à veiller à ce que des infrastructures juridiques, sociales et matérielles appropriées aident les parents, les familles, les tuteurs et les autres personnes qui s'occupent des enfants, en particulier les personnes âgées, afin de renforcer leur aptitude à soigner, élever et protéger les enfants en tenant compte dans chaque cas de l'intérêt supérieur de l'enfant et en accordant à son avis une importance en rapport avec son âge et son degré de maturité ;

3) à prendre des mesures pour que des politiques, plans et programmes de santé sexospécifiques prennent en compte les droits et l'ensemble des besoins de chaque membre de la famille en matière de santé et de développement, une attention particulière étant accordée aux familles qui risquent de ne pas être en mesure de répondre aux besoins essentiels de leurs membres, comme les familles où surviennent des cas de maltraitance des enfants, de violence en général, de violence domestique ou de défaut de soins, y compris aux membres handicapés et aux personnes âgées ;

4) à mettre en place, à utiliser et à maintenir des systèmes qui fournissent des données, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres déterminants de la santé, pour améliorer la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions sanitaires reposant sur des bases factuelles adaptées à tous les membres de la famille ;

- 5) à mettre sur pied ou à renforcer les alliances et les partenariats avec tous les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux compétents, afin d'aider les familles à répondre aux besoins en matière de santé et de développement de tous leurs membres ;
 - 6) à renforcer les mesures nationales visant à affecter des ressources suffisantes pour permettre de tenir les engagements internationaux pris compte tenu des buts et des résultats des conférences et sommets des Nations Unies concernant la santé des membres de la famille ;
 - 7) à s'acquitter de leurs obligations au titre des instruments internationaux applicables à la famille et au développement sanitaire, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi que le stipule la résolution WHA46.27 sur l'Année internationale de la famille ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de mieux faire prendre conscience des questions de santé concernant la famille, les membres de la famille, les individus et la communauté et de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent intensifier leurs efforts afin de renforcer les politiques de santé axées sur ces questions ;
 - 2) de soutenir les Etats Membres, à leur demande, pour qu'ils puissent mettre en place, utiliser et maintenir des systèmes qui fournissent des données, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres déterminants de la santé, afin d'améliorer la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions sanitaires reposant sur des bases factuelles adaptées à tous les membres de la famille ;
 - 3) d'appuyer les Etats Membres dans leurs efforts pour établir des programmes sur le rôle parental ou renforcer ceux qui existent par des recherches appropriées et en organisant des tribunes internationales pour confronter les expériences nationales ;
 - 4) de soutenir les Etats Membres dans leurs efforts pour tenir les engagements qu'ils ont pris compte tenu des buts et des résultats des conférences et sommets des Nations Unies concernant la santé des membres de la famille, en collaboration avec les partenaires compétents ;
 - 5) d'accorder l'attention voulue aux questions relatives aux soins et au soutien liées à la santé des membres de la famille, y compris les hommes et les personnes âgées, dans les politiques et programmes pertinents de l'Organisation, et de veiller à ce que les initiatives axées sur la famille et la santé tiennent compte du rôle des écoles dans l'éducation des enfants, en particulier des filles ;
 - 6) de collaborer étroitement avec le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations compétentes du système des Nations Unies, telles que l'UNICEF et le FNUAP, pour les questions concernant les membres de la famille, en échangeant constatations et données d'expérience ;
 - 7) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

WHA57.12 Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;¹

Rappelant et appréciant le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et les principales mesures à mettre en oeuvre pour continuer d'appliquer le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa vingt et unième session extraordinaire en juillet 1999 ;

Rappelant et appréciant en outre le programme d'action de Beijing (Beijing, 1995) et les autres mesures et initiatives à mettre en oeuvre pour appliquer la Déclaration et le programme d'action de Beijing adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa vingt-troisième session extraordinaire en juin 2000 ;

Réaffirmant les objectifs de développement tels qu'énoncés dans la Déclaration du Millénaire adoptée en septembre 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa cinquante-cinquième session,² et dans le plan de campagne pour la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire,³ ainsi que d'autres objectifs et cibles de développement internationaux ;

Reconnaissant que la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire et des autres objectifs et cibles internationaux nécessite, en priorité, de solides investissements et un engagement politique ferme en faveur de la santé génésique et sexuelle ;

Rappelant que la résolution WHA55.19 invitait notamment le Directeur général à élaborer une stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;

1. APPROUVE la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à faire d'urgence le nécessaire pour :
 - 1) adopter et appliquer la stratégie dans le cadre de l'action nationale déployée en vue de réaliser les objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire et les autres objectifs et cibles de développement internationaux, et pour mobiliser la volonté politique et les ressources financières voulues à cette fin ;
 - 2) intégrer la santé génésique et sexuelle dans la planification et la budgétisation nationales ;

¹ Voir annexe 2. En français les expressions « santé génésique », « santé de la reproduction » et « santé en matière de reproduction » sont interchangeables.

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

³ Document A/56/326.

- 3) renforcer la capacité des systèmes de santé à assurer, avec la participation de groupes communautaires et non gouvernementaux, un accès universel aux soins de santé sexuelle et génésique, en privilégiant particulièrement la santé maternelle et néonatale dans tous les pays ;
 - 4) suivre les progrès de l'application de la stratégie afin de s'assurer qu'elle bénéficie aux populations démunies et autres groupes marginalisés, y compris les adolescents et les hommes, et qu'elle renforce les soins et programmes de santé génésique et sexuelle à tous les niveaux ;
 - 5) veiller à ce que tous les aspects de la santé génésique et sexuelle, y compris notamment la santé génésique des adolescents et la santé maternelle et néonatale, soient inclus dans les activités nationales de suivi et de notification des progrès en vue de la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande, afin qu'ils puissent appliquer la stratégie pour la santé génésique et en évaluer les effets et l'efficacité ;
 - 2) de veiller à ce que l'Organisation consacre une attention prioritaire, des ressources et un intérêt suffisants pour soutenir la promotion et l'application efficaces de la stratégie et les « mesures nécessaires » qu'elle préconise ;
 - 3) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour qu'ils puissent assurer un approvisionnement régulier en produits liés à la santé génésique ;
 - 4) d'accorder une attention particulière à la santé maternelle et néonatale en prévision du premier rapport de situation sur la santé génésique et sexuelle qu'établira l'OMS en 2005, au titre de sa contribution au rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès en vue de la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire ;
 - 5) de présenter régulièrement (au moins tous les deux ans) des rapports de situation sur l'application de la stratégie à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA57.13 Génomique et santé dans le monde

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la génomique et la santé dans le monde ;¹

Prenant note des remarquables progrès réalisés dans la recherche en génomique et du fait que bon nombre d'Etats Membres ne sont pas bien préparés à cette nouvelle approche de la recherche et de la pratique médicales ;

¹ Document A57/16.

Souhaitant mettre les bienfaits potentiels de la révolution génomique au service de la santé des populations des pays développés comme des pays en développement ;

Considérant que la génomique pose des problèmes en matière de sécurité et a des répercussions nouvelles complexes sur les plans éthique, juridique, social et économique ;

Réaffirmant que les progrès de la génomique doivent être envisagés dans le contexte de leur valeur ajoutée pour la pratique et la prestation des soins de santé ;

Reconnaissant qu'il faut de toute urgence faire de la recherche en génomique et mettre au point des applications pour veiller à ce que les êtres humains en bénéficient ;

Reconnaissant que la génomique a une contribution importante à apporter dans le domaine de la santé publique ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, les milieux scientifiques, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale d'annoncer leur ferme volonté de faire en sorte que les progrès de la génomique bénéficient équitablement à tous ;

1. PREND NOTE des recommandations contenues dans le rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé intitulé *Génomique et santé dans le monde* ;¹
2. ADOPTE, pour la présente résolution et pour toutes les activités ultérieures de l'OMS, la définition suivante de la génomique : étude des gènes et de leurs fonctions et techniques connexes ;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à envisager l'adoption desdites recommandations et à mobiliser tous les milieux scientifiques, sociaux, politiques et économiques concernés pour :
 - 1) définir des politiques et stratégies nationales en matière de génomique et mettre en place des mécanismes pour évaluer les techniques pertinentes, le rapport coût/efficacité, les structures d'examen éthique, les répercussions juridiques, sociales et économiques, les systèmes de réglementation, notamment en ce qui concerne la sécurité, et la nécessité d'une action de sensibilisation dans la population ;
 - 2) renforcer les centres et établissements qui font de la recherche en génomique, ou en créer de nouveaux, pour développer les capacités nationales et accélérer l'application éthique des progrès de la génomique aux problèmes de santé des pays ;
4. DEMANDE aux Etats Membres de veiller à ce que la collaboration se resserre entre le secteur privé, la communauté scientifique, la société civile et d'autres partenaires concernés, en particulier au sein du système des Nations Unies, et à ce que le dialogue s'engage pour trouver des moyens ingénieux et équitables de mobiliser davantage de ressources pour des travaux de recherche en génomique visant à répondre aux besoins de santé des pays en développement et à renforcer les capacités dans des domaines tels que la bioéthique et la bio-informatique ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Génomique et santé dans le monde : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé*. Genève (à paraître).

5. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux Etats Membres pour l'élaboration de politiques et stratégies nationales ainsi que pour le renforcement de leurs capacités afin qu'ils puissent bénéficier des progrès de la génomique applicables à leurs problèmes de santé et à leurs systèmes de réglementation, eu égard en particulier à la sécurité et à la sensibilisation nécessaire du public ;

2) de promouvoir le rôle de l'OMS, en collaboration avec les organismes compétents des Nations Unies, pour convoquer des instances régionales et internationales et encourager les partenariats entre les principaux acteurs de façon à mobiliser des ressources, contribuer au développement des capacités et trouver des solutions novatrices aux problèmes soulevés par les progrès de la génomique ;

3) de faciliter les échanges entre pays développés et en développement concernant l'utilisation et l'application des techniques de la génomique pour permettre de s'atteler à des problèmes locaux et régionaux particuliers, par exemple par des activités de formation et de soutien technique.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA57.14 Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le VIH/SIDA ;¹

Notant avec une vive préoccupation que, fin 2003, environ 40 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA, que cette même année la pandémie avait provoqué selon les estimations 3 millions de décès et que le VIH/SIDA touche avec une gravité particulière les femmes et les enfants ;

Préoccupée également de constater que, sur les quelque 6 millions de personnes qui nécessitent un traitement antirétroviral dans les pays en développement, seules 440 000 en bénéficient actuellement ;

Notant avec inquiétude que d'autres problèmes de santé sont également à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées dans les pays en développement ;

Constatant que le traitement antirétroviral a contribué à réduire la mortalité et prolonger la vie en bonne santé et que la possibilité de dispenser ce traitement a été démontrée dans différents contextes où les ressources manquent ;

Reconnaissant que le traitement et l'accès aux médicaments pour les personnes infectées et celles qui sont touchées par le VIH/SIDA, ainsi que la prévention, les soins et le soutien sont des éléments indissociables d'une riposte globale du secteur de la santé au niveau national et nécessitent un appui financier suffisant des Etats et d'autres donateurs ;

¹ Document A57/4.

Reconnaissant que la stigmatisation sociale, la discrimination, le manque d'accessibilité économique des antirétroviraux, les contraintes économiques et les limites des capacités et des ressources humaines pour les soins de santé comptent parmi les principaux obstacles qui empêchent les personnes vivant avec le VIH/SIDA d'avoir accès au traitement et aux soins et à un soutien social ;

Reconnaissant également la nécessité de réduire encore plus le coût des antirétroviraux ;

Rappelant la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire sur le VIH/SIDA (27 juin 2001) dans laquelle elle reconnaissait que la prévention de l'infection à VIH devait être la pierre angulaire des ripostes nationales, régionales et internationales à l'épidémie et demandait que soient réalisés d'ici 2005 d'importants progrès dans la mise en oeuvre de stratégies globales de soins, y compris s'agissant de l'accès aux antirétroviraux ;

Rappelant également la résolution WHA55.12 sur la contribution de l'OMS au suivi de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, la résolution WHA55.14 sur les moyens d'assurer l'accès aux médicaments essentiels, la résolution WHA56.27 sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique ainsi que la résolution WHA56.30 sur la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA ;

Rappelant et appréciant le programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), les engagements pris lors du Sommet mondial pour le développement social (Copenhague, 1995) et du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990), la Déclaration et le programme d'action de Beijing (1995), la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993), la Déclaration du Millénaire (2000), ainsi que leurs recommandations et les mesures de suivi et rapports y relatifs ;

Accueillant avec satisfaction l'accord du 25 avril 2004 entre les partenaires du développement en vue de mieux coordonner et harmoniser la riposte au VIH/SIDA dans les pays grâce aux « trois principes », à savoir un cadre d'action concerté contre le VIH/SIDA jetant la base d'une coordination de l'action de tous les partenaires, une autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA dotée d'un large mandat multisectoriel et un système concerté de suivi et d'évaluation au niveau du pays ;

Reconnaissant le rôle central du secteur de la santé dans la riposte au VIH/SIDA et la nécessité de renforcer les systèmes de santé et le développement des capacités humaines pour que les pays et les communautés puissent contribuer pleinement à la réalisation des cibles mondiales énoncées dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, et de développer les systèmes de santé publique en vue de réduire le plus possible le risque de pharmacorésistance ;

Soulignant l'importance de l'action de l'OMS, notamment grâce au projet lancé à son initiative pour les achats, l'assurance de qualité et la recherche de sources d'approvisionnement, pour donner aux pays en développement plus facilement accès, au meilleur prix, à des antirétroviraux et des produits diagnostiques sûrs, efficaces et abordables ;

Rappelant la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée à la Conférence ministérielle de l'OMC (Doha, 2001) et se félicitant de la décision prise par le Conseil général de l'OMC le 30 août 2003 sur la mise en oeuvre du paragraphe 6 de ladite Déclaration ;¹

Reconnaissant le rôle spécial de l'OMS à l'intérieur du système des Nations Unies pour combattre et atténuer les effets du VIH/SIDA, la responsabilité qui lui incombe dans les suites à donner à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA et, en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, dans l'orientation des efforts du système des Nations Unies en matière de traitement de l'infection à VIH/SIDA et de soins aux patients ainsi que dans une action énergique de prévention ;

Se félicitant des progrès réalisés par de nombreux Etats Membres qui commencent à développer le traitement du VIH/SIDA à l'échelle nationale ;

Se félicitant également de l'appui accru des Etats Membres aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA ;

1. ACCUEILLE AVEC SATISFACTION la stratégie « 3 millions d'ici 2005 » élaborée par le Directeur général pour aider les pays en développement, dans le cadre des mesures prises par l'OMS pour appliquer la stratégie mondiale d'ensemble du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, à donner à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA accès au traitement antirétroviral d'ici fin 2005, et note qu'il est important, y compris pour l'OMS, de mobiliser des ressources financières auprès des Etats et d'autres donateurs pour atteindre cette cible ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres, en priorité :

1) à mettre en place au niveau national des infrastructures sanitaires et sociales et des systèmes de santé ou à les renforcer, avec l'aide de la communauté internationale si nécessaire, pour être en mesure d'assurer efficacement des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA ainsi que de soins et d'aide aux malades ;

2) à renforcer les systèmes nationaux de planification, de surveillance et d'évaluation afin de dispenser les services de prévention et de traitement du VIH/SIDA ainsi que de soins et d'aide aux malades dans le cadre de la stratégie sanitaire d'ensemble du pays, en veillant à assurer un équilibre approprié entre les services de lutte contre le VIH/SIDA et tous les autres services de santé essentiels ;

3) à appliquer des politiques et des pratiques de nature à promouvoir :

a) une dotation suffisante en ressources humaines ayant reçu la formation nécessaire et possédant l'ensemble des compétences requises pour susciter une riposte amplifiée ;

b) les droits de la personne, l'équité et l'égalité entre hommes et femmes dans l'accès au traitement et aux soins ;

c) l'approvisionnement en quantités suffisantes et à des prix abordables de produits pharmaceutiques de bonne qualité, y compris d'antirétroviraux et de technologies médicales pour le traitement, le diagnostic et la prise en charge du VIH/SIDA ;

¹ Document WT/L/540, disponible sur le site : <http://docsonline.wto.org>.

d) des services accessibles et abordables de traitement, de dépistage et de conseil, avec consentement éclairé, de prévention et de soins pour tous, sans discrimination, y compris les groupes les plus vulnérables ou les plus socialement défavorisés de la population ;

e) une bonne qualité et la pertinence scientifique et médicale des produits pharmaceutiques ou des technologies médicales pour le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA, quels que soient leurs sources et leurs pays d'origine, notamment en utilisant de façon optimale la liste OMS des médicaments présélectionnés qui satisfont aux normes internationales de qualité ;

f) des investissements supplémentaires dans les médicaments, y compris les microbicides, les produits diagnostiques et la recherche sur les vaccins, dans la recherche en sciences sociales et sur les systèmes de santé et dans les remèdes traditionnels et leurs interactions possibles avec d'autres médicaments, afin d'accroître l'efficacité des interventions ;

g) un développement des systèmes de santé destiné à favoriser l'accès aux antirétroviraux et à faciliter l'observance des schémas thérapeutiques pour réduire le plus possible le risque de pharmacorésistance et protéger les malades contre les contrefaçons de médicaments ;

h) l'intégration de la nutrition dans une riposte globale au VIH/SIDA ;

i) la promotion de l'allaitement au sein à la lumière du cadre du système des Nations Unies pour une action prioritaire concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson et des lignes directrices de l'OMS et de l'UNICEF à l'intention des décideurs et des responsables des soins de santé ;

4) à envisager, si nécessaire, d'adapter la législation nationale pour pouvoir exploiter pleinement les clauses prévoyant une certaine souplesse dans l'application de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ;

5) à appliquer les « trois principes » afin de mieux coordonner et harmoniser la riposte au VIH/SIDA ;

6) à tenir compte dans les accords commerciaux bilatéraux des marges de manoeuvre prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et reconnues par la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée à la Conférence ministérielle de l'OMC (Doha, 2001) ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer le rôle clé de l'OMS, en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, dans la direction technique, l'orientation et le soutien de la riposte des systèmes de santé au VIH/SIDA, dans le cadre de l'action de l'ensemble du système des Nations Unies ;

2) de prendre des mesures dans l'optique des « trois principes » pour :

- a) fournir un appui aux pays afin de développer le plus possible les possibilités de prestation de toutes les interventions qui intéressent la prévention, les soins, le soutien et le traitement pour le VIH/SIDA et les maladies associées, y compris la tuberculose ;
 - b) appuyer, mobiliser et faciliter les efforts des pays en développement pour développer le traitement antirétroviral à l'intention des groupes les plus vulnérables, d'une manière qui tienne compte de la pauvreté et de l'égalité entre hommes et femmes, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé nationaux, tout en maintenant un équilibre approprié des investissements entre prévention, soins et traitement ;
 - c) donner des orientations sur les moyens d'accélérer la prévention dans le cadre du développement du traitement, conformément à la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA ;
- 3) de prendre des mesures pour donner aux pays en développement plus facilement accès à des produits pharmaceutiques et diagnostiques pour diagnostiquer, soigner et prendre en charge le VIH/SIDA, notamment en renforçant le projet OMS de présélection ;
 - 4) de veiller à ce que le processus d'examen de présélection et les résultats des rapports d'inspection et d'évaluation des produits figurant sur la liste, à part l'information faisant l'objet d'un droit de propriété et l'information confidentielle, soient accessibles au grand public ;
 - 5) d'apporter un soutien aux pays en développement pour l'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des achats de médicaments contre le SIDA et de produits diagnostiques de bonne qualité ;
 - 6) de fournir un appui aux pays pour intégrer le développement de la riposte au VIH/SIDA dans une action de grande envergure en vue du renforcement des systèmes de santé nationaux, eu égard en particulier au développement des ressources humaines, à l'infrastructure de santé, au financement des systèmes de santé et à l'information sanitaire ;
 - 7) de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA57.15 Barème des contributions pour 2005

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹

1. DECIDE d'adopter un barème de contributions révisé pour 2005 reflétant le dernier barème disponible de l'ONU, tel qu'il figure ci-après :

¹ Document A57/23.

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005 %
Afghanistan	0,00200
Afrique du Sud	0,29200
Albanie	0,00500
Algérie	0,07600
Allemagne	8,66230
Andorre	0,00500
Angola	0,00100
Antigua-et-Barbuda	0,00300
Arabie saoudite	0,71300
Argentine	0,95600
Arménie	0,00200
Australie	1,59200
Autriche	0,85900
Azerbaïdjan	0,00500
Bahamas	0,01300
Bahreïn	0,03000
Bangladesh	0,01000
Barbade	0,01000
Bélarus	0,01800
Belgique	1,06900
Belize	0,00100
Bénin	0,00200
Bhoutan	0,00100
Bolivie	0,00900
Bosnie-Herzégovine	0,00300
Botswana	0,01200
Brésil	1,52300
Brunéi Darussalam	0,03400
Bulgarie	0,01700
Burkina Faso	0,00200
Burundi	0,00100
Cambodge	0,00200
Cameroun	0,00800
Canada	2,81300
Cap-Vert	0,00100
Chili	0,22300
Chine	2,05300
Chypre	0,03900
Colombie	0,15500
Comores	0,00100
Congo	0,00100
Costa Rica	0,03000
Côte d'Ivoire	0,01000
Croatie	0,03700
Cuba	0,04300
Danemark	0,71800
Djibouti	0,00100
Dominique	0,00100
Egypte	0,12000
El Salvador	0,02200
Emirats arabes unis	0,23500
Equateur	0,01900
Erythrée	0,00100

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005 %
Espagne	2,52000
Estonie	0,01200
Etats-Unis d'Amérique	22,00000
Ethiopie	0,00400
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,00600
Fédération de Russie	1,10000
Fidji	0,00400
Finlande	0,53300
France	6,03010
Gabon	0,00900
Gambie	0,00100
Géorgie	0,00300
Ghana	0,00400
Grèce	0,53000
Grenade	0,00100
Guatemala	0,03000
Guinée	0,00300
Guinée-Bissau	0,00100
Guinée équatoriale	0,00200
Guyana	0,00100
Haïti	0,00300
Honduras	0,00500
Hongrie	0,12600
Iles Cook	0,00100
Iles Marshall	0,00100
Iles Salomon	0,00100
Inde	0,42100
Indonésie	0,14200
Iran (République islamique d')	0,15700
Iraq	0,01600
Irlande	0,35000
Islande	0,03400
Israël	0,46700
Italie	4,88510
Jamahiriya arabe libyenne	0,13200
Jamaïque	0,00800
Japon	19,46830
Jordanie	0,01100
Kazakhstan	0,02500
Kenya	0,00900
Kirghizistan	0,00100
Kiribati	0,00100
Koweït	0,16200
Lesotho	0,00100
Lettonie	0,01500
Liban	0,02400
Libéria	0,00100
Lituanie	0,02400
Luxembourg	0,07700
Madagascar	0,00300
Malaisie	0,20300
Malawi	0,00100
Maldives	0,00100

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005 %
Mali	0,00200
Malte	0,01400
Maroc	0,04700
Maurice	0,01100
Mauritanie	0,00100
Mexique	1,88300
Micronésie (Etats fédérés de)	0,00100
Monaco	0,00300
Mongolie	0,00100
Mozambique	0,00100
Myanmar	0,01000
Namibie	0,00600
Nauru	0,00100
Népal	0,00400
Nicaragua	0,00100
Niger	0,00100
Nigéria	0,04200
Nioué	0,00100
Norvège	0,67900
Nouvelle-Zélande	0,22100
Oman	0,07000
Ouganda	0,00600
Ouzbékistan	0,01400
Pakistan	0,05500
Palaos	0,00100
Panama	0,01900
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,00300
Paraguay	0,01200
Pays-Bas	1,69000
Pérou	0,09200
Philippines	0,09500
Pologne	0,46100
Porto Rico	0,00100
Portugal	0,47000
Qatar	0,06400
République arabe syrienne	0,03800
République centrafricaine	0,00100
République de Corée	1,79600
République démocratique du Congo	0,00300
République démocratique populaire lao	0,00100
République de Moldova	0,00100
République dominicaine	0,03500
République populaire démocratique de Corée	0,01000
République tchèque	0,18300
République-Unie de Tanzanie	0,00600
Roumanie	0,06000
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,12720
Rwanda	0,00100
Sainte-Lucie	0,00200
Saint-Kitts-et-Nevis	0,00100
Saint-Marin	0,00300
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,00100

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005 %
Samoa	0,00100
Sao Tomé-et-Principe	0,00100
Sénégal	0,00500
Serbie-et-Monténégro	0,01900
Seychelles	0,00200
Sierra Leone	0,00100
Singapour	0,38800
Slovaquie	0,05100
Slovénie	0,08200
Somalie	0,00100
Soudan	0,00800
Sri Lanka	0,01700
Suède	0,99800
Suisse	1,19700
Suriname	0,00100
Swaziland	0,00200
Tadjikistan	0,00100
Tchad	0,00100
Thaïlande	0,20900
Timor-Leste	0,00100
Togo	0,00100
Tokélaou	0,00100
Tonga	0,00100
Trinité-et-Tobago	0,02200
Tunisie	0,03200
Turkménistan	0,00500
Turquie	0,37200
Tuvalu	0,00100
Ukraine	0,03900
Uruguay	0,04800
Vanuatu	0,00100
Venezuela	0,17100
Viet Nam	0,02100
Yémen	0,00600
Zambie	0,00200
Zimbabwe	0,00700
Total	100,00000

2. DECIDE d'appliquer les montants disponibles dans le cadre du mécanisme d'ajustement pour 2005, tels qu'ils figurent ci-après, modifiés pour refléter les contributions révisées pour 2005, et conformément à la méthode de calcul établie dans la résolution WHA56.34, les montants étant au besoin réduits proportionnellement pour que les demandes totales sur la base des notifications reçues jusqu'au 31 octobre 2004 soient entièrement couvertes par le montant affecté au mécanisme d'ajustement en 2004-2005.

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Afghanistan	-
Afrique du Sud	-
Albanie	3 435
Algérie	-
Allemagne	-
Andorre	1 715
Angola	-
Antigua-et-Barbuda	1 715
Arabie saoudite	274 710
Argentine	-
Arménie	-
Australie	228 355
Autriche	-
Azerbaïdjan	-
Bahamas	-
Bahreïn	22 320
Bangladesh	-
Barbade	3 435
Bélarus	-
Belgique	-
Belize	-
Bénin	-
Bhoutan	-
Bolivie	3 435
Bosnie-Herzégovine	-
Botswana	3 435
Brésil	130 490
Brunéï Darussalam	24 035
Bulgarie	10 300
Burkina Faso	-
Burundi	-
Cambodge	1 715
Cameroun	-
Canada	214 620
Cap-Vert	-
Chili	152 810
Chine	1 844 005
Chypre	10 300
Colombie	82 415
Comores	-
Congo	-
Costa Rica	24 035
Côte d'Ivoire	1 715
Croatie	13 735
Cuba	32 620
Danemark	63 525
Djibouti	-
Dominique	-
Egypte	96 150
El Salvador	17 170
Emirats arabes unis	103 015
Equateur	-

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Erythrée	-
Espagne	-
Estonie	-
Etats-Unis d'Amérique	-
Ethiopie	-
Ex-République yougoslave de Macédoine	3 435
Fédération de Russie	68 680
Fidji	-
Finlande	-
France	-
Gabon	-
Gambie	-
Géorgie	-
Ghana	-
Grèce	317 635
Grenade	-
Guatemala	20 605
Guinée	-
Guinée-Bissau	-
Guinée équatoriale	1 715
Guyana	-
Haïti	1 715
Honduras	3 435
Hongrie	13 735
Iles Cook	-
Iles Marshall	-
Iles Salomon	-
Inde	218 055
Indonésie	-
Iran (République islamique d')	-
Iraq	-
Irlande	223 205
Islande	5 150
Israël	211 185
Italie	-
Jamahiriya arabe libyenne	17 170
Jamaïque	3 435
Japon	-
Jordanie	8 585
Kazakhstan	-
Kenya	3 435
Kirghizistan	-
Kiribati	-
Koweït	61 810
Lesotho	-
Lettonie	-
Liban	13 735
Libéria	-
Lituanie	15 455
Luxembourg	17 170
Madagascar	-
Malaisie	39 490

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Malawi	-
Maldives	-
Mali	-
Malte	-
Maroc	12 020
Maurice	3 435
Mauritanie	-
Mexique	1 552 125
Micronésie (Etats fédérés de)	-
Monaco	-
Mongolie	-
Mozambique	-
Myanmar	3 435
Namibie	-
Nauru	-
Népal	-
Nicaragua	-
Niger	-
Nigéria	18 885
Nioué	-
Norvège	135 640
Nouvelle-Zélande	6 870
Oman	34 340
Ouganda	3 435
Ouzbékistan	-
Pakistan	-
Palaos	-
Panama	10 300
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-
Paraguay	-
Pays-Bas	144 225
Pérou	-
Philippines	25 755
Pologne	460 145
Porto Rico	-
Portugal	78 980
Qatar	54 940
République arabe syrienne	-
République centrafricaine	-
République de Corée	1 383 860
République démocratique du Congo	-
République démocratique populaire lao	-
République de Moldova	-
République dominicaine	34 340
République populaire démocratique de Corée	-
République tchèque	66 960
République-Unie de Tanzanie	5 150
Roumanie	8 585
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	1 916 460
Rwanda	-
Sainte-Lucie	1 715

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Saint-Kitts-et-Nevis	-
Saint-Marin	1 715
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-
Samoa	-
Sao Tomé-et-Principe	-
Sénégal	-
Serbie-et-Monténégro	-
Seychelles	-
Sierra Leone	-
Singapour	363 995
Slovaquie	29 190
Slovénie	37 775
Somalie	-
Soudan	1 715
Sri Lanka	8 585
Suède	-
Suisse	1 715
Suriname	-
Swaziland	-
Tadjikistan	-
Tchad	-
Thaïlande	72 110
Timor-Leste	1 715
Togo	-
Tokélaou	-
Tonga	-
Trinité-et-Tobago	10 300
Tunisie	8 585
Turkménistan	-
Turquie	-
Tuvalu	-
Ukraine	-
Uruguay	1 715
Vanuatu	-
Venezuela	24 035
Viet Nam	24 035
Yémen	-
Zambie	-
Zimbabwe	-
Total	11 182 830

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission B, cinquième rapport)

WHA57.16 Promotion de la santé et modes de vie sains

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA42.44 et WHA51.12 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, ainsi que l'issue des cinq conférences mondiales sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986 ; Adélaïde, Australie, 1988 ; Sundsvall, Suède, 1991 ; Jakarta, 1997 ; et Mexico, 2000), la Déclaration ministérielle pour la promotion de la santé, 2000 et l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2003) ;

Ayant examiné le rapport sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ;¹

Notant que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*² traite des risques majeurs pour la santé dans le monde et met en lumière le rôle des facteurs comportementaux, et notamment d'une mauvaise alimentation, de la sédentarité, de la consommation de tabac et de l'usage nocif de l'alcool, en tant que facteurs de risque déterminants pour les maladies non transmissibles qui constituent une charge en rapide augmentation ;

Notant que la promotion de la santé mentale est une composante importante de la promotion de la santé en général ;

Reconnaissant que la nécessité de mettre en place des stratégies, des modèles et des méthodes pour la promotion de la santé ne vaut pas seulement pour un problème de santé déterminé, ou un ensemble particulier de comportements, mais concerne tout un éventail de groupes de population, de facteurs de risque et de maladies, dans des cultures et des environnements très divers ;

Reconnaissant que, d'une manière générale, les efforts qui doivent être impérativement consacrés à la promotion de la santé devraient viser à réduire les inégalités en matière de santé par une action sur toute la chaîne des déterminants, y compris les structures sociales, les facteurs environnementaux et les modes de vie ;

Reconnaissant la nécessité pour les Etats Membres de renforcer les politiques, les ressources humaines et financières et les capacités institutionnelles voulues pour mener un effort durable et efficace de promotion de la santé agissant sur les principaux déterminants de la santé et les facteurs de risque correspondants, afin d'accroître les capacités nationales, de développer les approches fondées sur des données factuelles, de trouver des moyens de financement innovants et de définir des lignes directrices pour la mise en oeuvre et l'évaluation ;

Rappelant l'importance des soins de santé primaires et des cinq domaines d'action définis dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à renforcer les capacités existantes aux niveaux national et local pour la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes de promotion de la santé à la fois complets et

¹ Document A57/11.

² Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

multisectoriels et tenant compte des sexospécificités et des contextes culturels, en mettant particulièrement l'accent sur les pauvres et les groupes marginalisés ;

2) à mettre en place des mécanismes appropriés pour suivre et analyser les expériences nationales et recueillir les données pertinentes afin de renforcer la base de données factuelles destinée à assurer l'efficacité des interventions de promotion de la santé, en tant que partie intégrante des systèmes de santé, en vue d'obtenir de réels changements dans la société et les modes de vie ;

3) à donner une haute priorité à la promotion de modes de vie sains chez les enfants et les jeunes – garçons et filles, à l'école ou dans d'autres établissements d'enseignement et au-dehors – y compris en leur proposant des activités récréatives saines et sans risque et en créant des environnements favorables à l'adoption de tels modes de vie ;

4) à inclure l'usage nocif de l'alcool dans la liste des facteurs de risque liés aux modes de vie, comme cela est préconisé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, et à prêter attention à la prévention des méfaits de l'alcool et à la promotion de stratégies visant à réduire les conséquences physiques, mentales et sociales préjudiciables d'un usage nocif de l'alcool, notamment chez les jeunes et les femmes enceintes, ainsi que sur le lieu de travail et au volant ;

5) à mettre sur pied des programmes de sevrage tabagique ;

6) à étudier activement, lorsque cela est nécessaire et approprié, l'établissement de mécanismes de financement novateurs, adéquats et durables dotés d'une base institutionnelle solide pour la gestion de la promotion de la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'inscrire la promotion de la santé au tout premier rang des priorités pour appuyer son développement au sein de l'Organisation, comme cela avait été demandé dans la résolution WHA51.12, afin d'aider les Etats Membres, en concertation avec toutes les parties prenantes, à s'attaquer plus efficacement aux facteurs de risque majeurs pour la santé, y compris l'usage nocif de l'alcool et d'autres facteurs importants liés aux modes de vie ;

2) de continuer à préconiser une approche de la promotion de la santé fondée sur des données factuelles et à fournir aux Etats Membres un appui technique et autre pour renforcer leur capacité à mettre en oeuvre, surveiller, évaluer et diffuser des programmes efficaces de promotion de la santé à tous les niveaux ;

3) de fournir appui et conseils aux Etats Membres pour relever les défis et saisir les possibilités qui se présentent en matière de promotion de modes de vie sains et de gestion des facteurs de risque correspondants, tels qu'ils sont évoqués dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* ;

4) de fournir un appui à tous les Etats Membres pour élaborer et mettre en oeuvre des programmes de sevrage tabagique ;

5) d'apporter un soutien aux Etats Membres, lorsque cela est nécessaire et approprié, dans leurs tentatives pour établir des mécanismes de financement novateurs, adéquats et durables dotés d'une base institutionnelle solide afin de coordonner efficacement et de suivre de manière systématique leurs efforts de promotion de la santé ;

6) de faire rapport au Conseil exécutif, à sa cent quinzième session, et à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la promotion de modes de vie sains, et notamment de présenter un rapport sur les travaux futurs de l'Organisation concernant la consommation d'alcool.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, troisième rapport)

WHA57.17 Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA55.23 sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

Rappelant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*,¹ qui indique que la mortalité, la morbidité et l'incapacité attribuées aux principales maladies non transmissibles représentent actuellement environ 60 % de l'ensemble des décès et 47 % de la charge mondiale de morbidité, et que ces chiffres pourraient atteindre 73 % et 60 %, respectivement, d'ici 2020 ;

Notant que 66 % des décès attribués aux maladies non transmissibles surviennent dans des pays en développement, où les victimes sont plus jeunes en moyenne que dans les pays développés ;

Alarmée par ces chiffres en augmentation, qui sont la conséquence d'une évolution de la démographie et des modes de vie, y compris en matière d'alimentation et d'exercice physique ;

Constatant la vaste somme de connaissances disponibles et les possibilités offertes par l'action de santé publique, la nécessité de réduire le niveau d'exposition aux risques majeurs découlant d'une mauvaise alimentation et de la sédentarité, et le caractère en grande partie évitable des maladies qui en résultent ;

Consciente également que ces facteurs de risque majeurs, qu'ils soient comportementaux ou environnementaux, peuvent être modifiés par la mise en oeuvre de mesures de santé publique essentielles et concertées, comme cela a été démontré dans plusieurs Etats Membres ;

Reconnaissant que la malnutrition, y compris la sous-alimentation et les carences nutritionnelles, reste une cause majeure de mortalité et de morbidité dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays en développement, et que cette stratégie complète l'action importante de l'OMS et de ses Etats Membres dans le domaine général de la nutrition ;

Reconnaissant que les nations, les communautés et les individus sont interdépendants et qu'en coopération avec d'autres parties intéressées, les gouvernements ont un rôle central à jouer dans l'instauration d'un environnement qui autorise et incite les individus, les familles et les communautés à prendre, concernant l'alimentation et l'exercice physique, des décisions positives qui améliorent la qualité de la vie ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

Reconnaissant en outre l'importance d'une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, dans le cadre de la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, qui consiste notamment à encourager les modes de vie sains, à favoriser des environnements plus sains, à fournir des services d'information et de santé publique et à associer largement les professions sanitaires et apparentées ainsi que toutes les parties intéressées et les secteurs qui entendent réduire les risques de maladies non transmissibles à l'amélioration des modes de vie et de la santé des individus et des communautés ;

Reconnaissant que, pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale, il faudrait promouvoir le renforcement des capacités et un appui financier et technique par le biais de la coopération internationale afin de soutenir les efforts nationaux des pays en développement ;

Reconnaissant l'importance socio-économique des pratiques traditionnelles en matière d'alimentation et d'exercice physique, y compris celles des peuples autochtones, et les avantages que ces pratiques peuvent comporter pour la santé ;

Réaffirmant qu'aucun élément de cette stratégie ne sera interprété comme justifiant l'adoption de mesures restreignant les échanges commerciaux ou de pratiques qui fausseraient ces échanges ;

Réaffirmant que les niveaux appropriés d'apport en énergie, en nutriments et en aliments, y compris sucres libres, sel, graisses, fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes et noix, seront déterminés conformément aux recommandations nationales concernant l'alimentation et l'exercice physique sur la base des meilleures données scientifiques disponibles et dans le cadre des politiques et programmes des Etats Membres, compte tenu des traditions culturelles ainsi que des habitudes et pratiques nationales en matière d'alimentation ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, la société civile et la communauté internationale, secteur privé compris, de renouveler leur engagement en faveur d'une alimentation saine et de l'exercice physique ;

Notant que la résolution WHA56.23 invitait instamment les Etats Membres à utiliser pleinement les normes du Codex Alimentarius pour protéger la santé humaine tout au long de la chaîne alimentaire, y compris pour aider à faire des choix sains en matière de nutrition et d'alimentation ;

1. **APPROUVE** la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé jointe en annexe à la présente résolution ;
2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres :
 - 1) à définir, appliquer et évaluer les mesures recommandées dans la Stratégie, compte tenu de leur situation nationale et dans le cadre de leurs politiques et programmes généraux, pour promouvoir la santé des personnes et des communautés par une alimentation saine et de l'exercice physique, et pour réduire les risques de maladies non transmissibles et l'incidence de ces maladies ;
 - 2) à promouvoir des modes de vie incluant une alimentation saine et de l'exercice physique et favorisant l'équilibre énergétique ;
 - 3) à renforcer les structures existantes, ou à en créer de nouvelles, pour mettre en oeuvre la Stratégie dans le secteur de la santé et les autres secteurs intéressés, pour en suivre et en évaluer l'efficacité et pour orienter les investissements et la gestion de ressources en vue de réduire la

prévalence des maladies non transmissibles et les risques liés à une mauvaise alimentation et à la sédentarité ;

- 4) à définir à cette fin, compte tenu de leur situation nationale :
 - a) des buts et objectifs nationaux,
 - b) un calendrier réaliste pour les atteindre,
 - c) des recommandations nationales concernant l'alimentation et l'exercice physique,
 - d) des indicateurs mesurables de méthodes et de résultats permettant de suivre et d'évaluer avec précision les mesures prises et de répondre rapidement aux besoins recensés ;
 - e) des mesures pour préserver et promouvoir les aliments et l'activité physique traditionnels ;
 - 5) à encourager la mobilisation de tous les groupements sociaux et économiques concernés, y compris les associations scientifiques, professionnelles, non gouvernementales, bénévoles, du secteur privé, de la société civile et de l'industrie, et à les engager activement et de manière appropriée à mettre en oeuvre la Stratégie et en atteindre le but et les objectifs ;
 - 6) à encourager et favoriser un environnement propice à l'exercice de la responsabilité individuelle en matière de santé par l'adoption d'un mode de vie incluant une alimentation saine et de l'exercice physique ;
 - 7) à veiller à ce que les politiques publiques adoptées aux fins de la mise en oeuvre de cette Stratégie soient conformes aux engagements qu'ils ont pris à titre individuel dans le cadre d'accords internationaux et multilatéraux, y compris les accords commerciaux et autres accords connexes, afin d'éviter tout effet restreignant ou faussant les échanges commerciaux ;
 - 8) à tenir compte, lors de la mise en oeuvre de la Stratégie, des risques d'effets non intentionnels sur les populations vulnérables et des produits spécifiques ;
3. ENGAGE les autres organisations et organismes internationaux à accorder un rang de priorité élevé, dans le cadre de leurs mandats et programmes respectifs, à la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique en vue d'améliorer l'état de santé, et invite les parties intéressées des secteurs public et privé, y compris la communauté des donateurs, à coopérer avec les gouvernements ;
4. PRIE la Commission du Codex Alimentarius de continuer, dans le cadre de son mandat opérationnel, à accorder toute l'attention voulue aux mesures reposant sur des données avérées qui pourraient être prises pour améliorer les normes sanitaires des aliments conformément au but et aux objectifs de la Stratégie ;
5. PRIE le Directeur général :
- 1) de poursuivre et intensifier, en coopération avec les Etats Membres, les travaux consacrés à la sous-alimentation et aux carences en micronutriments, et de continuer à faire rapport aux Etats Membres sur les progrès accomplis dans le domaine de la nutrition (résolutions WHA46.7, WHA52.24, WHA54.2, WHA55.25) ;

- 2) de fournir des avis techniques et de mobiliser un soutien aux niveaux mondial et régional pour les Etats Membres, à leur demande, aux fins de la mise en oeuvre de la Stratégie et du suivi et de l'évaluation de son application ;
- 3) de suivre en permanence les progrès scientifiques internationaux et la recherche concernant l'alimentation, l'exercice physique et la santé, y compris les avantages nutritionnels supposés des produits agricoles qui constituent une part appréciable ou importante de l'alimentation dans chaque pays, pour que les Etats Membres puissent adapter leurs programmes aux connaissances les plus actuelles ;
- 4) de continuer à mettre au point et à diffuser des informations, des principes directeurs, des études, des évaluations et des matériels de sensibilisation et de formation techniques afin que les Etats Membres soient plus conscients des avantages économiques et du rôle d'une alimentation saine et de l'exercice physique dans leur lutte contre l'augmentation de la charge mondiale des maladies non transmissibles ;
- 5) de renforcer la coopération internationale avec d'autres organisations du système des Nations Unies et institutions bilatérales afin de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique tout au long de l'existence ;
- 6) de coopérer avec les parties intéressées de la société civile et des secteurs public et privé qui s'emploient à réduire les risques de maladies non transmissibles à la mise en oeuvre de la Stratégie et à la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique, en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;
- 7) de travailler avec d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies et organisations intergouvernementales à l'évaluation et au suivi des aspects sanitaires, des incidences socio-économiques et des aspects sexospécifiques de la Stratégie et de son application, et d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis ;
- 8) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en oeuvre de la Stratégie.

Annexe

**STRATEGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION,
L'EXERCICE PHYSIQUE ET LA SANTE**

1. Conscients de la charge importante et croissante que représentent les maladies non transmissibles, les Etats Membres ont prié le Directeur général d'élaborer une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé selon un processus de consultation générale.¹ Pour définir le contenu du projet de stratégie mondiale, six consultations régionales ont été organisées avec les Etats Membres, des organisations du système des Nations Unies et d'autres organismes intergouvernementaux, ainsi que des représentants de la société civile et du secteur privé ; un groupe de référence composé d'experts internationaux indépendants provenant des six Régions de l'OMS et spécialistes des questions d'alimentation et d'exercice physique a par ailleurs donné son avis.

¹ Résolution WHA55.23.

2. La Stratégie porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. Elle complète l'action menée depuis longtemps par l'OMS et au niveau des pays dans d'autres domaines en rapport avec l'alimentation, notamment la dénutrition, les carences en micronutriments ou encore l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

L'ENJEU

3. L'évolution radicale dans la répartition des principales causes de mortalité et de morbidité qui s'est déjà produite dans les pays développés est en train de s'accomplir dans beaucoup de pays en développement. A l'échelle mondiale, la charge des maladies non transmissibles a augmenté rapidement. En 2001, elles représentaient pratiquement 60 % des 56 millions de décès annuels et 47 % de la charge de morbidité mondiale. Compte tenu de ces chiffres et de la croissance anticipée de la charge de morbidité, la prévention des maladies non transmissibles constitue un important enjeu de santé publique au niveau mondial.

4. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*¹ montre de manière détaillée que, dans la plupart des pays, un petit nombre de facteurs de risque majeurs sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité, les plus grands risques de maladies non transmissibles étant l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et légumes, la surcharge pondérale et l'obésité, la sédentarité et le tabagisme. Cinq de ces facteurs de risque sont étroitement liés à l'alimentation et à l'exercice physique.

5. Une mauvaise alimentation et la sédentarité comptent donc parmi les principales causes de maladies non transmissibles majeures, y compris les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et certains types de cancer, et contribuent pour une large part à la charge mondiale de morbidité, de mortalité et d'incapacité. D'autres maladies liées à l'alimentation et à la sédentarité, comme la carie dentaire et l'ostéoporose, sont également des causes de morbidité très répandues.

6. C'est dans les pays en développement que la charge de mortalité, de morbidité et d'incapacité imputable aux maladies non transmissibles est désormais la plus importante et continue de s'alourdir. Ils enregistrent 66 % des décès dus aux maladies non transmissibles et les personnes touchées sont en moyenne plus jeunes que dans les pays développés. L'évolution rapide du régime alimentaire et des habitudes en matière d'exercice physique fait monter les taux. Le tabagisme augmente également le risque de maladies non transmissibles, bien que cet effet s'exerce en grande partie par des mécanismes indépendants.

7. Dans certains pays développés où les maladies non transmissibles dominent le tableau national de morbidité, les taux de mortalité et de morbidité par âge diminuent lentement. Des progrès sont faits en ce qui concerne la réduction des taux de décès prématurés dus aux coronaropathies, aux maladies cérébrovasculaires et à certains cancers liés au tabac. La charge globale et le nombre de patients demeurent cependant élevés et le nombre d'adultes et d'enfants obèses ou en surcharge pondérale et des cas de diabète de type 2, maladie étroitement liée à cet état, augmentent dans de nombreux pays développés.

8. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque concernent essentiellement au départ les groupes aisés. Des données récentes montrent

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

cependant qu'avec le temps, les comportements qui nuisent à la santé et les maladies non transmissibles qui leur sont associées se concentrent dans les communautés pauvres et creusent les inégalités socio-économiques.

9. Dans les pays les plus pauvres, même si les maladies infectieuses et la dénutrition dominent actuellement le tableau de la morbidité, les principaux facteurs de risque de maladies chroniques se répandent. La surcharge pondérale et l'obésité sont de plus en plus fréquentes dans les pays en développement et même dans les couches défavorisées des pays nantis. Une approche intégrée des causes des déséquilibres alimentaires et de la diminution de l'activité physique contribuerait à réduire le fardeau futur des maladies non transmissibles.

10. Les déterminants des maladies non transmissibles sont en grande partie les mêmes dans tous les pays pour lesquels on dispose de données. Il s'agit d'une forte consommation d'aliments très caloriques, mais pauvres en nutriments et riches en graisses, en sucre et en sel ; d'une diminution de l'exercice physique pratiqué à la maison, à l'école, au travail ou à des fins de loisir ou de transport ; et de la consommation de tabac. La variation des niveaux de risque et les effets correspondants sur la santé dans la population sont en partie imputables aux variations dans le temps et aux différences d'intensité des changements économiques, démographiques et sociaux aux niveaux national et mondial. La mauvaise alimentation, la sédentarité et les déséquilibres énergétiques des enfants et des adolescents sont particulièrement préoccupants.

11. La santé et la nutrition maternelles avant et pendant la grossesse, ainsi que la nutrition pendant la petite enfance peuvent jouer un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles tout au long de la vie. L'allaitement maternel exclusif pendant six mois suivi d'une alimentation de complément appropriée contribue à une croissance physique et à un développement mental optimaux. Les nourrissons qui souffrent d'un retard de croissance *in utero* et, éventuellement, après leur naissance sont exposés à un plus grand risque de maladies non transmissibles à l'âge adulte.

12. La plupart des personnes âgées vivent dans des pays en développement et le vieillissement des populations a un profond impact sur les tableaux de morbidité et de mortalité. De nombreux pays en développement seront donc confrontés à une charge accrue de maladies non transmissibles alors même que la charge des maladies infectieuses persistera. Outre la dimension humaine, le maintien d'une bonne santé et de la capacité fonctionnelle d'une population vieillissante sera un facteur crucial pour réduire la demande de services de santé et leur coût.

13. L'alimentation et l'exercice physique ont une influence sur la santé aussi bien ensemble que séparément. Si l'alimentation et l'exercice physique ont souvent des effets conjugués sur la santé, en particulier s'agissant de l'obésité, l'exercice offre des avantages supplémentaires pour la santé indépendamment de ce que peuvent apporter la nutrition et le régime alimentaire, de même qu'il existe des risques nutritionnels importants qui ne sont pas liés à l'obésité. L'exercice physique est un moyen fondamental d'améliorer la santé aussi bien physique que mentale des individus.

14. Les gouvernements ont un rôle central à jouer en créant, en coopération avec d'autres acteurs, un environnement qui incite et aide les individus, les familles et les communautés à faire, dans le domaine de l'alimentation et de l'exercice physique, des choix sains qui améliorent la qualité de vie.

15. Les maladies non transmissibles font peser une lourde charge économique sur des systèmes de santé déjà très sollicités et coûtent très cher à la société. La santé est un déterminant essentiel du développement et un précurseur de la croissance économique. La Commission OMS Macroéconomie

et Santé a montré l'effet perturbateur de la maladie sur le développement et l'importance des investissements dans la santé pour le développement économique.¹ Les programmes visant à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique pour prévenir la maladie sont donc des instruments essentiels des politiques adoptées en vue d'atteindre les objectifs de développement.

LA CHANCE A SAISIR

16. Il existe une chance unique de formuler et mettre en oeuvre une stratégie efficace pour réduire sensiblement la mortalité et la morbidité dans le monde en améliorant l'alimentation et en préconisant l'exercice physique. Des données solides mettent en évidence les liens entre les comportements à cet égard et l'apparition ultérieure de la maladie ou un mauvais état de santé. Il est possible de concevoir et d'appliquer des interventions efficaces pour permettre aux gens de vivre plus longtemps et en meilleure santé, pour réduire les inégalités et favoriser le développement. Si l'on mobilise pleinement le potentiel des acteurs principaux, cette possibilité devrait devenir une réalité pour l'ensemble des populations de tous les pays du monde.

BUT ET OBJECTIFS

17. Le but de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé est de promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial qui, ensemble, réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement définis par l'Organisation des Nations Unies et offrent un potentiel immense pour améliorer la santé publique partout dans le monde.

18. La Stratégie mondiale a quatre objectifs principaux :

- 1) réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité par des mesures de santé publique essentielles et par des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ;
- 2) se faire une meilleure idée et mieux faire prendre conscience de l'influence de l'alimentation et de l'exercice physique sur la santé ainsi que de l'effet positif des interventions préventives ;
- 3) encourager l'élaboration, le renforcement et l'application aux niveaux mondial, régional, national et communautaire de politiques et de plans d'action durables et complets pour améliorer l'alimentation et développer l'exercice physique, et qui associent activement tous les secteurs, y compris la société civile, le secteur privé et les médias ;
- 4) suivre les résultats des travaux scientifiques et les principales influences sur l'alimentation et l'exercice physique ; soutenir les recherches dans toutes sortes de domaines apparentés, notamment l'évaluation d'interventions ; et développer les ressources humaines nécessaires dans ce domaine pour promouvoir et protéger la santé.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, 2001.

BASES FACTUELLES DE L'ACTION

19. Les données factuelles montrent que des comportements sains comme une bonne alimentation, une activité physique régulière et le fait de ne pas fumer permettent de rester en bonne santé jusqu'à plus de 60, 70 ou 80 ans si les autres risques sont maîtrisés. Les travaux effectués ces dernières années ont permis de mieux comprendre les avantages d'une bonne alimentation, de l'exercice physique ainsi que des mesures individuelles et des interventions de santé publique. Il faut faire d'autres recherches encore, mais les connaissances actuelles justifient d'ores et déjà la prise de mesures urgentes de santé publique.

20. Il y a souvent coexistence et interaction des facteurs de risque de maladies non transmissibles. Lorsque le niveau général de risque augmente, plus de personnes sont exposées. Les stratégies de prévention devraient donc viser à réduire le risque dans l'ensemble de la population. La réduction des risques, même modeste, permet d'obtenir des avantages cumulés durables, qui dépassent de loin l'impact d'interventions qui visent uniquement les individus les plus exposés. Une alimentation saine et l'exercice physique, conjugués à la lutte antitabac, sont une bonne stratégie pour contenir la menace croissante que représentent les maladies non transmissibles.

21. Les rapports d'experts internationaux et nationaux et les analyses des données scientifiques actuelles contiennent des recommandations sur l'apport en nutriments et le niveau d'exercice physique souhaitables pour prévenir les principales maladies non transmissibles. Ces recommandations doivent être prises en compte lors de l'élaboration de politiques nationales et de conseils diététiques adaptés à la situation locale.

22. **En ce qui concerne l'alimentation**, il est notamment recommandé aux populations et aux individus :

- d'équilibrer l'apport énergétique pour conserver un poids normal ;
- de limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses et de réduire la consommation de graisses saturées et d'acides gras trans pour privilégier les graisses non saturées ;
- de consommer davantage de fruits et légumes ainsi que de légumineuses, de céréales complètes et de noix ;
- de limiter la consommation de sucres libres ;
- de limiter la consommation de sel (sodium), toutes sources confondues, et de veiller à consommer du sel iodé.

23. L'exercice physique est un important déterminant des dépenses caloriques et est fondamental pour l'équilibre énergétique et pour éviter de prendre du poids. Il réduit le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète et a des effets protecteurs importants contre de nombreuses affections, pas seulement celles liées à l'obésité. Les effets bénéfiques de l'exercice physique sur le syndrome métabolique s'expliquent par des mécanismes qui font plus qu'empêcher la surcharge pondérale. Il réduit par exemple la tension artérielle, accroît le taux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité, aide à maîtriser la glycémie chez les sujets qui présentent une surcharge pondérale, même sans perte de poids importante, et réduit le risque de cancer du côlon et de cancer du sein.

24. **En ce qui concerne l'exercice physique**, il est recommandé de faire suffisamment d'exercice tout au long de la vie. Les résultats sur le plan sanitaire diffèrent selon les formes d'exercice physique pratiqué : au moins 30 minutes d'un exercice physique régulier d'intensité modérée presque tous les jours de la semaine réduisent le risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète, de cancer du côlon et du sein, tandis que les exercices visant à développer la masse musculaire et à renforcer l'équilibre aident à éviter les chutes et améliorent la fonctionnalité chez les personnes âgées. Des efforts plus intenses sont parfois nécessaires pour éviter de prendre du poids.

25. L'application de ces recommandations, ainsi que de mesures antitabac efficaces, dans la Stratégie mondiale qui débouche sur des plans d'action nationaux et régionaux demande un engagement politique soutenu et la collaboration de nombreux partenaires. La Stratégie contribuera à prévenir efficacement les maladies non transmissibles.

PRINCIPES D'ACTION

26. *Le Rapport sur la santé dans le monde, 2002* insiste sur le fait qu'il est possible d'améliorer la santé publique grâce à des mesures visant à limiter les facteurs de risque (surtout l'association mauvaise alimentation et sédentarité) de maladies non transmissibles. Les principes ci-après ont inspiré le projet de stratégie mondiale de l'OMS et il est recommandé de s'y référer pour élaborer des stratégies et des plans d'action nationaux et régionaux.

27. Les stratégies doivent s'appuyer sur les meilleurs travaux et données scientifiques existants ; elles doivent être complètes, faisant appel à la fois à des politiques et à des mesures dirigées contre toutes les grandes causes de maladies non transmissibles en même temps ; multisectorielles, dans le cadre d'une perspective à long terme et impliquant tous les secteurs de la société ; multidisciplinaires et participatives, conformément aux principes contenus dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et réaffirmés aux conférences ultérieures sur la promotion de la santé ;¹ et elles doivent tenir compte des interactions complexes entre les choix personnels, les normes sociales et les facteurs économiques et environnementaux.

28. Il est essentiel d'envisager la lutte contre les maladies non transmissibles sur toute la durée de la vie, en commençant par la santé maternelle et la nutrition prénatale, l'issue de la grossesse, l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et la santé de l'enfant et de l'adolescent, puis en ciblant les enfants à l'école, les adultes sur leur lieu de travail ou ailleurs et les personnes âgées, et en préconisant une alimentation équilibrée et un exercice physique régulier tout au long de la vie.

29. Les stratégies dirigées contre les maladies non transmissibles doivent être considérées comme faisant partie d'une action plus large, globale et coordonnée de santé publique. Tous les partenaires, et notamment les pouvoirs publics, doivent s'attaquer simultanément à un certain nombre de problèmes. Concernant l'alimentation, ils englobent tous les aspects d'une nutrition déséquilibrée (qu'il s'agisse de suralimentation, de sous-alimentation, de carences en micronutriments ou de surconsommation de certains éléments nutritifs) ; la sécurité alimentaire (accessibilité, disponibilité et coût abordable d'aliments sains) ; la salubrité des aliments ; et la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois. Les questions relatives à l'exercice physique comprennent notamment l'exercice physique à l'école, au travail et dans la vie familiale, l'urbanisation et divers aspects de l'aménagement urbain, les transports, la sécurité et l'accès à une activité physique pendant les loisirs.

¹ Voir résolution WHA51.12.

30. La priorité doit aller aux activités qui ont un impact positif sur les groupes de population et les communautés les plus pauvres. Ces activités exigent généralement une action à base communautaire ainsi qu'une intervention et une surveillance résolues de l'Etat.

31. Tous les partenaires doivent être responsables de l'élaboration de politiques et de l'exécution de programmes qui réduiront sensiblement les risques évitables pour la santé. L'évaluation, le suivi et la surveillance sont des composantes essentielles de l'action menée à cette fin.

32. La prévalence des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et à la sédentarité varie parfois considérablement entre les hommes et les femmes. Les habitudes en matière d'exercice physique et d'alimentation varient selon le sexe, la culture et l'âge. Les décisions concernant l'alimentation et la nutrition sont souvent prises par les femmes et reposent sur les habitudes culturelles et alimentaires. C'est pourquoi les stratégies et les plans d'action nationaux doivent tenir compte des différences entre les sexes.

33. Les habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique trouvent souvent leur origine dans les traditions régionales et locales. Les stratégies nationales doivent donc être adaptées à la culture et capables de remettre en question les influences culturelles et d'évoluer dans le temps.

RESPONSABILITES DES ACTEURS

34. La modification des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique exigera des efforts concertés de la part de nombreux partenaires, publics et privés, et ce sur plusieurs décennies. Il faudra appliquer un ensemble de stratégies valables et efficaces aux niveaux mondial, régional, national et local, les suivre de près et évaluer leur impact. Les paragraphes ci-après indiquent les responsabilités des différents intéressés et contiennent des recommandations issues du processus de consultation.

Etats Membres

35. La Stratégie mondiale devrait faciliter l'élaboration et la promotion de politiques, stratégies et plans d'action nationaux destinés à améliorer l'alimentation et à développer l'exercice physique. Les priorités définies dans ces instruments dépendront du contexte national. En raison des grandes variations entre pays et à l'intérieur de ceux-ci, les organes régionaux devraient collaborer à l'élaboration de stratégies régionales qui peuvent être très utiles aux pays pour exécuter leurs plans nationaux. L'efficacité sera maximale si les pays adoptent des plans d'action les plus complets possible.

36. **Le rôle des pouvoirs publics est crucial pour opérer des changements durables en matière de santé publique.** Les pouvoirs publics ont un rôle primordial de direction et de tutelle et c'est à eux qu'il incombe de lancer et de développer la Stratégie et de faire en sorte qu'elle soit mise en oeuvre et que l'impact en soit suivi à long terme.

37. **Les gouvernements sont encouragés à s'appuyer sur les structures et sur les processus déjà en place dans les domaines de l'alimentation, de la nutrition et de l'exercice physique.** Dans de nombreux pays, les stratégies et plans d'action nationaux existants peuvent être utilisés pour mettre en oeuvre la Stratégie ; dans d'autres ils serviront à faire progresser la lutte contre les maladies non transmissibles. Il est recommandé aux gouvernements d'instaurer un mécanisme national de coordination des questions d'alimentation et d'exercice physique dans le cadre d'un plan global de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. Les autorités locales devront être étroitement associées à cet effort. Il convient également de créer des comités consultatifs

multisectoriels et multidisciplinaires composés d'experts techniques et de représentants des organismes publics, et présidés par une personnalité indépendante afin qu'aucun conflit d'intérêts ne fausse l'interprétation des données scientifiques.

38. **Les ministères de la santé ont une responsabilité essentielle dans la coordination des contributions d'autres ministères et services gouvernementaux.** Il s'agit en particulier des ministères et organismes publics chargés des politiques dans les domaines suivants : alimentation, agriculture, jeunesse, loisirs, sports, éducation, commerce et industrie, finances, transports, médias et communication, affaires sociales, aménagement du territoire et urbanisme.

39. **Les stratégies, politiques et plans d'action nationaux doivent être largement étayés** par une législation efficace, des infrastructures adaptées, des programmes de mise en oeuvre, un financement adéquat, un suivi, une évaluation et une recherche permanente.

1) **Stratégies nationales pour l'alimentation et l'exercice physique.** Les stratégies nationales indiquent les mesures à prendre pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique, qui tous deux sont essentiels pour prévenir les maladies et promouvoir la santé, y compris les mesures qui s'attaquent globalement à tous les aspects d'une alimentation déséquilibrée, qu'il s'agisse de suralimentation ou de sous-alimentation. Les stratégies nationales devraient définir des buts, objectifs et mesures spécifiques analogues à ceux qui sont exposés dans la Stratégie. Les éléments indispensables pour mettre en oeuvre le plan d'action sont particulièrement importants : recherche des ressources nécessaires et désignation de points focaux nationaux (instituts nationaux clés) ; collaboration entre le secteur de la santé et les principaux autres secteurs comme l'agriculture, l'éducation, l'aménagement urbain, les transports et la communication ; enfin, surveillance et suivi.

2) **Recommandations nationales concernant l'alimentation.** Les gouvernements sont encouragés à formuler des recommandations diététiques et à les actualiser en s'appuyant sur des éléments de source nationale ou internationale. Ces recommandations guideront la politique nutritionnelle nationale, l'éducation nutritionnelle, d'autres interventions de santé publique et la collaboration intersectorielle. Elles pourront être mises à jour périodiquement compte tenu de l'évolution des habitudes alimentaires, du tableau de morbidité et des progrès de la science.

3) **Recommandations nationales concernant l'exercice physique.** Des lignes directrices nationales visant à développer l'exercice physique pour la santé devraient être établies conformément au but et aux objectifs de la Stratégie et des recommandations d'experts.

40. **Les gouvernements devraient donner des informations exactes et objectives.** Les gouvernements doivent envisager de prendre des mesures pour fournir aux consommateurs des informations objectives qui leur permettent de faire des choix qui ont des effets bénéfiques sur la santé et doivent instaurer des programmes appropriés d'éducation et de promotion de la santé. En particulier, les informations à l'intention des consommateurs devront être pensées en fonction des obstacles à la communication, adaptées au niveau d'instruction et à la culture locale et comprises par tous. Dans certains pays, les programmes de promotion de la santé ont été conçus en fonction de ces impératifs et devraient être utilisés pour diffuser des informations sur l'alimentation et l'exercice physique. Certains gouvernements ont déjà l'obligation légale de veiller à ce que les informations communiquées aux consommateurs leur permettent de faire des choix éclairés sur des questions qui peuvent avoir une incidence sur leur santé. Dans d'autres pays, les mesures pourront être spécifiquement adaptées aux politiques adoptées par les pouvoirs publics. Les gouvernements devront choisir la combinaison optimale de mesures selon les capacités et le profil épidémiologique du pays.

1) **Education, communication et sensibilisation du public.** La connaissance par le public des relations entre alimentation, exercice physique et santé, des apports et dépenses énergétiques, ainsi que des produits alimentaires qui ont un effet bénéfique sur la santé est un bon point de départ pour agir. Des experts gouvernementaux, les organisations non gouvernementales, les associations communautaires et les industries concernées devraient concevoir et transmettre un ensemble de messages cohérents, simples et clairs. Ces messages devraient être communiqués par plusieurs canaux et sous des formes adaptées à la culture locale, à l'âge et au sexe. C'est notamment à l'école, sur le lieu de travail et dans les établissements d'enseignement et les établissements religieux qu'il est possible d'influencer les comportements, rôle que peuvent assumer aussi les organisations non gouvernementales, les responsables locaux et les médias. Les Etats Membres devraient constituer des alliances afin de diffuser largement des messages judicieux et convaincants sur l'alimentation et l'exercice physique. L'éducation en matière de nutrition et d'exercice physique et l'apprentissage nécessaire pour déchiffrer les médias, qui doivent démarrer dès l'école primaire, sont importants pour promouvoir une alimentation saine et combattre les phénomènes de mode dans le domaine alimentaire et mettre en garde contre les conseils diététiques trompeurs. Il faut également soutenir les mesures visant à inculquer des notions de base concernant la santé, tout en prenant en compte les spécificités culturelles et socio-économiques locales. Les campagnes de communication doivent être régulièrement évaluées.

2) **Connaissances de base et programmes d'éducation des adultes.** Les programmes d'éducation des adultes devraient comprendre un volet sur les connaissances de base en santé. Ils fournissent l'occasion aux professionnels de la santé et aux prestataires de services d'inculquer des notions supplémentaires concernant l'alimentation, l'exercice physique et la prévention des maladies non transmissibles, en particulier aux groupes marginalisés.

3) **Commercialisation, publicité, parrainage et promotion.** La publicité en faveur des produits alimentaires a des effets sur les choix du consommateur et influence ses habitudes alimentaires. Les publicités pour les aliments et les boissons ne devraient pas exploiter l'inexpérience ou la crédulité des enfants. Les messages qui incitent à avoir des pratiques alimentaires nuisibles à la santé ou un mode de vie sédentaire devraient être combattus au profit de messages qui incitent à rester en bonne santé. Les gouvernements devraient s'efforcer avec les associations de consommateurs et avec le secteur privé (y compris le secteur de la publicité) d'élaborer des approches multisectorielles appropriées pour s'occuper de la question de la commercialisation des aliments auprès des enfants et d'autres aspects comme le parrainage, la promotion et la publicité.

4) **Étiquetage.** Les consommateurs ont droit à des informations exactes, normalisées et compréhensibles sur la composition des produits alimentaires afin de pouvoir faire des choix éclairés en matière de santé. Les pouvoirs publics peuvent exiger que des informations soient données sur les principales qualités nutritionnelles des produits, ainsi que le prévoient les Directives Codex concernant l'étiquetage nutritionnel.¹

5) **Arguments commerciaux.** Etant donné que les consommateurs s'intéressent de plus en plus à la santé et que l'on prête davantage attention aux aspects sanitaires des produits alimentaires, les producteurs axent de plus en plus leurs messages sur la santé. Ces messages ne doivent pas tromper l'opinion publique quant aux avantages ou aux risques nutritionnels.

¹ Commission du Codex Alimentarius, document CAC/GL 2-1985, Rev. 1-1993.

41. **Les politiques alimentaires et agricoles nationales devraient être compatibles avec les mesures de protection et de promotion de la santé publique.** Si nécessaire, l'Etat devrait envisager des politiques qui aident à avoir une alimentation plus saine. Les politiques alimentaires et nutritionnelles devraient aussi couvrir la salubrité des aliments et la sécurité alimentaire. Les pouvoirs publics devraient examiner les politiques alimentaires et agricoles pour en déterminer les effets sur l'approvisionnement alimentaire.

1) **Promotion de produits alimentaires plus sains.** Conscients de l'intérêt croissant manifesté par les consommateurs pour la santé et des avantages d'une nutrition saine, certains gouvernements ont pris des mesures, notamment des incitations commerciales, pour promouvoir la mise au point, la production et la commercialisation de produits contribuant à une alimentation plus saine et conformes aux recommandations diététiques nationales ou internationales. Les pouvoirs publics pourraient envisager des mesures supplémentaires pour réduire la teneur en sel des aliments préparés, le recours aux huiles hydrogénées et la teneur en sucre des boissons et en-cas sucrés.

2) **Politiques financières.** Les prix ont des répercussions sur les choix des consommateurs. L'Etat peut influencer les prix moyennant des taxes, des subventions ou la fixation directe des prix de façon à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique tout au long de la vie. Plusieurs pays appliquent des mesures financières, notamment des taxes, pour agir sur l'offre, l'accès et la consommation ; certains utilisent des fonds publics et des subventions pour faciliter l'accès des communautés pauvres aux installations de loisirs et sportives. L'évaluation de ces mesures doit tenir compte du risque d'effets non intentionnels sur les populations vulnérables.

3) **Programmes alimentaires.** De nombreux pays ont des programmes de distribution d'aliments aux groupes de population ayant des besoins particuliers ou bien de versements en espèces qui permettent aux familles de mieux s'alimenter. Ces programmes concernent souvent les enfants, les familles avec enfants, les personnes défavorisées et les personnes atteintes de l'infection à VIH/SIDA ou d'autres maladies. La qualité des produits alimentaires et l'éducation nutritionnelle devraient être considérées comme des éléments essentiels de ces programmes, de sorte que les aliments que les familles achètent ou qui leur sont distribués ne soient pas seulement énergétiques, mais qu'ils contribuent également à une alimentation équilibrée. Les programmes de distribution d'aliments ou de subventions devraient mettre l'accent sur l'autonomisation et le développement, la production locale et la viabilité dans le temps.

4) **Politiques agricoles.** Les politiques et la production agricoles ont souvent une très grande influence sur l'alimentation au niveau national. Les gouvernements peuvent influencer la production agricole par de nombreuses mesures de politique générale. A mesure que l'on privilégie la santé et que les schémas de consommation évoluent, les Etats Membres devront faire d'une bonne nutrition l'un des objectifs de leurs politiques agricoles.

42. **Des politiques multisectorielles sont nécessaires pour promouvoir l'exercice physique.** Il faut élaborer des politiques nationales pour promouvoir l'exercice physique en apportant des changements dans plusieurs secteurs. Les pouvoirs publics devraient réexaminer les politiques en vigueur pour s'assurer qu'elles correspondent aux approches les plus efficaces pour développer l'exercice physique dans la population.

1) **Elaboration et réexamen des politiques publiques.** Les autorités nationales et locales devraient adopter des politiques et prévoir des incitations pour que la marche, le cyclisme et d'autres formes d'exercice physique puissent être pratiqués facilement et en toute sécurité ; les modes de transport non motorisés soient pris en compte dans les politiques de transport ; l'exercice physique soit favorisé sur le lieu de travail ; et les installations sportives et de loisirs

soient l'expression du concept du sport pour tous. Les politiques publiques et la législation dans certains domaines comme les transports, l'urbanisme, l'éducation, le travail, les services sociaux et le financement des soins de santé ont une influence sur les possibilités de faire de l'exercice.

2) **Participation communautaire et environnements propices.** Les stratégies doivent viser à modifier les normes sociales et à faire comprendre et accepter l'idée que l'exercice physique doit faire partie de la vie quotidienne. Il faut promouvoir des environnements qui permettent de faire de l'exercice et mettre en place une infrastructure d'appui qui facilite l'accès à des installations adaptées et qui incite à les utiliser.

3) **Partenariats.** Les ministères de la santé devraient montrer la voie en constituant des partenariats avec des organismes importants et avec les protagonistes des secteurs public et privé afin de convenir d'un programme et d'un plan de travail communs visant à promouvoir l'exercice physique.

4) **Messages publics clairs.** Il faut faire passer des messages simples et directs sur la quantité et les formes d'exercice suffisantes pour avoir des effets sensibles sur la santé.

43. **Les politiques et programmes scolaires devraient favoriser l'adoption d'une alimentation saine et la pratique de l'exercice physique.** Dans tous les pays, l'école influence la vie de la plupart des enfants. Elle devrait donc protéger la santé des enfants en les informant, en leur inculquant des notions de base concernant la santé et en s'attachant à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique, au même titre que d'autres comportements sains. Les écoles devraient instituer l'éducation physique quotidienne et être équipées d'installations adaptées. Les gouvernements devraient adopter des politiques qui favorisent une alimentation saine à l'école et limitent l'offre de produits à forte teneur en sel, en sucre et en graisses. Les écoles devraient envisager, avec les parents et les autorités responsables, de passer des contrats avec les producteurs locaux de produits alimentaires pour l'approvisionnement des cantines scolaires de façon à offrir des débouchés locaux pour les aliments de qualité.

44. **Les gouvernements sont encouragés à consulter les parties prenantes sur les politiques.** La politique publique sera mieux acceptée et plus efficace si elle fait l'objet d'un vaste débat et si le public est associé à son élaboration. Les ministères de la santé devraient être chargés de mettre en place, en collaboration avec les ministères et organismes concernés, des mécanismes qui facilitent la participation des organisations non gouvernementales, de la société civile, des communautés, du secteur privé et des médias aux activités en rapport avec l'alimentation, l'exercice physique et la santé et qui visent à renforcer la coopération intersectorielle aux niveaux national, provincial et local. Ces mécanismes devraient s'inscrire dans les processus de planification au niveau communautaire.

45. **La prévention est un élément crucial des services de santé.** Il devrait être prévu de prodiguer des conseils pratiques aux patients et à leur famille concernant les avantages d'une alimentation saine et d'une activité physique accrue à l'occasion des contacts normaux avec le personnel des services de santé, et de les aider à adopter et à conserver des comportements sains. Les pouvoirs publics devraient envisager de prendre des mesures qui incitent le personnel à assurer ces services préventifs et chercher les possibilités de prévention au sein des services cliniques existants, notamment une meilleure structure financière, afin d'encourager les professionnels de la santé à consacrer davantage de temps à la prévention.

1) **Services de santé et autres services.** Les services de santé, notamment ceux qui dispensent des soins de santé primaires, mais également d'autres services (comme les services sociaux) peuvent jouer un rôle important dans la prévention. Des enquêtes systématiques sur les principales habitudes alimentaires et l'exercice physique, alliées à une information et des

conseils simples afin de faire évoluer les comportements en tenant compte de toute la durée de la vie, peuvent permettre d'atteindre une bonne partie de la population et se révéler une intervention rentable. Il faudrait prendre en considération les normes de croissance de l'OMS concernant les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire qui élargissent la définition de la santé au-delà de l'absence de maladie déclarée, pour y inclure l'adoption de pratiques et de comportements bons pour la santé. La mesure des principaux facteurs de risque biologiques, comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et la surcharge pondérale, conjuguée à l'éducation de la population et aux conseils prodigués aux patients, aide à convaincre que des changements sont nécessaires. L'identification de certains groupes à haut risque et l'application de mesures qui répondent à leurs besoins, éventuellement d'interventions pharmacologiques, sont également des éléments importants. La formation du personnel de santé, la diffusion de lignes directrices appropriées et les incitations sont des facteurs fondamentaux pour la mise en oeuvre de ces interventions.

2) **Participation des associations de professionnels de la santé et des associations de consommateurs.** La participation active des professionnels, des consommateurs et des communautés est une façon rentable de faire connaître les politiques gouvernementales et d'en accroître l'efficacité.

46. **Les gouvernements devraient investir dans la surveillance, la recherche et l'évaluation.** Il est essentiel de surveiller les principaux facteurs de risque de façon continue et sur le long terme. Les données chronologiques ainsi recueillies permettent d'analyser les changements observés dans les facteurs de risque, éventuellement dus à l'évolution des politiques et stratégies. Les gouvernements pourront peut-être s'appuyer sur les systèmes existants au niveau national ou régional. L'accent devrait être mis dans un premier temps sur des mesures types de l'activité physique reconnues par la communauté scientifique, sur certaines composantes de l'alimentation et sur le poids corporel afin d'obtenir des données comparables entre pays. Les données qui renseignent sur les habitudes et les variations à l'intérieur d'un pays sont utiles pour orienter l'action communautaire. Si possible, les données d'autres sources devraient être utilisées, par exemple celles des secteurs de l'éducation, des transports, de l'agriculture ou d'autres secteurs.

1) **Suivi et surveillance.** Le suivi et la surveillance sont des outils essentiels pour appliquer les stratégies nationales en matière d'alimentation et d'exercice physique. La surveillance des habitudes alimentaires, du niveau d'exercice physique et de leurs interactions, des facteurs de risque biologiques liés à la nutrition et de la composition des produits alimentaires, ainsi que la communication au public des informations obtenues sont en effet des aspects importants de la mise en oeuvre. Il est particulièrement important à cet égard d'élaborer des méthodes et des procédures fondées sur des méthodes normalisées de collecte des données et un ensemble minimum commun d'indicateurs valables, mesurables et utilisables.

2) **Recherche et évaluation.** La recherche appliquée, en particulier les projets de démonstration à base communautaire et l'évaluation des différentes politiques et interventions, doit être encouragée. Cette recherche (pour connaître, par exemple, les raisons de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation, et les déterminants essentiels des programmes d'intervention efficaces), alliée à une participation accrue de spécialistes des sciences du comportement, permettra de mieux infléchir les politiques et de constituer un ensemble de compétences aux niveaux national et local. Il est également important de mettre en place des mécanismes permettant d'évaluer l'efficacité et la rentabilité des programmes de prévention nationaux ainsi que l'impact sur la santé des politiques d'autres secteurs. Il faudrait disposer de davantage d'informations, notamment sur la situation dans les pays en développement, où les programmes de promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique doivent être évalués et intégrés aux programmes généraux de développement et de lutte contre la pauvreté.

47. **Capacité institutionnelle.** Sous l'égide du ministère de la santé, les institutions nationales chargées de la santé publique, de la nutrition et de l'exercice physique jouent un rôle important dans la mise en oeuvre des programmes nationaux concernant l'alimentation et l'exercice physique. Elles peuvent apporter les compétences nécessaires, suivre l'évolution de la situation, aider à coordonner les activités, participer à la collaboration au niveau international et conseiller les responsables politiques.

48. **Financement des programmes nationaux.** Il faudra trouver diverses sources de financement, outre le budget national, pour mettre en oeuvre la Stratégie. La Déclaration du Millénaire (septembre 2000) reconnaît que la croissance économique est limitée si la population n'est pas en bonne santé. Les interventions les plus rentables pour endiguer l'épidémie de maladies non transmissibles sont de nature préventive et visent les facteurs de risque associés à ces maladies. Les programmes destinés à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique devraient donc être considérés comme indispensables pour le développement et bénéficier d'un soutien tant politique que financier dans les plans nationaux de développement.

OMS

49. En coopération avec d'autres institutions du système des Nations Unies, l'OMS jouera un rôle directeur, formulera des recommandations fondées sur des bases factuelles et s'emploiera à promouvoir l'action internationale visant à améliorer les pratiques alimentaires et à développer l'exercice physique, conformément aux principes directeurs et aux recommandations spécifiques contenus dans la Stratégie mondiale.

50. L'OMS s'entretiendra avec l'industrie alimentaire transnationale et d'autres représentants du secteur privé sur les moyens de contribuer à la réalisation des objectifs de la Stratégie et à la mise en oeuvre des recommandations dans les pays.

51. L'OMS appuiera la mise en oeuvre des programmes à la demande des Etats Membres et se concentrera sur les principales tâches suivantes, qui sont indissociables :

- **faciliter l'élaboration, le renforcement et la mise à jour des politiques nationales et régionales** relatives à l'alimentation et à l'exercice physique pour une prévention intégrée des maladies non transmissibles ;
- **faciliter la rédaction, la mise à jour et l'application des recommandations nationales concernant l'alimentation et l'exercice physique**, en collaboration avec les institutions nationales et en s'appuyant sur les connaissances et l'expérience acquises au niveau mondial ;
- **conseiller les Etats Membres quant à la formulation de recommandations, de normes et d'autres mesures de politique générale** conformes aux objectifs de la Stratégie mondiale ;
- **rechercher et diffuser des informations sur les interventions, les politiques et les structures fondées sur des bases factuelles** qui permettent de développer l'exercice physique et de promouvoir une alimentation saine dans les pays et les communautés ;
- **fournir un appui technique approprié** afin que les pays soient mieux à même de planifier, de mettre en oeuvre une stratégie nationale et de l'adapter aux besoins locaux ;
- **fournir des modèles et des méthodes** pour l'intégration des interventions concernant l'alimentation et l'exercice physique aux soins de santé ;

- **encourager et appuyer la formation des professionnels de la santé eu égard aux questions d'alimentation saine et d'activité physique**, soit dans le cadre des programmes existants soit à l'occasion d'ateliers spéciaux, en tant qu'éléments essentiels de leur programme d'études ;
- **conseiller et aider les Etats Membres en utilisant des méthodes de surveillance et des outils d'évaluation rapide normalisés** (tels que l'approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles mise au point par l'OMS) afin de mesurer les changements dans la répartition des risques – y compris en matière d'alimentation, de nutrition et d'exercice physique – et d'évaluer la situation, les tendances et l'impact des interventions. En collaboration avec la FAO, l'OMS fournira un appui aux Etats Membres pour établir des systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle, liés à des données sur la composition des produits alimentaires ;
- **conseiller les Etats Membres sur les moyens d'associer les industries concernées à leur action de manière constructive.**

52. L'OMS, en étroite collaboration avec des organisations du système des Nations Unies et d'autres organismes intergouvernementaux (FAO, UNESCO, UNICEF, Université des Nations Unies et autres), des instituts de recherche et d'autres partenaires, encouragera et soutiendra la recherche dans les domaines prioritaires afin de faciliter la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes. Elle pourra être amenée à ce titre à faire exécuter des travaux scientifiques, à conduire des analyses et à organiser des réunions techniques sur des sujets de recherche pratique essentiels pour mener une action efficace dans les pays. La prise de décision doit s'appuyer sur une meilleure utilisation des bases factuelles, y compris l'évaluation de l'impact sur la santé, l'analyse coût-avantages, les études sur la charge nationale de morbidité, les modèles d'intervention fondés sur des données avérées, les recommandations des scientifiques et la diffusion des bonnes pratiques.

53. L'OMS collaborera avec la FAO et d'autres organisations du système des Nations Unies, la Banque mondiale et des instituts de recherche à l'évaluation des conséquences de la stratégie pour d'autres secteurs.

54. L'Organisation continuera de travailler avec ses centres collaborateurs pour mettre en place des réseaux qui visent à développer la recherche et la formation, à mobiliser des ressources auprès d'organisations non gouvernementales et de la société civile et à faciliter une recherche concertée coordonnée qui apporte aux pays en développement ce dont ils ont besoin pour mettre en oeuvre la Stratégie.

Partenaires internationaux

55. Le rôle des partenaires internationaux est d'une importance capitale pour atteindre le but et les objectifs de la Stratégie mondiale, en particulier en ce qui concerne les questions d'ordre transnational, ou lorsque les mesures prises par un seul pays sont insuffisantes. Une action concertée s'impose entre les organisations du système des Nations Unies, les organismes intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les instituts de recherche et les entités du secteur privé.

56. Le processus d'élaboration de la Stratégie a supposé des contacts plus étroits avec d'autres organisations du système des Nations Unies, dont la FAO et l'UNICEF, et d'autres partenaires encore, y compris la Banque mondiale. L'OMS fera fond sur sa collaboration de longue date avec la FAO pour mettre en oeuvre la Stratégie. Le rôle de la FAO dans l'élaboration des politiques agricoles peut se révéler crucial à cet égard. Des recherches plus approfondies sur les bonnes politiques agricoles,

l'approvisionnement en produits alimentaires, l'offre d'aliments, leur transformation et leur consommation seront nécessaires.

57. Une coopération est également prévue avec des organismes comme le Conseil économique et social (ONU), l'OIT, l'UNESCO, l'OMC, les banques de développement régionales et l'Université des Nations Unies. Conformément au but et aux objectifs de la Stratégie, l'OMS constituera des partenariats ou les renforcera, notamment en créant et coordonnant des réseaux régionaux et mondiaux, afin de diffuser des informations, d'échanger des données d'expérience et de soutenir les initiatives nationales et régionales. L'OMS propose de constituer un comité spécial réunissant les partenaires intéressés au sein du système des Nations Unies pour assurer la continuité et la cohérence de la politique et tirer parti des atouts de chaque organisation. Les partenaires peuvent jouer un rôle important dans un réseau mondial s'occupant par exemple de la sensibilisation, de la mobilisation des ressources, du renforcement des capacités et de la recherche concertée.

58. Les partenaires internationaux pourraient participer à la mise en oeuvre de la Stratégie de plusieurs façons :

- en aidant à élaborer des stratégies intersectorielles globales pour une meilleure alimentation et pour l'exercice physique, par exemple la promotion d'une alimentation saine dans les programmes de lutte contre la pauvreté ;
- en rédigeant des lignes directrices pour la prévention des carences nutritionnelles afin d'harmoniser à l'avenir les recommandations diététiques et les orientations générales de la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- en facilitant l'élaboration de recommandations nationales concernant l'alimentation et l'exercice physique, en collaboration avec les organismes nationaux ;
- en coopérant à la sensibilisation du consommateur et à l'élaboration, la mise à l'épreuve et la diffusion de modèles de participation communautaire couvrant la production alimentaire locale ainsi que l'éducation en matière de nutrition et d'exercice physique ;
- en plaidant pour que des politiques de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé en rapport avec l'alimentation et l'exercice physique soient incluses dans les politiques et programmes de développement ;
- en s'attachant à promouvoir des approches fondées sur des incitations pour encourager la lutte contre les maladies chroniques.

59. **Normes internationales.** Les initiatives de santé publique peuvent être renforcées par l'application de normes internationales, en particulier celles établies par la Commission du Codex Alimentarius.¹ Les domaines à développer à l'avenir sont par exemple : un étiquetage qui informe mieux les consommateurs sur les avantages et la composition des aliments ; une commercialisation qui encourage moins les mauvaises habitudes alimentaires ; plus d'informations sur les habitudes de consommation qui protègent la santé et sur les moyens d'accroître la consommation de fruits et légumes ; et les normes de production et de transformation qui garantissent la qualité nutritionnelle et la salubrité des aliments. La participation des pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales telle que la prévoit le Codex devrait être encouragée.

¹ Voir résolution WHA56.23.

Société civile et organisations non gouvernementales

60. La société civile et les organisations non gouvernementales ont une influence importante sur le comportement individuel et sur les organisations et institutions qui oeuvrent pour une alimentation saine et pour l'exercice physique. Elles peuvent inciter les consommateurs à demander à l'Etat de favoriser les modes de vie sains et à l'industrie alimentaire de proposer des produits sains. Les organisations non gouvernementales peuvent soutenir la Stratégie efficacement en collaborant avec les partenaires nationaux et internationaux. La société civile et les organisations non gouvernementales peuvent en particulier :

- mobiliser la communauté et plaider pour qu'une alimentation saine et l'exercice physique figurent à l'ordre du jour de l'action de santé publique ;
- contribuer à une large diffusion de l'information sur la prévention des maladies non transmissibles moyennant une alimentation saine et équilibrée et l'exercice physique ;
- constituer des réseaux et des groupes d'action qui s'emploient à développer l'offre d'aliments sains et les possibilités d'exercice physique, et encourager et soutenir les programmes de promotion de la santé et les campagnes d'éducation sanitaire ;
- organiser des campagnes et des manifestations de nature à stimuler l'action ;
- souligner le rôle des gouvernements dans la promotion de la santé publique, d'une alimentation saine et de l'exercice physique ; suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs ; et surveiller l'action d'autres partenaires comme les entités du secteur privé et collaborer avec eux ;
- jouer un rôle actif en facilitant la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale ;
- contribuer à mettre en pratique les connaissances et les données factuelles.

Secteur privé

61. Le secteur privé peut jouer un rôle important dans la promotion d'une bonne alimentation et de l'exercice physique. L'industrie alimentaire, les détaillants, l'industrie de la restauration, les fabricants d'articles de sport, les firmes publicitaires et de loisirs, les compagnies d'assurance et groupes bancaires, les laboratoires pharmaceutiques et les médias ont tous un rôle important à jouer en tant qu'employeurs responsables et en militant pour des modes de vie sains. Tous peuvent devenir des partenaires des pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales en faisant passer des messages positifs et cohérents qui favorisent l'intégration des efforts déployés pour inciter à avoir une alimentation saine et à faire de l'exercice. Parce que de nombreuses entreprises ont une envergure mondiale, la collaboration internationale est essentielle. Les relations de coopération avec l'industrie ont déjà donné beaucoup de résultats positifs sur le plan de l'alimentation et de l'exercice physique. Les initiatives prises par l'industrie alimentaire pour réduire la taille des portions et la teneur en graisses, en sucre et en sel des aliments préparés, pour proposer davantage d'aliments nouveaux, sains et nutritifs, et pour revoir les pratiques de commercialisation pourraient accélérer les gains sur le plan sanitaire partout dans le monde. Il est notamment recommandé à l'industrie alimentaire et aux fabricants d'articles de sport :

- de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique conformément aux recommandations nationales et aux normes internationales ainsi qu'aux objectifs généraux de la Stratégie mondiale ;
- de limiter la teneur en graisses saturées et en acides gras trans, en sucre et en sel des produits existants ;
- de continuer à développer et à proposer des produits nutritifs, sains et d'un coût abordable aux consommateurs ;
- d'envisager de mettre sur le marché de nouveaux produits d'une plus grande valeur nutritionnelle ;
- de donner aux consommateurs des informations adéquates et compréhensibles sur les produits et la nutrition ;
- d'avoir des pratiques de commercialisation responsables qui vont dans le sens de la Stratégie, en particulier en ce qui concerne la promotion et la commercialisation des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucre ou en sel, surtout auprès des enfants ;
- d'apposer sur les produits alimentaires des étiquettes simples, claires et cohérentes avançant des arguments sanitaires fondés afin d'aider le consommateur à exercer un jugement éclairé en ce qui concerne la valeur nutritionnelle des aliments ;
- de fournir des informations sur la composition des aliments aux autorités nationales ;
- d'aider à élaborer et à mettre en oeuvre des programmes d'exercice physique.

62. Le lieu de travail est un endroit important pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Les gens doivent avoir la possibilité de faire des choix sains sur leur lieu de travail pour être moins exposés aux risques. En outre, le coût pour l'employeur de la morbidité attribuée aux maladies non transmissibles augmente rapidement. Le lieu de travail devrait permettre de faire des choix alimentaires sains et encourager les travailleurs à faire de l'exercice.

SUIVI ET EVOLUTION

63. L'OMS rendra compte des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et des stratégies nationales en s'intéressant notamment aux aspects suivants :

- les habitudes et les tendances en matière d'alimentation et d'exercice physique et les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles liés à l'alimentation et à la sédentarité ;
- l'évaluation de l'efficacité des politiques et programmes visant à améliorer l'alimentation et à développer l'exercice physique ;
- les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre de la Stratégie et les mesures prises pour les surmonter ;
- les mesures législatives, exécutives, administratives, financières ou autres prises dans le cadre de la Stratégie.

64. L'OMS s'emploiera à instaurer, aux niveaux mondial et régional, un système de suivi et des indicateurs qui renseignent sur les habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique.

CONCLUSIONS

65. Des mesures fondées sur les meilleures données scientifiques dont on dispose et adaptées au contexte culturel doivent être mises au point, appliquées et contrôlées avec le concours et sous la direction de l'OMS. Une approche véritablement multisectorielle qui mobilise les énergies, les ressources et les compétences de l'ensemble des partenaires est toutefois indispensable pour que les progrès soient durables.

66. Les habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique changeront progressivement et les stratégies nationales devront suivre un plan très clair qui prévoit des mesures de prévention à long terme. Toutefois, les facteurs de risque et l'incidence des maladies non transmissibles peuvent évoluer assez rapidement lorsque les interventions sont efficaces. Les plans nationaux devront donc être assortis d'objectifs réalisables à court et moyen terme.

67. La mise en oeuvre de la Stratégie par tous les intéressés débouchera sur des progrès sanitaires importants et durables.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, troisième rapport)

WHA57.18 Transplantation d'organes et de tissus humains

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant ses résolutions WHA40.13, WHA42.5 et WHA44.25 sur l'obtention et la transplantation d'organes ;

Ayant examiné le rapport sur la transplantation d'organes et de tissus humains ;¹

Notant l'augmentation dans le monde du nombre d'allogreffes de cellules, de tissus et d'organes ;

Préoccupée par le manque croissant de matériels humains destinés à la transplantation pour répondre aux besoins des patients ;

Consciente des risques que présentent du point de vue de l'éthique et de la sécurité les allogreffes de cellules, de tissus et d'organes, et consciente de la nécessité de vouer une attention particulière aux risques de trafic d'organes ;

Reconnaissant que des cellules, tissus ou organes xénogéniques vivants, ainsi que des liquides biologiques, cellules, tissus ou organes humains qui ont été en contact *ex vivo* avec lesdits matériels xénogéniques vivants peuvent être utilisés chez l'être humain en l'absence de matériel humain approprié ;

¹ Document A57/17.

Consciente que les greffes xénogéniques présentent un risque de transmission d'agents infectieux xénogéniques connus, ou qui n'ont pas encore été décelés, de l'animal à l'être humain et du receveur d'une greffe xénogénique à ses contacts et au grand public ;

Reconnaissant que la transplantation comporte des aspects non seulement médicaux mais aussi juridiques et éthiques et qu'elle fait intervenir des questions économiques et psychologiques ;

I

Allogreffes

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) d'exercer un contrôle national efficace sur l'obtention, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, et notamment de garantir la traçabilité des matériels humains destinés à être transplantés, ainsi que l'obligation d'en rendre compte ;
 - 2) de coopérer à l'élaboration de recommandations et de principes directeurs en vue d'harmoniser les pratiques dans l'ensemble du monde en matière d'obtention, de traitement et de transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, et notamment de définir des critères minimaux de sélection des donneurs de tissus et de cellules ;
 - 3) d'envisager la création de commissions d'éthique pour veiller à ce que la transplantation de cellules, de tissus et d'organes se fasse dans le respect de l'éthique ;
 - 4) de développer l'utilisation des dons de rein faits par des donneurs vivants lorsque cela est possible, en plus des dons provenant de personnes décédées ;
 - 5) de prendre des mesures pour protéger les plus pauvres et les groupes vulnérables du « tourisme de la transplantation » et de la vente de tissus et d'organes, en s'intéressant notamment au problème plus vaste du trafic international de tissus et d'organes humains ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer à examiner et à recueillir des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'épidémiologie des allogreffes, et sur les questions éthiques, y compris le don vivant, afin de mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ;¹
 - 2) de promouvoir la coopération internationale pour améliorer l'accès de chacun à ces moyens thérapeutiques ;
 - 3) de fournir un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour les aider à assurer correctement la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes, en particulier en facilitant la coopération internationale ;

¹ Document WHA44/1991/REC/1, annexe 6.

- 4) de soutenir les efforts déployés par les Etats Membres pour prévenir le trafic d'organes, notamment en établissant des lignes directrices pour protéger les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables de ce trafic ;

II

Greffes xénogéniques

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) d'autoriser les greffes xénogéniques uniquement lorsque des mécanismes nationaux de contrôle réglementaire et de surveillance efficaces relevant des autorités sanitaires sont en place ;
- 2) de coopérer à l'élaboration de recommandations et de principes directeurs en vue d'harmoniser les pratiques dans l'ensemble du monde, et notamment de mesures protectrices conformes aux normes scientifiques internationalement agréées pour éviter le risque de transmission secondaire – et transfrontalière surtout – de tout agent infectieux xénogénique qui pourrait avoir infecté les receveurs de greffes xénogéniques ou leurs contacts ;
- 3) de soutenir la collaboration et la coordination internationales en vue de la prévention et de la surveillance des infections résultant de greffes xénogéniques ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de faciliter la communication et la collaboration internationale entre les autorités sanitaires des Etats Membres sur les questions ayant trait aux greffes xénogéniques ;
- 2) de réunir des données dans le monde entier pour permettre d'évaluer les pratiques en matière de greffes xénogéniques ;
- 3) de prendre des mesures actives pour informer les Etats Membres des infections d'origine xénogénique faisant suite à une greffe xénogénique ;
- 4) de fournir un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour les aider à renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le domaine des greffes xénogéniques, y compris les capacités d'élaboration de politiques et de contrôle des autorités nationales de réglementation ;
- 5) de faire rapport en temps opportun à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, troisième rapport)

WHA57.19 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution 2417 (XXIII) adoptée le 17 décembre 1968 par l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Rappelant la résolution 58/208 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les migrations internationales et le développement et la décision qui y figure en vertu de laquelle en 2006 le dialogue de haut niveau de l'Assemblée générale sera consacré à la question des migrations internationales et du développement ;

Rappelant en outre la résolution WHA22.51 (1969) et la résolution WHA25.42 (1972) ;

Notant que l'Union africaine a proclamé 2004 « Année pour le développement des ressources humaines en Afrique » ;

Prenant note du Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international des agents de santé, adopté à la réunion des ministres de la santé des pays du Commonwealth (Genève, 18 mai 2003) ;

Notant les travaux en cours de l'Organisation internationale pour les Migrations, de la Commission mondiale sur les Migrations internationales et d'autres organismes internationaux sur les migrations internationales des travailleurs ;

Reconnaissant l'importance des ressources humaines pour le renforcement des systèmes de santé et la réalisation des objectifs convenus sur le plan international qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant avec préoccupation que les personnels de santé des pays en développement hautement qualifiés et compétents continuent à émigrer à un rythme croissant dans certains pays, ce qui fragilise les systèmes de santé des pays dont ils sont originaires ;

Tenant compte des travaux menés par des organisations du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales pour renforcer la capacité des gouvernements de gérer les flux migratoires aux niveaux national et régional, et de la nécessité de prendre d'autres mesures pour faire face, au niveau tant national qu'international et dans le cadre des approches sectorielles et d'autres plans de développement, au problème de la migration des personnels de santé qualifiés ;

Notant d'autre part que de nombreux pays en développement n'ont pas encore les moyens techniques nécessaires pour bien évaluer l'ampleur et les caractéristiques de l'exode de leurs personnels de santé ;

Reconnaissant les efforts et les investissements importants consentis par les pays en développement pour former et développer des ressources humaines pour la santé ;

Reconnaissant également les efforts déployés pour enrayer la migration des personnels de santé des pays en développement, et consciente de la nécessité d'intensifier ces efforts ;

Préoccupée par le fait que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles du même ordre constituent des charges supplémentaires pour les personnels de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer des stratégies pour atténuer les effets néfastes de la migration des personnels de santé et en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé ;
- 2) à formuler et appliquer des politiques et des stratégies qui permettraient de mieux retenir les personnels de santé, notamment – mais pas uniquement – par le renforcement des ressources humaines pour la planification et la gestion sanitaires ainsi que par la révision des salaires et l'application de systèmes d'incitations ;
- 3) à recourir à des accords de gouvernement à gouvernement pour créer des programmes d'échange de personnels de santé comme mécanisme de lutte contre leur émigration ;
- 4) à mettre en place des mécanismes pour atténuer, dans les pays en développement, l'effet négatif de la perte de personnels de santé du fait de leur émigration, notamment des moyens par lesquels les pays de destination appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine des personnels ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'établir et de maintenir, en collaboration avec les pays et les institutions ou organisations concernés, des systèmes d'information qui permettront aux organes internationaux appropriés de suivre de manière indépendante le flux des ressources humaines pour la santé ;
- 2) en coopération avec les organisations internationales dans le cadre de leurs mandats respectifs, y compris l'Organisation mondiale du Commerce, de mener des recherches sur les migrations internationales des personnels de santé, et notamment sous l'angle des accords commerciaux et de la question des rapatriements de fonds, afin de déterminer les effets négatifs éventuels du phénomène et les moyens possibles d'y remédier ;
- 3) d'étudier d'autres mesures pouvant aider à mettre au point des pratiques équitables pour le recrutement international des personnels de santé, y compris la faisabilité, le coût et la pertinence d'un instrument international ;
- 4) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour le renforcement de leurs mécanismes et processus de planification afin d'assurer la formation adéquate de personnels répondant à leurs besoins ;
- 5) d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres et tous les partenaires concernés, y compris les organismes de développement, un code de pratique¹ pour le recrutement international des personnels de santé, en particulier des pays en développement, et de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis ;
- 6) d'appuyer les efforts des pays en facilitant le dialogue aux plus hauts niveaux national et international ainsi qu'entre les parties prenantes et en menant une action de sensibilisation au phénomène de la migration des personnels de santé et à ses effets, y compris en examinant les modalités par lesquelles les pays de destination pourraient compenser la perte des agents de santé, par exemple en investissant dans la formation de professionnels de la santé ;

¹ Il est entendu que dans le système des Nations Unies l'expression « code de pratique » fait référence à des instruments qui ne sont pas juridiquement contraignants.

-
- 7) de mobiliser tous les secteurs de programme concernés au sein de l’OMS, en collaboration avec les Etats Membres, pour développer les compétences des ressources humaines et améliorer l’appui fourni aux pays en développement dans le domaine de la santé en créant des mécanismes appropriés ;
 - 8) d’engager des consultations avec l’Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées sur la possibilité de proclamer une année ou une décennie des « Ressources humaines pour le développement sanitaire » ;
 - 9) de déclarer les « Ressources humaines pour le développement sanitaire » comme thème de la Journée mondiale de la Santé 2006 ;
 - 10) de faire des ressources humaines pour le développement sanitaire un secteur prioritaire du programme général de travail de l’OMS 2006-2015 ;
 - 11) de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur l’application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004 –
Commission A, troisième rapport)

DECISIONS

WHA57(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des douze Etats Membres suivants : Autriche, Belize, Canada, Djibouti, Gambie, Inde, Italie, Kenya, Mali, Myanmar, Ouzbékistan et Papouasie-Nouvelle-Guinée.

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(2) Composition de la Commission des Désignations

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Bahreïn, Brunéi Darussalam, Burkina Faso, Chine (République populaire de), Erythrée, Estonie, Fédération de Russie, France, Guyana, Israël, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mozambique, Nicaragua, Ouganda, Pérou, République démocratique du Congo, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sri Lanka, Swaziland, Thaïlande, Tunisie, Uruguay, et le Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Bangladesh (Président de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(3) Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

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

Président : M. Muhammad Nasir Khan (Pakistan)

Vice-Présidents : Dr M. E. Tshabalala-Msimang (Afrique du Sud), Mme A. David-Antoine (Grenade), M. S. Bogoev (Bulgarie), Dr R. Maria de Araujo (Timor-Leste), Dr Chua Soi Lek (Malaisie).

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(4) Election du bureau des commissions principales

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

Commission A : Dr Ponmek Dalalay (République démocratique populaire lao)

Commission B : Dr Jigmi Singay (Bhoutan)

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

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

Commission A : Vice-Présidents, Dr D. Slater (Saint-Vincent-et-les-Grenadines) et
Mme A. Van Bolhuis (Pays-Bas)

Rapporteur, Professeur M. Mizanur Rahman (Bangladesh)

Commission B : Vice-Présidents, Professeur N. M. Nali (République centrafricaine) et
Dr S. Al Kharabseh (Jordanie)

Rapporteur, Mme Z. Jakab (Hongrie)

(Premières séances des Commissions A et B, 18 et 20 mai 2004)

WHA57(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu les délégués des dix-sept pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Botswana, Chili, Chine (République populaire de), Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Irlande, Jamahiriya arabe libyenne, Kazakhstan, Libéria, Niger, Nigéria, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Tchad, Trinité-et-Tobago et Yémen.

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(6) Adoption de l'ordre du jour

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent treizième session, après avoir supprimé un point et trois points subsidiaires et ajouté un point supplémentaire.

(Deuxième séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(7) Vérification des pouvoirs

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des Etats Membres suivants : Afghanistan, Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Bélarus, Belgique, Belize,

Bénin, Bhoutan, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Djibouti, Egypte, El Salvador, Emirats arabes unis, Equateur, Erythrée, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria,¹ Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie-et-Monténégro, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Swaziland, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Yémen, Zambie et Zimbabwe.

(Quatrième et septième séances plénières, 19 et 21 mai 2004)

WHA57(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée,² a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Australie, Bahreïn, Bolivie, Brésil, Jamaïque, Kenya, Lesotho, Jamahiriya arabe libyenne, Luxembourg, Roumanie, Thaïlande et Tonga.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004)

¹ Pouvoirs acceptés à titre provisoire.

² Document A57/38.

WHA57(9) Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de demander au Directeur général de reporter la présentation du rapport final sur le résultat des travaux de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, créée en application de la résolution WHA56.27, à la cent dix-septième session du Conseil exécutif (janvier 2006), la Commission ayant besoin de ce délai supplémentaire pour achever ses travaux.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004)

WHA57(10) Allocations de crédits aux Régions

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen du rapport sur les crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire,¹ et eu égard aux recommandations formulées dans le paragraphe 21, a décidé de demander au Directeur général d'établir, en consultation avec les Etats Membres et les Régions, des principes directeurs fondés sur des critères objectifs, qui seront appliqués pour l'allocation des fonds de toute provenance, en tenant compte de l'équité, de l'efficacité et des résultats obtenus, ainsi que de l'appui à fournir aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés, et de soumettre ces principes pour examen au Conseil exécutif à sa cent quinzième session.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(11) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr J. Larivière, délégué du Canada, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et le Dr A. A. Yoosuf, délégué des Maldives, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour une période de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2007.

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a également nommé le Dr L. Waqatakirewa, délégué de Fidji, membre du Comité pour le reste du mandat de M. L. Rokovada, c'est-à-dire jusqu'en mai 2005.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

¹ Document A57/24.

WHA57(12) Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de renvoyer l'examen de la nouvelle politique applicable aux organisations non gouvernementales¹ afin de donner au Directeur général le temps de consulter toutes les parties intéressées en vue de dégager un consensus sur le libellé de la résolution à soumettre à une session ultérieure de l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(13) Choix du pays où se tiendra la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

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

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(14) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième² et cent treizième³ sessions, a pris note des rapports, a félicité le Conseil du travail qu'il avait accompli et a exprimé sa satisfaction du dévouement avec lequel il s'était acquitté des tâches qui lui avaient été confiées.

(Neuvième séance plénière, 22 mai 2004)

¹ Voir document A57/32.

² Document EB112/2003/REC/1.

³ Documents EB113/2004/REC/1 et EB113/2004/REC/2.

ANNEXES

ANNEXE 1

Accord entre l'Office international des Epizooties (OIE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹

[A57/28, annexe – 8 avril 2004]

L'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée « l'OMS ») et l'Office international des Epizooties (ci-après dénommé « l'OIE »), souhaitant coordonner les efforts qu'ils font pour promouvoir et améliorer la santé publique vétérinaire, la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments, et collaborer étroitement à cette fin,

Sont convenus de ce qui suit :

Article 1

- 1.1 L'OMS et l'OIE décident de coopérer étroitement pour les questions d'intérêt commun relevant de leurs domaines de compétence respectifs tels qu'ils sont définis par les actes constitutifs de l'une et l'autre Parties et par les décisions de leurs organes directeurs.

Article 2

- 2.1 L'OMS communique à l'OIE, afin que celui-ci les distribue à ses Membres, les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé et les recommandations faites lors de consultations, d'ateliers et d'autres réunions officielles de l'OMS sur des questions pertinentes.
- 2.2 L'OIE communique à l'OMS, afin que celle-ci les distribue à ses Etats Membres, les recommandations et résolutions de son Comité international ainsi que les recommandations faites lors de consultations, d'ateliers et d'autres réunions officielles de l'OIE sur des questions pertinentes.
- 2.3 Les résolutions et recommandations portées à la connaissance des organes respectifs des deux organisations (ci-après dénommées « les Parties ») forment la base de l'action internationale coordonnée entre les deux Parties.

Article 3

- 3.1 Des représentants de l'OMS sont invités à assister aux sessions du Comité international et aux conférences régionales de l'OIE et à participer, sans droit de vote, aux délibérations de ces organes sur des questions inscrites à l'ordre du jour auxquelles l'OMS s'intéresse.

¹ Voir résolution WHA57.7.

- 3.2 Des représentants de l'OIE sont invités à assister aux sessions du Conseil exécutif, de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux de l'OMS et à participer, sans droit de vote, aux délibérations de ces organes sur des questions inscrites à l'ordre du jour auxquelles l'OIE s'intéresse.
- 3.3 Des arrangements appropriés sont pris par voie d'accord entre le Directeur général de l'OMS et le Directeur général de l'OIE pour assurer la participation de l'OMS et de l'OIE à d'autres réunions de caractère non confidentiel convoquées sous les auspices de l'une des organisations, au cours desquelles seront examinées des questions auxquelles l'autre organisation s'intéresse ; cela concerne tout particulièrement les réunions qui débouchent sur l'établissement de normes et critères.
- 3.4 Les deux Parties décident de ne pas tenir de réunions ou de conférences portant sur des questions d'intérêt commun sans consulter l'autre Partie au préalable.

Article 4

L'OMS et l'OIE collaborent dans les domaines présentant un intérêt commun en particulier par les moyens suivants :

- 4.1 L'échange réciproque de rapports, de publications et d'autres informations, en particulier l'échange en temps voulu d'informations sur les flambées de zoonoses et de maladies d'origine alimentaire. Les deux Parties prendront des arrangements spéciaux pour coordonner la riposte aux flambées de zoonoses et/ou de maladies d'origine alimentaire notoirement ou potentiellement importantes en santé publique au niveau international.
- 4.2 L'organisation, aux niveaux régional et mondial, de réunions et de conférences sur les zoonoses, les maladies d'origine alimentaire et les questions connexes telles que les pratiques en matière d'alimentation des animaux et la résistance aux antimicrobiens en rapport avec l'usage prudent des antimicrobiens dans l'élevage, ainsi que sur leurs politiques et programmes d'endiguement/de lutte.
- 4.3 L'élaboration, la défense et le soutien technique conjoints de programmes nationaux, régionaux ou mondiaux visant à maîtriser ou éliminer les principales zoonoses et maladies d'origine alimentaire ou portant sur des questions d'intérêt commun qui se font jour ou qui resurgissent.
- 4.4 La promotion et le renforcement, en particulier dans les pays en développement, de l'éducation en matière de santé publique vétérinaire, de la mise en oeuvre de la santé publique vétérinaire et d'une coopération efficace entre le secteur de la santé publique et le secteur de la santé animale/vétérinaire.
- 4.5 La promotion et la coordination au niveau international de la recherche sur les zoonoses, la santé publique vétérinaire et la sécurité sanitaire des aliments.
- 4.6 La promotion et le renforcement de la collaboration entre les réseaux de centres de référence et de laboratoires de l'OIE et de centres collaborateurs et de laboratoires de référence de l'OMS afin qu'ils soutiennent ensemble les Etats Membres de l'OMS et les Membres de l'OIE pour les questions présentant un intérêt commun.

Article 5

- 5.1 Lors de l'établissement de leurs programmes de travail respectifs, l'OMS et l'OIE s'échangent leurs projets de programmes afin que l'autre Partie puisse faire des observations.
- 5.2 Chaque Partie tient compte des recommandations de l'autre Partie lorsqu'elle établit le programme définitif qui sera soumis à son organe directeur.
- 5.3 L'OMS et l'OIE tiennent une fois par an une réunion de coordination entre hauts responsables du Siège et/ou représentants régionaux.
- 5.4 Les deux Parties doivent prendre les dispositions administratives nécessaires pour appliquer ces politiques, par exemple l'échange d'experts, l'organisation conjointe de réunions scientifiques et techniques, la formation conjointe du personnel de santé et du personnel vétérinaire.

Article 6

- 6.1 Le présent Accord entrera en vigueur à la date de sa signature par le Directeur général de l'OMS et le Directeur général de l'OIE, sous réserve de l'approbation du Comité international de l'OIE et de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- 6.2 Le présent Accord peut être modifié par consentement mutuel expressément écrit. Il peut être aussi révoqué par l'une ou l'autre Partie par l'envoi par celle-ci d'un préavis de six mois par écrit à l'autre Partie.

Article 7

- 7.1 Le présent Accord annule et remplace l'Accord entre l'OMS et l'OIE adopté par l'OMS le 4 août 1960 et par l'OIE le 8 août 1960.

Adopté par l'OMS le 18 décembre 2002 et par l'OIE le 26 mai 2003

Dr D. L. Heymann
Directeur exécutif
Maladies transmissibles

Dr B. Vallat
Directeur général

ANNEXE 2

Stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique¹

[A57/13, annexe – 15 avril 2004]

INTRODUCTION

1. La santé génésique et sexuelle² est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, et pour le développement socio-économique des communautés et des nations. Préoccupée par la lenteur des progrès accomplis en matière de santé génésique et sexuelle au cours des dix dernières années, et consciente que les objectifs de développement internationaux ne seraient pas atteints sans l'engagement renouvelé de la communauté internationale, la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA55.19, dans laquelle elle invite le Directeur général à élaborer une stratégie permettant d'accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique. Elle y rappelle et reconnaît également les programmes et plans d'action dont sont convenus les gouvernements à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), à la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes (Beijing, 1995) et aux conférences organisées pour examen de suivi de l'une et de l'autre au bout de cinq ans.³

2. Pour donner suite à la résolution WHA55.19 et après avoir consulté les Etats Membres et les partenaires, l'OMS a conçu une stratégie qui se fonde sur les mesures prises par les Etats Membres en application de la résolution WHA48.10 (Santé en matière de reproduction humaine : rôle de l'OMS dans la stratégie mondiale), dans laquelle il leur était instamment demandé de développer et de renforcer encore leurs programmes de santé en matière de reproduction.

3. La stratégie présentée ici s'adresse d'une manière générale aux responsables des instances gouvernementales, des organismes internationaux, des associations professionnelles, des organisations non gouvernementales et d'autres institutions. La première partie met en évidence le large fossé qui sépare les objectifs mondiaux de la situation concrète dans le monde et recense les principaux obstacles au progrès, en insistant tout particulièrement sur les inégalités liées au sexe et à la pauvreté et sur les risques auxquels sont exposés les adolescents. La deuxième partie expose la stratégie, qui s'inspire de principes fondés sur les droits de l'homme reconnus au niveau international. Elle dégage

¹ Voir résolution WHA57.12.

² La définition de la santé génésique proposée par l'OMS et approuvée à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) englobe la santé sexuelle (voir encadré). En français les expressions « santé génésique », « santé de la reproduction » et « santé en matière de reproduction » sont interchangeables.

³ Vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (New York, 1999) et vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes, développement et paix pour le XXI^e siècle (New York, 2000).

les éléments fondamentaux des services de santé génésique et sexuelle et propose des approches novatrices que les pays et l'OMS pourraient appliquer. Elle se conclut par la réaffirmation de l'engagement pris par l'OMS de collaborer avec ses partenaires afin d'encourager et d'aider les Etats Membres à atteindre les objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire ainsi que les autres objectifs et cibles convenus sur le plan international qui ont trait à la santé génésique et sexuelle.

I. OBJECTIFS MONDIAUX, REALITES MONDIALES

4. Les objectifs du Millénaire pour le développement, qui découlent de la Déclaration du Millénaire adoptée en l'an 2000 par 189 Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies, sont les nouveaux repères internationaux pour mesurer les progrès accomplis sur la voie du développement durable et de l'élimination de la pauvreté. Sur les huit objectifs, trois sont directement liés à la santé génésique et sexuelle – améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile, et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies – et quatre sont en relation étroite avec la santé, et donc avec la santé génésique – réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, et assurer un environnement durable. Les cibles concrètes consistent notamment à :

- réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ;
- réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans ;
- d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.

5. D'autres jalons ont été fixés en 1999 à la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Par exemple, d'ici à 2015, la proportion des accouchements se déroulant avec l'assistance de personnel soignant qualifié devrait atteindre 90 % dans l'ensemble du monde et au moins 60 % dans les pays où le taux de mortalité maternelle est élevé.¹

6. La définition de la santé génésique adoptée en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (voir l'encadré ci-après) fait ressortir les principales caractéristiques qui distinguent la santé génésique et sexuelle d'autres aspects de la santé. Elle s'étend avant et après la période où l'être humain est en âge de procréer et elle est étroitement liée aux facteurs socioculturels, aux rôles dévolus aux deux sexes, au respect et à la protection des droits de l'homme en ce qui concerne plus particulièrement – mais pas seulement – la sexualité et les relations entre personnes.

¹ Document de l'Organisation des Nations Unies A/S-21/5/Add.1, paragraphe 64.

Droits et santé en matière de reproduction tels qu'ils sont définis dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » (Paragraphe 7.2)

« Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme ... » (Paragraphe 7.3)

¹ Document des Nations Unies A/CONF.171/13 : Rapport de la CIPD.

7. L'adoption de ces définitions exhaustives à la Conférence internationale sur la population et le développement a inauguré une nouvelle ère, et les réalisations de ces dix dernières années sont nombreuses et importantes. A quelques exceptions près, le concept de droits et de santé en matière de reproduction a été largement accepté et les organismes internationaux d'action sanitaire et d'aide au développement, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et d'autres acteurs encore ont commencé à l'utiliser. Presque tous les pays ont défini de nouvelles politiques et de nouveaux programmes de santé génésique qui, dans certains d'entre eux, ont notablement changé la manière dont étaient assurés les services de santé maternelle et infantile ou les services de planification familiale.

8. Suite à cette évolution conceptuelle et à l'engagement en faveur de la santé génésique et sexuelle, de nouveaux partenariats se sont créés aux niveaux national, régional et mondial. De nouvelles données ont en outre été recueillies sur des questions jusque-là peu étudiées, comme la charge de morbidité due aux problèmes de santé génésique et sexuelle et les liens de ceux-ci avec la pauvreté et la violence à l'encontre des femmes. Le nombre de meilleures pratiques fondées sur des bases factuelles a beaucoup augmenté, le champ d'investigation de la recherche clinique et comportementale s'est étendu, ainsi que la gamme d'étalons, de normes et de lignes directrices reconnus au niveau international.

9. L'expérience montre que, même dans les pays à faible revenu, il est possible, grâce à des approches novatrices propres à chaque pays, de réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, par exemple. La tâche consiste maintenant à concevoir des stratégies nationales innovantes pour mettre les services de santé à la portée de ceux qui en ont le plus besoin, tels que les adolescents et les pauvres, afin d'atteindre les objectifs internationaux. Actuellement, les taux de mortalité et de morbidité maternelles, de mortalité périnatale, la fréquence des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH, des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et des pratiques sexuelles à risque demeurent élevés dans de nombreux pays, comme l'illustrent les chiffres ci-après.

Situation dans le monde

Grossesse, accouchement et santé du nouveau-né

10. Sur les 210 millions de femmes enceintes recensées chaque année, quelque 8 millions souffrent de complications parfois mortelles et beaucoup ont des séquelles, voire une incapacité, permanentes. On estime qu'en 2000, 529 000 femmes sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement de causes en grande partie évitables. A l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle n'a guère évolué ces dix dernières années.

11. Les écarts entre les régions sont énormes : 99 % des décès maternels se produisent dans les pays en développement. Le risque, à la naissance, de mourir d'une affection maternelle est de 1 sur 16 en Afrique subsaharienne, de 1 sur 58 en Asie du Sud-Est et de 1 sur 4000 dans les pays industrialisés.

12. La plupart des décès maternels résultent de complications à l'accouchement (par exemple une dystocie grave, en particulier chez les primigestes très jeunes, une hémorragie et des troubles tensionnels), au début du post-partum (accident septique et hémorragie) ou après un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les facteurs le plus souvent à l'origine de ces décès sont l'absence de personnel de santé qualifié¹ pendant l'accouchement, de services capables de dispenser des soins obstétricaux d'urgence et de prendre en charge les complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et l'inefficacité du système d'orientation-recours.

13. Plus de 50 % des femmes qui vivent dans les régions les plus pauvres du monde, et plus de 80 % dans certains pays, mettent leur enfant au monde sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée. En Afrique subsaharienne, ce chiffre est resté le même au cours des dix dernières années. Alors que les soins prénatals existent et sont largement dispensés dans les pays industrialisés, près de la moitié des femmes enceintes dans le sud de l'Asie et un tiers en Asie occidentale et en Afrique subsaharienne ne bénéficiaient d'aucune prestation prénatale à la fin des années 90, proportion qui, par contraste, était inférieure à un cinquième en Asie orientale ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes.

14. Sur les 10,8 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés dans le monde, 3 millions ont lieu pendant les 7 premiers jours de la période néonatale. On estime en outre à 2,7 millions le nombre d'enfants mort-nés. Un grand nombre de ces décès sont dus au mauvais état de santé de la mère et à l'insuffisance des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Dans les pays en développement, le taux de mortalité néonatale (pendant les 28 jours qui suivent la

¹ Par « personnel de santé qualifié » ou « accoucheuse qualifiée », on entend un ou des professionnels de santé tels qu'une sage-femme, un médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et les compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et, au besoin, dispenser des soins d'urgence et/ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé.

naissance) n'a pas changé depuis le début des années 80 et reste d'environ 30 décès pour 1000 naissances vivantes. Par ailleurs, le décès de la mère peut gravement compromettre la survie de l'enfant.

Planification familiale

15. Le recours à la contraception est devenu beaucoup plus fréquent dans nombre de pays en développement et est presque aussi répandu dans certains d'entre eux que dans les pays développés. Des enquêtes indiquent pourtant que, dans les pays en développement et les pays en transition, plus de 120 millions de couples ne disposent d'aucune méthode de contraception sûre et efficace alors qu'ils souhaitent éviter ou espacer les grossesses.

16. Entre 9 % et 39 % des femmes mariées (ou vivant en couple) sont privées des services de planification familiale dont elles ont besoin. D'après les données, les besoins des adolescents et des adultes sexuellement actifs non mariés ne sont pas satisfaits non plus. On compte chaque année environ 80 millions de grossesses non désirées, dont certaines sont dues à un échec de la contraception, aucune méthode n'étant efficace à 100 %.

Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

17. Sur les quelque 45 millions de grossesses non désirées interrompues chaque année, on estime à 19 millions le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ;¹ 40 % de tous ces avortements sont réalisés chez des femmes jeunes, qui ont entre 15 et 24 ans. D'après les estimations, 68 000 femmes en meurent chaque année, ce qui représente 13 % de tous les décès liés à la grossesse. L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est en outre à l'origine d'une très importante morbidité. Des études indiquent par exemple qu'au moins une femme sur cinq qui subissent ce type d'avortement contracte une infection de l'appareil reproducteur. Il s'agit parfois d'infections graves, qui entraînent la stérilité.

Infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, et infections de l'appareil reproducteur

18. D'après les estimations, il se produit chaque année 340 millions de nouveaux cas d'infection bactérienne sexuellement transmissible, dont la plupart sont accessibles au traitement. Beaucoup de ces infections ne sont pas soignées parce qu'elles sont difficiles à diagnostiquer et qu'il n'y a pas de services compétents et abordables. On recense de plus tous les ans des millions de cas d'infections virales, pour la plupart incurables, notamment 5 millions de nouveaux cas d'infection à VIH, dont 600 000 chez des nourrissons après transmission du virus par la mère à son enfant.

19. L'infection à papillomavirus humain sexuellement transmissible est étroitement liée au cancer du col de l'utérus, diagnostiqué chaque année chez plus de 490 000 femmes, dont 240 000 succombent. Les trois quarts des cancers du col se produisent dans les pays en développement où les programmes de dépistage et de traitement sont très insuffisants, voire inexistantes.

¹ Un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité se définit comme un acte effectué en vue d'interrompre une grossesse non désirée par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou dans des conditions qui ne répondent pas aux normes médicales minimales, ou les deux (voir The prevention and management of unsafe abortion, Report of a technical working group, document WHO/MSM/92.5, 1992).

20. Chaque année, plus de 100 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans contractent des infections sexuellement transmissibles en majorité curables. Elles facilitent l'acquisition et la transmission du VIH. Près de la moitié des nouveaux cas d'infection à VIH concernent des jeunes. Malgré les tendances favorables observées récemment chez les jeunes (en particulier chez les femmes) dans certains pays d'Afrique, il y a en Afrique subsaharienne près de deux fois plus de jeunes femmes porteuses du virus que d'hommes infectés. En 2001, on estimait que dans cette région, entre 6 % et 11 % des jeunes femmes vivaient avec le VIH/SIDA, contre 3 % à 6 % des hommes jeunes. Dans d'autres régions en développement, le VIH/SIDA est également plus répandu chez les femmes que chez les hommes. On sait en outre que les infections de l'appareil reproducteur telles que la vaginose bactérienne et la candidose génitale, qui ne se transmettent pas par voie sexuelle, sont courantes, bien qu'on manque d'informations sur leur prévalence et leurs conséquences.

21. Les infections sexuellement transmissibles sont aussi une cause importante de stérilité : 60 à 80 millions de couples dans le monde sont stériles et doivent renoncer à avoir des enfants, la plupart du temps à cause d'une obstruction tubaire résultant d'une infection sexuellement transmissible non soignée ou mal soignée.

22. Pris ensemble, les problèmes de santé génésique et sexuelle (mortalité et morbidité maternelles et périnatales, cancers, infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA) représentent près de 20 % de la charge mondiale de morbidité chez les femmes et quelque 14 % chez les hommes. Mais ces statistiques ne rendent pas compte de toute la charge de morbidité. La violence à l'encontre des femmes et les affections gynécologiques comme les problèmes menstruels graves, l'incontinence urinaire et fécale due à des fistules obstétricales, le prolapsus utérin, la fausse couche et les dysfonctionnements sexuels, qui toutes ont d'importantes conséquences sociales, psychologiques et physiques, sont très sous-estimées dans les chiffres actuels de la charge mondiale de morbidité. L'OMS estime que les rapports sexuels à risque occupent la deuxième place dans le classement des plus grands facteurs de risque pour la santé dans le monde.

Obstacles au progrès

Inégalité des sexes

23. L'inégalité des sexes en matière de santé est souvent frappante. Il arrive que les familles dépensent moins pour l'alimentation, la santé, la scolarisation et la formation professionnelle des filles que pour celles des garçons. La discrimination sexuelle et le statut social inférieur des filles et des femmes influent souvent sur leur état de santé physique et mentale, les exposent à des violences physiques ou psychologiques et les empêchent de bien maîtriser leur vie, en particulier leur sexualité et tout ce qui concerne la reproduction.

24. Sous ses multiples formes, la violence que subissent les femmes a des répercussions sur leur santé génésique et sexuelle. Les violences infligées notamment par un partenaire intime, phénomène qui s'observe partout dans le monde, comprennent les sévices physiques, sexuels et psychologiques. Des études montrent qu'entre 4 % et 20 % des femmes sont victimes de violences pendant leur grossesse, avec pour conséquences, pour elles-mêmes et pour leur enfant, une fausse couche, un travail prématuré et un faible poids de naissance. Il ressort des données dont on dispose que, dans certains pays, près d'une femme sur quatre subit des violences sexuelles de la part de son partenaire intime. Le viol et les agressions sexuelles par des personnes connues ou étrangères sont également fréquents. La traite des femmes et des enfants ainsi que la prostitution forcée sont aussi des problèmes, dans certaines régions. Les problèmes de santé génésique et sexuelle qui en découlent pour les femmes sont nombreux, à savoir grossesse non désirée, avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de

sécurité, douleurs chroniques, infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, et troubles gynécologiques.

Risques auxquels sont exposés les adolescents

25. Dans la plupart des pays, les tabous et les pratiques sexuelles admises (notamment le mariage d'enfants, les mutilations sexuelles féminines et l'initiation sexuelle précoce) bloquent l'accès à l'information, aux services de santé génésique et à d'autres formes d'aide dont les jeunes ont besoin pour être en bonne santé. Or les comportements sexuels à l'adolescence (entre 10 et 19 ans) ont des conséquences immédiates et à plus longue échéance. Dans certaines régions du monde, l'activité sexuelle commence à l'adolescence et comporte souvent des risques, aussi bien dans le cadre du mariage que hors mariage. Les adolescents sont rarement armés ou suffisamment soutenus pour refuser un rapport sexuel, faire accepter des rapports à moindre risque ou prendre eux-mêmes les précautions nécessaires contre une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible. Chez les très jeunes filles, la grossesse présente un risque important de mortalité et de morbidité maternelles. Il est indispensable de répondre aux besoins et de protéger les droits des adolescents, au nombre de 1,2 milliard aujourd'hui, pour préserver leur santé et celle des générations futures.

Inégalités liées à la pauvreté et accès aux services de santé

26. Presque partout dans le monde, la pauvreté va de pair avec un accès difficile aux services de santé, en particulier aux services de santé maternelle. C'est dans les pays les plus pauvres que les problèmes de santé génésique et sexuelle sont les plus importants, car les services de santé y sont généralement dispersés ou matériellement inaccessibles, manquent de personnel, de ressources et de matériel et coûtent trop cher pour la majorité des personnes démunies. Trop souvent, les améliorations apportées aux services de santé publics profitent avant tout aux classes aisées, et il est possible en théorie d'atteindre certains des objectifs sanitaires internationaux en laissant de côté le quintile de la population qui a les plus faibles revenus et les groupes vulnérables.

27. Depuis les années 80, nombre de pays ont engagé des réformes dans le secteur de la santé qui influent sur l'existence et l'accessibilité des services de santé, y compris les services de santé génésique et sexuelle. Les systèmes de financement tels que les régimes d'assurance par prépaiement et les subventions basées sur la situation de fortune ont rarement assuré aux pauvres l'accès équitable souhaité. Il faut donc veiller tout particulièrement à ce que les groupes défavorisés aient accès à la prévention, au traitement et aux services vitaux tels que les soins obstétricaux d'urgence.

Autres problèmes

28. L'aide au développement a diminué d'une manière générale ces dernières années, tandis que de nouveaux mécanismes de financement extérieur ont vu le jour dans le secteur de la santé, tels que les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté, les approches sectorielles et l'aide budgétaire directe. Par ailleurs, d'importantes nouvelles sources de financement de l'action sanitaire, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, concentrent les ressources sur des maladies et des interventions données. Il importe de veiller à ce que ces nouveaux mécanismes contribuent à développer durablement les systèmes de santé, y compris les services de santé génésique et sexuelle.

29. L'insuffisance des ressources humaines est, dans beaucoup de pays, un obstacle majeur à l'expansion des services intégraux de santé génésique et sexuelle et à une meilleure qualité des soins. Les problèmes sont notamment une grave pénurie de personnel, le manque de qualification, le roulement rapide et le départ des agents qualifiés, l'utilisation et l'affectation peu rationnelles du

personnel en place. La mauvaise performance et le roulement fréquent des professionnels de la santé viennent essentiellement de ce que les salaires sont bas ou ne sont pas toujours versés et de ce que la formation, l'encadrement et les conditions de travail sont médiocres. Une planification stratégique permettant de former et de fidéliser un personnel de santé compétent, par exemple des accoucheuses qualifiées, est indispensable pour améliorer les soins de santé génésique et sexuelle.

30. Outre les difficultés d'accès aux services de santé en général que connaissent les pauvres et les personnes défavorisées en raison de l'éloignement, du manque de transports, du coût des services et de conditions discriminatoires, la santé génésique présente des difficultés particulières dues à des facteurs socioculturels comme les tabous qui entourent la procréation et la sexualité, le peu de pouvoir qu'ont les femmes dans ce domaine, le peu d'importance accordé à leur santé et l'attitude négative ou moralisatrice des membres de la famille et des prestataires de soins de santé. Un examen global des croyances, des attitudes et des valeurs par les communautés et les prestataires locaux est un bon point de départ pour surmonter ces obstacles fondamentaux.

31. Ces deux dernières décennies, la santé génésique a fait des progrès grâce à la mise au point de technologies pouvant sauver des vies et à l'adoption de pratiques cliniques et programmatiques efficaces. Cependant, malgré l'existence de bases de données électroniques et d'outils interactifs, de nombreux systèmes de santé et prestataires de services accèdent difficilement ou n'ont pas accès du tout aux nouvelles informations. Bien souvent, les projets pilotes qui ont fait leurs preuves dans de nombreux pays, y compris ceux qui font appel à de nouvelles technologies et aux meilleures pratiques, ne sont pas appliqués à grande échelle. Faute d'une planification stratégique fondée sur des données qualitatives et quantitatives adéquates, les raisons pour lesquelles les services sont de qualité médiocre et difficilement accessibles ou peu utilisés ne sont pas entièrement élucidées.

32. Dans certains pays, la législation, la politique et la réglementation peuvent bloquer l'accès aux services (en interdisant par exemple la contraception aux personnes non mariées), restreindre inutilement le rôle du personnel de santé (en interdisant par exemple aux sages-femmes d'effectuer des actes salvateurs tels que le retrait du placenta), empêcher d'assurer certains services (comme l'octroi sans ordonnance d'une contraception d'urgence) ou limiter l'importation de certains médicaments et technologies essentiels. La levée de telles barrières faciliterait grandement l'accès aux services.

II. LA STRATEGIE POUR ACCELERER LES PROGRES

33. La stratégie est destinée d'une manière générale à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs internationaux de santé génésique pour, à terme, assurer à tous le meilleur état de santé génésique et sexuelle possible.

Principe directeur : les droits de l'homme

34. La stratégie de l'OMS pour accélérer les progrès s'appuie sur les instruments internationaux et les déclarations reflétant un consensus mondial qui ont trait aux droits de l'homme et qui reconnaissent notamment le droit de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ; le droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations et des moyens nécessaires pour ce faire ; le droit des femmes d'avoir prise sur leur sexualité et de prendre des décisions libres et responsables en matière de santé génésique et sexuelle, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence ; le même droit pour les hommes et pour les femmes de choisir leur époux ou leur épouse et de ne se marier que s'ils y consentent librement et pleinement ; le droit d'accéder à l'information sanitaire pertinente ; et le droit de tout un chacun de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications. Pour que ces droits soient

respectés, les politiques, programmes et interventions doivent promouvoir l'égalité des sexes, donner la priorité aux populations ou groupes de population pauvres et mal desservis, en particulier les adolescents, et aider tout spécialement les pays les plus touchés par les problèmes de santé génésique et sexuelle.

Eléments fondamentaux de la santé génésique et sexuelle

35. La santé génésique et sexuelle se compose de cinq éléments fondamentaux : améliorer les soins prénatals, les soins périnatals, les soins du post-partum et les soins au nouveau-né ; assurer des services de planification familiale de grande qualité, y compris contre la stérilité ; éliminer le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ; combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col utérin et d'autres affections gynécologiques ; et promouvoir la santé sexuelle. Les différents éléments de la santé génésique et sexuelle étant étroitement liés entre eux, il est probable que les interventions entreprises dans un domaine auront des retombées positives sur les autres. Il est indispensable que les pays renforcent les services existants et s'en servent comme point d'accès pour appliquer de nouvelles interventions en veillant à ce que la synergie soit maximale.

36. Dans la plupart des pays, le principal point d'accès aux soins est l'ensemble des services assurés pendant la période prénatale, à l'accouchement et pendant le post-partum, prestations qui sont au centre des soins de santé primaires. Pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles, ainsi que la mortalité périnatale, il faut que chaque accouchement soit pratiqué par un personnel qualifié et que des soins obstétricaux d'urgence complets soient prodigués en cas de complications. Ces services exigent des systèmes d'orientation-recours efficaces afin d'assurer la communication et le transport entre les différents lieux où sont fournies les prestations. Les services de santé maternelle offrent une occasion précieuse de dispenser aux femmes des services de planification familiale. Ils sont également un excellent moyen de proposer aux femmes des services de prévention, de conseil, de dépistage et de traitement de l'infection à VIH, ainsi que de prévenir la transmission du VIH pendant la grossesse et l'accouchement ou à travers l'allaitement. Ce sont même les seuls services à pouvoir dispenser efficacement ces interventions. Ces différents points sont abordés de manière plus détaillée dans la stratégie OMS pour une grossesse à moindre risque.

37. En tant que cause évitable de mortalité et de morbidité maternelles, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité doit être pris en compte dans le cadre de l'objectif du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et d'autres objectifs et cibles de développement internationaux. Plusieurs mesures d'urgence doivent être prises, y compris pour renforcer les services de planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées et, dans la mesure autorisée par la loi, pour rendre les services disponibles et accessibles. Toujours dans la mesure autorisée par la loi, pour qu'une interruption de grossesse puisse être réalisée dans de bonnes conditions de sécurité, il convient de former les dispensateurs de services aux techniques modernes et de leur fournir les médicaments et fournitures nécessaires, techniques et matériels qui devraient être mis à disposition pour les soins gynécologiques et obstétricaux ; il faudrait également apporter un soutien social et d'autres formes d'aide aux femmes en cas de grossesse non désirée et, dans la mesure autorisée par la loi, proposer des services d'interruption de grossesse au niveau des soins de santé primaires. Pour les femmes qui souffrent de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, un traitement rapide et humain dans le cadre des soins consécutifs à un avortement doit pouvoir être proposé.

38. La forte augmentation du recours à la contraception dans les pays en développement depuis 20 à 30 ans témoigne du succès des programmes de planification familiale dans la plupart des pays. Ces programmes sont un élément essentiel des services visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales, car ils permettent aux femmes de reporter leurs grossesses, de les espacer

ou d'en limiter le nombre. Ces services étant directement liés à l'issue des relations sexuelles, ils sont particulièrement bien placés pour promouvoir la santé sexuelle et les efforts visant à prévenir les infections sexuellement transmissibles et la transmission du VIH.

39. Les infections sexuellement transmissibles sont parfois diagnostiquées et soignées par les pharmaciens, les vendeurs de médicaments ou les guérisseurs traditionnels, souvent mal. Différentes tentatives ont été faites pour atteindre les femmes en intégrant le traitement des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé maternelle et infantile et/ou de planification familiale existants, mais avec un succès mitigé. Néanmoins, l'expérience montre que l'intégration de la prévention des infections sexuellement transmissibles dans les services de planification familiale, surtout par le conseil et les entretiens au sujet de la sexualité et des relations avec le partenaire, s'est traduite par une plus grande utilisation des services et une amélioration de la qualité des soins. Ces projets pourraient être développés et améliorés afin d'élargir la couverture et de toucher également les hommes, les jeunes et d'autres groupes qui n'étaient pas précédemment visés par la planification familiale. En outre, le traitement présomptif chez les groupes à haut risque et les programmes complets, à base communautaire, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pourraient largement contribuer à la réduction des taux de transmission du VIH.

40. Les avantages supplémentaires que pourrait apporter un renforcement des services de santé génésique sont nombreux : une attention accrue portée à la violence à l'égard des femmes, problème actuellement traité dans divers contextes nationaux, par exemple en proposant une contraception d'urgence, une interruption de grossesse (dans la mesure autorisée par la loi) si elle est demandée, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la prophylaxie postexposition de l'infection à VIH à la suite d'un viol, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, la prévention de la stérilité primaire et secondaire et le traitement des affections gynécologiques. Des services de santé génésique et sexuelle bien conçus et dispensés de manière efficace, notamment en s'appuyant sur la participation de la communauté, peuvent également contribuer à améliorer les relations entre clients et dispensateurs, élargir la participation des hommes, et aider les femmes à faire des choix en matière de reproduction.

41. Tous les services de santé génésique et sexuelle ont un rôle essentiel à jouer en fournissant des informations et en dispensant des conseils en vue de promouvoir la santé sexuelle. Des informations appropriées peuvent également contribuer à une meilleure communication entre partenaires et à une prise de décision plus saine en matière de sexualité, qui peut passer par l'abstinence ou l'utilisation de préservatifs.

Mesures à prendre

42. L'OMS propose les principaux domaines d'action suivants aux pays et entend soutenir les Etats Membres pour qu'ils développent et renforcent leurs moyens afin d'améliorer la santé génésique et sexuelle. Chaque pays devra recenser les problèmes, définir les priorités et élaborer des stratégies en vue de mener une action accélérée suivant un processus de consultation auquel prennent part tous les intéressés. Les cinq principales mesures sont les suivantes : renforcer les capacités des systèmes de santé, améliorer l'information pour définir les priorités, mobiliser la volonté politique, créer des cadres législatifs et réglementaires propices et développer la surveillance, l'évaluation et la responsabilité.

Renforcer les capacités des systèmes de santé

43. L'une des conditions préalables à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la survie de la mère et de l'enfant et au VIH/SIDA ainsi que des objectifs plus généraux en matière de santé génésique et sexuelle est l'existence d'un système de soins

de santé essentiels qui fonctionnent correctement aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Dans certains pays, la capacité des services de santé de base devra être sensiblement renforcée pour leur permettre d'assurer toute la gamme des prestations de santé génésique et sexuelle essentielles. La planification dans ce domaine au niveau national devra porter sur des mécanismes de financement durables, les ressources humaines, la qualité de la prestation de services et l'utilisation des services.

44. **Mécanismes de financement durables.** L'importance capitale des besoins en matière de santé génésique et sexuelle doit être prise en compte lors de l'élaboration de stratégies et de plans nationaux du secteur de la santé. Les réformes du secteur de la santé et les initiatives connexes telles que les approches sectorielles du financement par des donateurs ont été encouragées comme moyen de renforcer les systèmes de santé. La tâche consiste à faire en sorte que ces initiatives et les autres mécanismes de financement favorisent la qualité et l'exhaustivité des services de santé génésique et sexuelle et l'accès universel.

45. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) placer la santé génésique et sexuelle au centre des processus nationaux d'élaboration de stratégies et de planification, y compris les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté et les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays ;
- 2) faire en sorte que la santé génésique et sexuelle soit convenablement prise en compte dans les plans nationaux du secteur de la santé, y compris dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », les propositions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et autres initiatives pertinentes ;
- 3) privilégier la santé génésique et sexuelle dans les ensembles de services essentiels prévus par les réformes du secteur de la santé et les approches sectorielles ; et
- 4) lorsque de nouveaux mécanismes de financement sont mis en place, tels que le partage des coûts, prévoir des moyens qui facilitent l'accès des adolescents, des pauvres et autres groupes défavorisés aux services, suivre les effets de ces politiques et les adapter à la situation locale.

46. **Ressources humaines.** Il est indispensable, pour améliorer la santé et les soins de santé en général, de savoir former, recruter, affecter et fidéliser un personnel de santé qualifié. De nombreuses interventions essentielles en matière de santé génésique et sexuelle peuvent être menées par des professionnels de niveau intermédiaire et du personnel paramédical. Le problème est de déterminer quels doivent être les effectifs d'agents de santé, leurs compétences et quelle formation ils doivent suivre pour assurer au mieux les services jugés prioritaires. Les agents de santé devront bénéficier de conditions leur permettant de réaliser pleinement leur potentiel et les incitant à travailler avec tous les groupes de population, y compris les plus pauvres.

47. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) déterminer, à tous les niveaux, les besoins essentiels en nombre et la répartition des agents de santé ainsi que les compétences nécessaires pour effectuer les interventions jugées prioritaires en matière de santé génésique et sexuelle ;
- 2) évaluer et améliorer le milieu de travail, les conditions d'emploi et l'encadrement ;
- 3) élaborer une stratégie destinée à motiver et à fidéliser le personnel qualifié ; et

- 4) promouvoir des politiques qui permettent aux agents de santé d'utiliser pleinement leurs compétences.

48. **Qualité de la prestation de services.** Les méthodes de pointe appliquées dans les hôpitaux universitaires et les projets particuliers ne sont pas toujours adoptés ou reproduits dans l'ensemble du système, ce qui fait que la performance générale reste médiocre et que des inégalités persistent en matière de qualité et d'accès. Dans le cadre de la décentralisation de la planification et des responsabilités associée aux réformes du secteur de la santé, il convient de veiller particulièrement à faciliter l'adoption de bonnes pratiques à l'échelle du système. Des systèmes logistiques permettant un approvisionnement ininterrompu en produits essentiels doivent être mis sur pied.

49. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) effectuer une planification stratégique, en y associant les professionnels de la santé et les administrateurs, évaluer la qualité des soins et déterminer quel serait le meilleur moyen d'améliorer la qualité compte tenu des ressources disponibles ;
- 2) concevoir et mettre à l'épreuve des stratégies visant à élargir les interventions d'efficacité avérée ;
- 3) élaborer et adopter des normes de pratiques cliniques dans les secteurs public et privé et en contrôler l'application ;
- 4) recruter des partenaires parmi les organisations non gouvernementales et dans les secteurs privé et commercial afin d'accroître la disponibilité et l'utilisation des services de santé génésique ; et
- 5) promouvoir la mise en commun des expériences à l'intérieur des pays et entre eux.

50. **Utilisation des services.** Même lorsque les services de santé existent, il y a de nombreuses raisons – sociales, économiques et culturelles – qui font que les gens ne les utilisent pas toujours, en particulier en ce qui concerne la santé génésique et sexuelle. Pour repérer et surmonter les obstacles, il faut travailler avec les femmes, les jeunes et d'autres groupes communautaires afin de mieux comprendre leurs besoins, analyser les problèmes et trouver des solutions acceptables.

51. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) entreprendre des travaux de recherche sociale et opérationnelle afin de recenser les obstacles à l'utilisation des services, de mettre au point et de tester des mesures pour les surmonter ; et
- 2) utiliser des méthodes fondées sur la participation pour travailler avec les communautés, les institutions du secteur public et du secteur privé et les organisations non gouvernementales afin de surmonter ces obstacles et de promouvoir une utilisation appropriée des services disponibles.

Améliorer l'information pour définir les priorités

52. Il faut analyser les données épidémiologiques et les données relatives aux sciences sociales pour mieux connaître le type, la gravité et la répartition des problèmes de santé génésique et sexuelle et l'exposition aux risques dans la population, interpréter la dynamique qui est à l'origine de ces

problèmes de santé et mettre en lumière les liens entre ceux-ci et la pauvreté, la vulnérabilité sociale ou l'appartenance sexuelle. Une collecte et une analyse améliorées des données, y compris des informations sur les coûts et la rentabilité, sont indispensables pour choisir entre des priorités d'action concurrentes et axer les interventions du système de santé sur les domaines les plus susceptibles d'apporter un réel progrès dans la limite des ressources disponibles.

53. Le processus de définition des priorités sur la base de données de qualité doit toutefois impliquer les multiples parties prenantes, qui vont des pouvoirs publics aux organismes bilatéraux et multilatéraux en passant par les associations professionnelles, les groupements de femmes et autres secteurs de la société civile. Rassembler ces partenaires, qui ont des points de vue différents, aidera à dégager un large consensus, favorisera la collaboration et accroîtra les chances de réussite des interventions. Les différentes parties prenantes doivent soigneusement peser le rapport coût/efficacité, d'une part, et l'équité, d'autre part, et prendre en considération la nécessité d'investir davantage pour pouvoir atteindre les groupes les plus pauvres ou autres groupes sous-desservis.

54. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) développer les capacités de collecte et d'analyse des données sur l'état de santé et ses déterminants ainsi que sur le fonctionnement des services de santé au niveau local, au niveau des districts et au niveau national ; et
- 2) fixer les priorités sur la base de données, après consultation des différentes parties prenantes, et en veillant toujours à assurer un accès équitable, notamment pour les groupes pauvres et autres groupes sous-desservis.

Mobiliser la volonté politique

55. Le fait de créer un environnement dynamique par un soutien résolu aux niveaux local, national et international des initiatives de santé génésique et sexuelle reposant sur les droits aidera à vaincre l'inertie, à galvaniser les investissements, à assurer une qualité élevée et à instaurer des mécanismes qui permettent de rendre compte des performances. Cela exige la participation non seulement des ministères de la santé, mais également des ministères des finances, de l'éducation et sans doute d'autres secteurs et de leurs homologues aux niveaux local et des districts. L'engagement politique et l'action de sensibilisation doivent être suffisamment solides pour soutenir des politiques et des programmes valables, en particulier en faveur des groupes sous-desservis.

56. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) mobiliser un appui solide en faveur des investissements dans la santé génésique et sexuelle en faisant valoir les avantages pour la santé publique et sur le plan des droits de l'homme ;
- 2) mobiliser les principales parties prenantes (par exemple des professionnels de la santé, des juristes, des associations de défense des droits de l'homme, des associations de femmes, des ministères, des dirigeants et partis politiques, des chefs religieux et communautaires) afin de soutenir un programme d'action national en matière de santé génésique et sexuelle et utiliser de façon concertée les médias ; et
- 3) réunir des arguments solides, fondés sur des données factuelles, en faveur de l'investissement stratégique dans la santé génésique et sexuelle et les droits des adolescents, et inscrire ces questions en bonne place dans le programme d'action national ; diffuser des

informations sur la nature, les causes et les conséquences des problèmes de santé génésique des adolescents et leurs besoins, notamment leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les grossesses non désirées, l'avortement à risque, le mariage ou les grossesses précoces, et la violence ou la coercition sexuelle, aussi bien dans le mariage que hors mariage.

Créer des cadres législatifs et réglementaires propices

57. La levée de restrictions inutiles dans les politiques et les réglementations, afin de créer un cadre favorable à la santé génésique et sexuelle, devrait contribuer sensiblement à améliorer l'accès aux services.

58. Des réglementations sont nécessaires pour que les produits (médicaments, matériel et fournitures) soient mis à disposition de manière régulière et équitable et soient conformes à des normes de qualité internationales. En outre, un environnement réglementaire efficace s'impose pour assurer la responsabilité des secteurs public et privé dans la fourniture de soins de qualité à l'ensemble de la population.

59. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) passer en revue les lois et les politiques et, si nécessaire, les modifier afin qu'elles favorisent un accès universel et équitable aux services ainsi qu'à l'éducation et à l'information en matière de santé génésique et sexuelle ;
- 2) veiller à ce qu'il existe des réglementations et des normes garantissant que les produits nécessaires, conformes à des normes internationales de qualité, sont disponibles de manière régulière et équitable ; et
- 3) fixer des normes de performance et mettre au point des mécanismes de surveillance et de responsabilité s'agissant de la fourniture des services ainsi que de la collaboration et de l'action complémentaire entre les secteurs public, privé et non gouvernemental.

Développer la surveillance, l'évaluation et la responsabilité

60. La surveillance et l'évaluation sont essentielles pour déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et pourquoi. Elles peuvent également révéler une évolution des besoins ou des effets inattendus, positifs ou négatifs.

61. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) établir, ou les renforcer s'ils existent déjà, des mécanismes de surveillance et d'évaluation fondés sur un plan clair définissant les résultats à obtenir, comment et dans quels délais, et un ensemble d'indicateurs précis reposant sur des données de base solides ;

2) suivre les réformes engagées dans le secteur de la santé, les approches sectorielles et la mise en oeuvre d'autres mécanismes de financement, tels que les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté, le partage des coûts ou le soutien budgétaire direct, afin de veiller à ce qu'ils profitent aux pauvres et aux autres groupes socialement ou économiquement marginalisés et contribuent à renforcer les services de santé génésique et sexuelle à tous les niveaux ; et

3) mettre au point des mécanismes (comités locaux ou réunions communautaires, par exemple) pour accroître la responsabilité au niveau des établissements et des districts.

Engagement de l'OMS en faveur de la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé génésique

62. Dans tous les domaines d'action susmentionnés, l'OMS continuera d'apporter une assistance technique aux pays et développera celle-ci :

- en soutenant la recherche orientée sur l'action et le renforcement des capacités de recherche ;
- en rationalisant et ciblant soigneusement des normes fondées sur des données factuelles ;
- en menant une action de sensibilisation mondiale aux questions de santé génésique et sexuelle.

63. Toutes ces activités prendront systématiquement en compte la question de l'équité, y compris l'équité entre les sexes, qui sera promue, de même que la dimension droits de l'homme en matière de santé génésique et sexuelle.

64. Au niveau mondial, l'OMS :

1) redoublera d'efforts pour mettre en oeuvre l'initiative Pour une grossesse à moindre risque en tant qu'élément prioritaire de la stratégie pour la santé génésique et sexuelle, en particulier dans les pays où la mortalité maternelle est la plus élevée ;

2) continuera à renforcer ses partenariats avec d'autres organisations du système des Nations Unies (en particulier l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA), la Banque mondiale, les associations de professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et d'autres partenaires afin d'assurer une collaboration et une action coordonnée entre tous les partenaires. Le nouveau partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né, qui sera basé à l'OMS, jouera un rôle essentiel à cet égard ;

3) s'attachera à promouvoir et à renforcer les services de santé génésique et sexuelle comme base de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, en particulier à travers la planification familiale ; les soins prénatals et les soins lors de l'accouchement et du post-partum ; la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque ; et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'OMS veillera également à ce que la santé génésique et sexuelle soit prise en compte en renforçant la collaboration avec d'autres programmes clés de santé publique, y compris la vaccination, la nutrition, la prévention et le traitement du paludisme et de la tuberculose, notamment chez la femme enceinte ; et

4) garantira la transparence grâce à un processus de compte rendu des progrès accomplis en matière de santé génésique et sexuelle dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
