

## **ANNEXES**



## ANNEXE 1

# **Politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement<sup>1</sup>**

[A63/44, annexe – 22 avril 2010  
et A63/44 Corr.1 – 13 mai 2010]

1. Dans le présent document figure la politique de l'OMS qui offre un cadre pour que l'Organisation puisse évaluer les possibilités de participer à différents types de partenariat pour la santé et à arrêter une décision à ce sujet ; il fournit également des paramètres précis à appliquer lorsque l'Organisation accepte d'héberger un partenariat formel.
2. L'ensemble de critères définis plus loin a pour but d'aider l'OMS à décider quand et comment participer à des partenariats et comment mettre en place cette participation, la revoir ou y mettre fin. D'une manière générale, l'OMS est favorable aux mécanismes internes qui facilitent la collaboration sans faire appel à des structures de gouvernance distinctes.
3. Le nombre de partenariats mondiaux, d'initiatives et d'autres formes de collaboration pour la santé augmente de façon constante depuis dix ans. Le terme « partenariat » est utilisé dans un sens générique pour décrire diverses structures et relations organiques, aussi bien à l'intérieur de l'OMS qu'à l'extérieur, pour promouvoir la collaboration dans le but d'améliorer les résultats sanitaires ; il peut s'agir d'entités légalement constituées s'administrant elles-mêmes, voire de modes de collaboration plus simples entre différents partenaires. Divers termes, comme « partenariat », « alliance », « réseau », « programme », « collaboration à des projets », « campagne conjointe » et « groupe spécial », peuvent être utilisés pour désigner ces partenariats ; ces termes, cependant, ne désignent pas différentes catégories de partenariats.
4. À titre d'exemple, on citera parmi les différents partenariats des entités légalement constituées, extérieures à l'OMS (le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI, l'Opération nouveaux médicaments antipaludiques), et des partenariats non dotés de la personnalité morale, intérieurs à l'OMS, ayant leur propre structure de gouvernance (le Partenariat Halte à la tuberculose, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le Partenariat Faire reculer le paludisme, UNITAID, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et le Réseau de métrologie sanitaire).
5. Dans le cadre de ses fonctions essentielles, l'OMS gère un certain nombre d'initiatives de collaboration qui sont entièrement placées sous son autorité et sa responsabilité, pour lesquelles il n'existe aucune modalité de gouvernance propre et qui ont pour but de fournir un moyen de collaborer avec des partenaires multiples. On citera notamment des réseaux, programmes, groupes spéciaux et des collaborations à des projets tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le Réseau mondial de lutte contre les maladies non transmissibles, le Programme d'éradication du ver de

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.10.

Guinée, le Projet de vaccins contre la méningite, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra.

### **Définition**

6. Aux fins de la présente politique, on entend par « partenariats formels » les partenariats qui sont dotés ou non de la personnalité juridique mais qui ont leur propre structure de direction (par exemple un conseil ou un comité directeur) qui prend des décisions concernant les orientations, les plans de travail et les budgets. L'OMS héberge actuellement plusieurs partenariats de ce type, qui n'ont pas été constitués en tant qu'entités juridiques. Le processus décisionnel de l'OMS concernant la participation à des partenariats, décrit ci-après, s'applique à tous les partenariats, qu'ils soient extérieurs ou non à l'Organisation.

### **Critères applicables à la participation de l'OMS à un partenariat**

7. Dans toutes les situations où le Secrétariat juge nécessaire de participer à un partenariat ou y est invité, il utilisera un arbre de décision (voir l'appendice) fondé sur les critères définis ci-après pour examiner ces demandes et recenser les différentes solutions, selon les besoins. Ce principe s'applique à toutes les formes de partenariats, que l'OMS les héberge ou non, et à ceux qu'elle n'héberge pas mais dont elle souhaite être partenaire à un niveau technique ou y est invitée.

8. Les critères définis ci-après seront utilisés pour évaluer les futurs partenariats et régiront les relations avec les partenariats formels existants :

a) **Il est démontré que le partenariat apporte une nette valeur ajoutée dans le domaine de la santé publique**, car il permet de mobiliser les partenaires, les connaissances et les ressources et de créer une synergie pour atteindre un objectif de santé publique qui, sans cela, n'aurait pas été atteint dans la même mesure.

b) **Le partenariat a un objectif bien défini qui concerne un domaine prioritaire pour l'OMS** énoncé dans les objectifs stratégiques de l'OMS, et pour lequel un calendrier réaliste est prévu. La participation de l'OMS devrait représenter un prolongement de ses fonctions essentielles, de ses politiques et de ses atouts par rapport à d'autres organisations, et renforcer la qualité et l'intégrité de ses programmes et de ses activités.

c) **Le partenariat se conforme aux normes et critères techniques** établis par l'OMS.

d) **Le partenariat soutient les objectifs nationaux de développement.** Lorsqu'un partenariat est actif sur le plan national et cherche à favoriser le renforcement des capacités des pays, la participation de l'OMS devrait aider à harmoniser les efforts et à réduire ainsi la charge administrative globale pour les pays.

e) **Le partenariat garantit une participation adéquate et appropriée de toutes les parties intéressées.** Les objectifs convenus du partenariat sont garantis par la participation active de toutes les parties intéressées (y compris, selon le cas, les bénéficiaires, la société civile et le secteur privé) et le respect de leurs mandats respectifs. Les partenariats peuvent bénéficier, le cas échéant, de la contribution d'organisations et d'organismes extérieurs au secteur traditionnel de la santé publique.

f) **Les rôles des partenaires sont clairement définis.** Pour que l'OMS participe à un partenariat, celui-ci doit énoncer clairement les atouts des partenaires et éviter le chevauchement des activités et la mise en place de systèmes parallèles.

g) **Le coût des transactions liées à un partenariat doit être évalué, de même que ses avantages et risques potentiels.** La charge de travail supplémentaire attendue pour l'OMS (à tous les niveaux) devra être évaluée et quantifiée.

h) **La poursuite de l'objectif de santé publique prend le pas sur les intérêts particuliers des participants.** Il convient de définir les risques et les responsabilités découlant des partenariats public-privé et de les prendre en compte en mettant en place et en appliquant des garanties qui recouvrent des dispositions relatives aux conflits d'intérêts. Le partenariat est doté de mécanismes visant à gérer ces conflits. Chaque fois que l'on envisage un partenariat potentiel avec des entreprises commerciales à but lucratif, les conflits d'intérêts éventuels sont pris en considération dans la conception et la structure même de ce partenariat.

i) **La structure du partenariat correspond aux fonctions proposées.** La conception de la structure du partenariat devrait correspondre à ses fonctions. Par exemple, les partenariats qui comportent un élément de financement important devront peut-être être dotés d'une structure de gouvernance plus formelle, assortie d'une obligation claire de justifier les décisions en matière de financement. Ceux qui ont surtout un rôle de coordination pourraient fonctionner efficacement sans structure de gouvernance formelle. Les réseaux axés sur des activités particulières peuvent s'avérer très efficaces et efficaces pour atteindre les objectifs du partenariat avec un maximum de flexibilité et peuvent permettre de réduire les coûts des transactions souvent associés à des structures et des mécanismes de gouvernance formels.

j) **Le partenariat est doté d'un mécanisme d'évaluation et/ou d'autosurveillance indépendant et extérieur.** Le calendrier, la finalité, les objectifs, la structure et le fonctionnement d'un partenariat seront régulièrement passés en revue et, le cas échéant, modifiés. Les critères applicables à la modification ou la cessation d'un partenariat seront présentés avec clarté, de même que les modalités de transition envisagées.

## **Modalités d'hébergement**

9. Dans certains cas, l'OMS accepte d'héberger un partenariat formel sans personnalité morale distincte. Le fait d'héberger un partenariat devrait être considéré comme une disposition exceptionnelle qui doit être dans l'intérêt supérieur de toutes les parties.

10. Pour les partenariats formels hébergés par l'OMS, il est primordial de veiller à ce que le mandat global du partenariat et les modalités d'hébergement soient conformes au mandat et aux principes définis dans la Constitution de l'Organisation et ne représentent pas pour elle une charge additionnelle ; il faut également s'assurer que le coût des transactions pour l'OMS est réduit au minimum, que le partenariat apporte une valeur ajoutée aux travaux de l'Organisation et qu'il respecte son cadre de responsabilité.

11. La décision de l'OMS d'héberger un partenariat formel dépend avant tout de sa participation à ce partenariat en tant que collaborateur stratégique et technique. Plus important encore, l'OMS doit être membre du comité directeur du partenariat et y participer pleinement. Le partenariat doit également reconnaître le mandat et les fonctions essentielles de l'OMS, être en harmonie avec eux et les compléter, sans chevauchement ou concurrence.

12. L'OMS veillera à ce que le fait d'héberger le partenariat et d'assurer pour lui les fonctions de secrétariat soit compatible avec le cadre de responsabilité<sup>1</sup> de l'Organisation et son mode de fonctionnement (dans le domaine politique, juridique, financier et administratif et en matière de communication) et à ce que le nom, l'image et la réputation de l'OMS soient protégés. L'examen et l'application des modalités d'hébergement seront conformes à la Constitution, au Règlement financier et Règles de Gestion financière, au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel de l'OMS, ainsi qu'aux règles administratives et autres règles pertinentes de l'Organisation (« règles de l'OMS »). Si l'OMS héberge un partenariat, les activités du secrétariat de ce partenariat doivent à tous égards être administrées conformément aux règles de l'OMS.

13. Le fait d'héberger un partenariat va au-delà de la simple fourniture de services administratifs. Le secrétariat d'un partenariat fait partie du Secrétariat de l'OMS et, en tant que tel, a la même identité juridique et le même statut juridique que l'Organisation. En particulier, les membres du personnel du partenariat jouiront, en tant que fonctionnaires de l'OMS, des privilèges et immunités applicables dans l'exercice de leurs fonctions. À cette fin, il est essentiel que les fonctions du secrétariat fassent partie des fonctions de l'OMS et soient considérées comme telles. Cet aspect revêt une importance particulière pour la Suisse, pays hôte du Siège de l'OMS, qui a offert à l'Organisation et à son personnel des privilèges, des immunités et des facilités pour l'exécution de son mandat constitutionnel. Pour respecter l'accord de Siège conclu entre l'OMS et le Conseil fédéral suisse, les fonctions du secrétariat du partenariat doivent faire partie des fonctions générales de l'OMS et ne peuvent pas être considérées comme distinctes. Le Directeur général consultera les autorités suisses lorsque l'Organisation envisagera d'héberger des partenariats formels.

14. Le Directeur général soumettra au Conseil exécutif pour examen et décision toutes propositions relatives à l'hébergement de partenariats formels par l'OMS.

### **Ressources humaines**

15. Si l'organe directeur du partenariat détermine d'ordinaire la structure et les tâches spécifiques de son secrétariat, le personnel de ce secrétariat est choisi, géré et évalué conformément aux règles de l'OMS. Les membres du personnel du secrétariat de ce partenariat seront recrutés uniquement en vue d'exercer des fonctions au sein de ce secrétariat.

16. Pour ce qui est du chef du secrétariat d'un partenariat, il ou elle sera nommé(e) par le Directeur général conformément au Statut du Personnel, au Règlement du Personnel et aux procédures de sélection de l'OMS, et en consultation avec l'organe directeur du partenariat. De même, les compétences du chef du secrétariat du partenariat seront évaluées à l'aide du système OMS de gestion et de développement des services du personnel, l'organe directeur du partenariat ayant la possibilité de faire remonter des informations à son sujet.

### **Gestion des programmes et gestion financière**

17. Les partenariats formels pour lesquels le rôle de l'OMS en matière de gouvernance et de planification stratégique et opérationnelle *n'est pas* exclusif ne figureront pas dans le budget programme. Cette approche permet de faire la distinction entre les partenariats formels et les

---

<sup>1</sup> Et notamment l'article 37 de la Constitution de l'OMS, qui est libellé comme suit : « Dans l'exercice de leurs fonctions, le Directeur général et le personnel ne devront solliciter ou recevoir d'instructions d'aucun gouvernement ou d'aucune autorité étrangère à l'Organisation. Ils s'abstiendront de toute action qui puisse porter atteinte à leur situation de fonctionnaires internationaux. Chaque État Membre de l'Organisation s'engage, de son côté, à respecter le caractère exclusivement international du Directeur général et du personnel et à ne pas chercher à les influencer. ».

programmes de l'OMS. Des comptes distincts sont établis pour chaque partenariat pour pouvoir comptabiliser les recettes et les dépenses pertinentes et en rendre compte en les dissociant des comptes de l'OMS. L'OMS investira tout solde de trésorerie ou équivalent de trésorerie disponible conformément à ses propres règles et règlement aux fins du partenariat. Bien que ces partenariats ne figurent pas dans le budget programme, leurs activités doivent générer des synergies avec les objectifs stratégiques correspondants de l'OMS.

18. Quelle que soit la situation en ce qui concerne le budget programme, tous les paiements effectués à partir des comptes du partenariat doivent être conformes au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière de l'OMS pour permettre un suivi approprié de la responsabilité financière des bénéficiaires de subventions et autres bénéficiaires ainsi que des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs des programmes.

19. S'agissant de la gestion financière des partenariats formels qui ne sont pas inclus dans le budget programme, le secrétariat de ces partenariats devra établir des états financiers distincts pour les recettes et les dépenses, qui seront certifiés par le Bureau du chef comptable de l'OMS et soumis tous les ans à l'organe directeur du partenariat. Ces états financiers devront normalement faire l'objet d'une vérification distincte du Commissaire aux Comptes de l'OMS. En outre, tous les partenariats seront soumis à une vérification intérieure des comptes conformément au Règlement financier, aux Règles de Gestion financière et à la pratique de l'OMS. Avant de choisir un nouveau chef pour le secrétariat d'un partenariat, le Directeur général peut demander que l'on procède à une vérification intérieure des comptes du partenariat.

20. On note toutefois une exception à ce qui précède ; il existe en effet un petit nombre de partenariats formels pour lesquels le rôle de l'OMS en matière de gouvernance n'est pas exclusif, mais qui contribuent directement et pleinement à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et des indicateurs définis dans le budget programme. Les activités de ces entités concernent exclusivement les résultats hiérarchisés par l'Organisation et s'y conforment rigoureusement. Ces partenariats figurent dans le budget programme, dans le segment intitulé « Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration ». Dans ce petit groupe de partenariats, il convient en particulier de noter les programmes de recherche établis de longue date dont les activités sont ancrées dans l'action de l'OMS depuis de nombreuses années.<sup>1</sup>

21. Lorsque les programmes de l'OMS prévoient des contributions directes pour soutenir un partenariat hébergé par l'Organisation, ces coûts doivent être inclus dans les résultats escomptés, le budget et les plans de travail correspondants du budget programme de l'OMS.

### **Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts**

22. Chaque partenariat hébergé est chargé de mobiliser des fonds suffisants pour pouvoir fonctionner efficacement, y compris pour couvrir le coût des services de secrétariat et de toutes les activités connexes prévues dans son budget et son plan de travail. L'obligation incombant à l'OMS de mettre en œuvre un aspect particulier du plan de travail du partenariat sera subordonnée à la réception, par l'Organisation, de tous les financements nécessaires. Les partenariats hébergés coordonneront étroitement la mobilisation de ressources avec l'Organisation, et ceux-ci seront tenus d'indemniser l'Organisation pour toutes responsabilités et tous risques financiers auxquels elle devra faire face dans l'exécution de ses fonctions d'hébergement. La collecte de fonds auprès du secteur privé commercial

---

<sup>1</sup> Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

par un partenariat hébergé par l'OMS sera régie par les lignes directrices de l'Organisation concernant les interactions avec les entreprises commerciales.

23. À moins qu'il n'en soit décidé autrement dans les modalités d'hébergement, le montant des dépenses de soutien aux programmes sera remboursé à l'OMS conformément aux décisions de l'Assemblée de la Santé et/ou à la politique interne de l'OMS. Les partenariats hébergés peuvent représenter une lourde charge de travail pour différents secteurs de l'Organisation, y compris au niveau régional et au niveau des pays. L'OMS demandera à être remboursée de toutes les dépenses d'appui administratif et technique engagées dans l'exercice de ses fonctions d'hébergement et la mise en œuvre ou le soutien des activités des partenariats. De même, les partenariats qui peuvent avoir une incidence sur les ressources humaines de l'OMS, au niveau régional et au niveau des pays, doivent prendre en charge les coûts qui s'y rapportent. Les partenariats hébergés par l'OMS seront également tenus au titre des modalités d'hébergement de dédommager l'OMS pour les coûts, dépenses et créances qui lui sont imputés en raison d'activités menées par leur secrétariat.

### **Communications**

24. Pour protéger l'intégrité du partenariat et de l'OMS, le secrétariat du partenariat se conformera aux lignes directrices et procédures administratives de l'Organisation pour ce qui est des communications internes et externes (notamment pour les produits d'information, les publications, les rapports techniques et le matériel de sensibilisation). Les communications officielles entre le secrétariat du partenariat et les États Membres, les bureaux de l'OMS et le personnel se feront par les voies habituelles.

### **Évaluation et « clause d'extinction »**

25. Les modalités entre l'OMS et tous les partenariats qu'elle héberge comporteront une « clause d'évaluation et d'extinction ». En vertu de cette clause, une évaluation sera réalisée avant l'expiration de ces modalités sur la base des résultats du partenariat, de ses relations avec l'OMS, de la persistance des besoins, de l'existence de solutions nouvelles pour favoriser la collaboration ainsi que des attentes à venir. En collaboration avec les partenariats, l'OMS élaborera un cadre de surveillance et d'évaluation à cette fin.

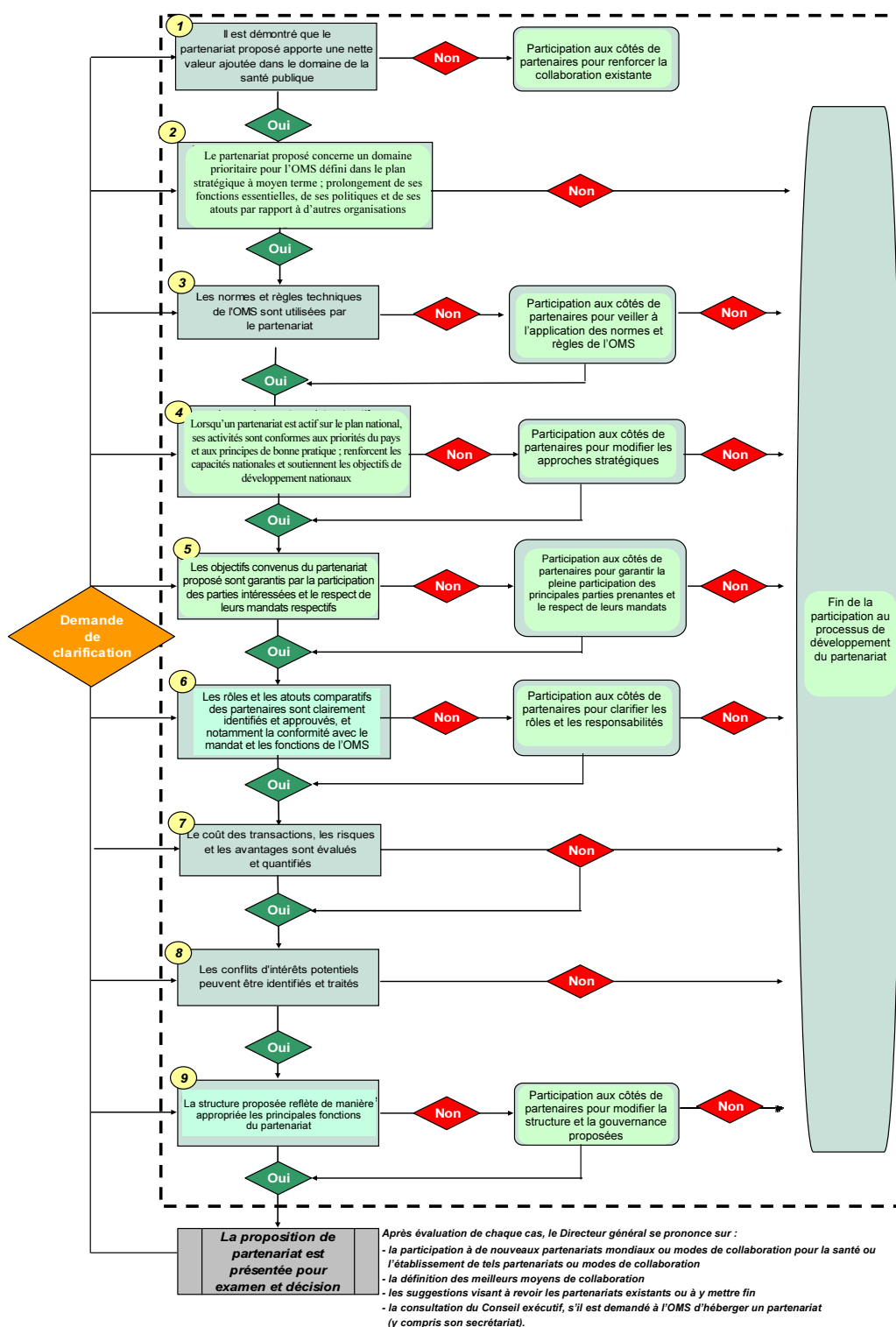
26. À la suite de l'évaluation, l'OMS et le partenariat examineront les résultats de façon à choisir l'une des quatre solutions éventuelles suivantes : 1) proroger les modalités existantes pour une nouvelle période spécifiée ; 2) formuler des recommandations en vue de modifier la structure et/ou les objectifs du partenariat et de réviser les modalités d'hébergement ; 3) intégrer le partenariat dans l'OMS avec des spécifications bien définies de façon à assurer une collaboration large et exhaustive avec les partenaires ; ou 4) dissocier le partenariat de l'OMS.

27. L'application et l'incidence de cette politique seront réexaminées et actualisées de façon périodique.

28. Le Directeur général élaborera des lignes directrices et des procédures pratiques pour la mise en œuvre de la présente politique par le Secrétariat.

## Appendice

## Arbre de décision pour l'évaluation des critères de participation de l'OMS à des partenariats



## ANNEXE 2

# Texte de l'amendement à l'accord entre l'Office international des Épizooties et l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup>

[A63/46 – 22 avril 2010]

### *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 œuvre 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 le réseau de centres et de laboratoires de référence de l'OIE et celui de centres collaborateurs et de laboratoires de référence de l'OMS afin qu'ils soutiennent ensemble les États Membres de l'OMS et les Membres de l'OIE pour les questions présentant un intérêt commun.

4.7 La mise au point conjointe de normes internationales relatives aux aspects pertinents de la production animale qui influent sur la sécurité sanitaire des aliments, en collaboration avec d'autres organismes internationaux concernés.

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.11.

## ANNEXE 3

# Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool<sup>1</sup>

[A63/13 – 25 mars 2010]

### Contexte

1. L'usage nocif de l'alcool<sup>2</sup> a de graves répercussions sur la santé publique et il est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque de morbidité dans le monde. Dans la présente Stratégie, la notion d'usage nocif de l'alcool<sup>3</sup> s'entend au sens large et englobe la consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, ainsi que les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables. L'usage nocif de l'alcool compromet à la fois le développement individuel et le développement social. Il peut détruire des vies, dévaster des familles et endommager le tissu social.

2. L'usage nocif de l'alcool est à l'origine d'une part importante de la charge mondiale de morbidité et se place au troisième rang des facteurs de risque de décès prématuré et d'incapacité à l'échelle mondiale.<sup>4</sup> On estime qu'en 2004, 2,5 millions de personnes dans le monde sont mortes de causes liées à l'alcool, dont 320 000 jeunes âgés de 15 à 29 ans. L'usage nocif de l'alcool était à l'origine de 3,8 % des décès enregistrés dans l'ensemble du monde et représentait 4,5 % de la charge mondiale de morbidité mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité perdues, même si l'on tient compte des effets protecteurs modestes, notamment contre les cardiopathies coronariennes, d'une faible consommation d'alcool chez certaines personnes âgées de 40 ans ou plus.

3. Pourtant évitable, la consommation nocive d'alcool est un important facteur de risque de troubles neuropsychiatriques et d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, la cirrhose du foie et divers cancers. Pour certaines maladies, rien n'indique un effet de seuil dans la relation entre le risque et la quantité d'alcool consommée. L'usage nocif de l'alcool est aussi associé à plusieurs maladies infectieuses comme le VIH/sida, la tuberculose et la pneumonie. Les traumatismes intentionnels et non intentionnels, y compris ceux dus aux accidents de la circulation et à des actes de violence, ainsi que les suicides représentent une part importante de la charge de morbidité

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.13.

<sup>2</sup> Une boisson alcoolisée est un liquide qui contient de l'éthanol (alcool éthylique, couramment appelé « alcool ») et qui est destiné à être bu. Dans la plupart des pays qui ont adopté une définition juridique des boissons alcoolisées, la teneur minimale en éthanol par volume est fixée à 0,5 % ou 1,0 %. Les catégories les plus répandues de boissons alcoolisées sont les bières, les vins et les spiritueux.

<sup>3</sup> Le terme « nocif » employé dans la présente stratégie ne désigne que les effets de la consommation d'alcool sur la santé publique, sans préjuger en rien des croyances religieuses et normes culturelles.

<sup>4</sup> Voir dans le document A60/14 Add.1 le bilan mondial des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool et Organisation mondiale de la Santé. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, 2009.

attribuable à l'usage nocif de l'alcool. Les accidents mortels imputables à l'alcool concernent le plus souvent des personnes relativement jeunes.

4. Le risque d'usage nocif de l'alcool varie en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques biologiques du consommateur et selon le contexte dans lequel la consommation d'alcool a lieu. Certains groupes et individus vulnérables ou à risque sont plus sensibles aux propriétés toxiques, psychoactives et dépendogènes de l'éthanol. Dans un même temps, les modes de consommation présentant peu de risques au niveau individuel ne sont pas nécessairement associés à des conséquences sociales et sanitaires négatives ou à une probabilité nettement accrue que de telles conséquences surviennent.

5. Les responsables politiques disposent d'une base de connaissances scientifiques importante sur l'efficacité et la rentabilité des stratégies et des interventions destinées à prévenir et réduire les méfaits de l'alcool.<sup>1</sup> Même si la plupart des statistiques concernent les pays à haut revenu, les résultats des méta-analyses et des synthèses des données disponibles<sup>2</sup> fournissent suffisamment d'informations pour qu'il soit possible de faire des recommandations d'ordre général sur l'efficacité et la rentabilité comparées de certaines mesures. Grâce à une prise de conscience, l'action s'intensifie aux niveaux national, régional et mondial. Malheureusement, les efforts sont souvent fragmentés et ils ne sont pas toujours proportionnels aux conséquences sur la santé et sur le développement social.

### Enjeux et perspectives

6. La volonté qui se manifeste aujourd'hui de réduire l'usage nocif de l'alcool offre une possibilité importante d'améliorer la santé et le bien-être social et de diminuer la charge de morbidité imputable à l'alcool. Il faut toutefois tenir compte de certains enjeux considérables dans les initiatives et les programmes nationaux et mondiaux, et s'atteler notamment aux tâches suivantes :

a) **Intensifier l'action mondiale et la coopération internationale.** D'après les tendances sanitaires, culturelles et commerciales observées actuellement dans l'ensemble du monde, l'usage nocif de l'alcool restera un problème de santé mondial. Il faut tenir compte de ces tendances et prendre des mesures en conséquence à tous les niveaux, ce qui suppose de donner des orientations au niveau mondial et de développer la collaboration internationale pour soutenir et compléter l'action menée aux niveaux régional et national.

b) **Mener une action intersectorielle.** La diversité des problèmes liés à l'alcool et les mesures visant à réduire les méfaits de l'alcool nécessitent une action globale dans de nombreux secteurs. Les politiques ayant pour but de diminuer l'usage nocif de l'alcool doivent dépasser le secteur de la santé, et faire intervenir judicieusement des secteurs comme ceux du développement, des transports, de la justice, de la protection sociale, de la fiscalité, du commerce, de l'agriculture, de la consommation, de l'éducation et de l'emploi, ainsi que la société civile et les acteurs économiques.

c) **Accorder suffisamment d'importance au problème.** Souvent, les décideurs n'estiment pas hautement prioritaire de prévenir et de réduire l'usage nocif de l'alcool malgré les éléments montrant clairement ses graves répercussions sur la santé publique. De plus, on constate un important déséquilibre entre la tendance à distribuer plus largement et à rendre plus disponibles

---

<sup>1</sup> Voir dans le document A60/14 les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool.

<sup>2</sup> Voir par exemple : OMS, Série de Rapports techniques, N° 944, 2007 et *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2009.

les boissons alcoolisées dans beaucoup de pays en développement et pays à revenu faible ou moyen et la capacité de ceux-ci à supporter la charge supplémentaire qui résulte de cette évolution pour la santé publique. Si l'on n'accorde pas l'importance qu'il mérite à ce problème, les pratiques et les normes de consommation nocives continueront à se généraliser.

d) **Concilier des intérêts différents.** La production, la distribution, la commercialisation et la vente d'alcool créent des emplois, dégagent des bénéfices considérables pour les acteurs économiques et des recettes fiscales tout aussi importantes pour l'État à différents niveaux. Les mesures de santé publique visant à réduire l'usage nocif de l'alcool sont parfois jugées contradictoires avec d'autres aspirations comme le libre-échange ou le choix des consommateurs et peuvent être perçues comme nuisant aux intérêts économiques et diminuant les recettes de l'État. Les responsables politiques ont pour tâche difficile d'accorder suffisamment d'importance à la promotion et à la protection de la santé tout en tenant compte d'autres visées, obligations – y compris les obligations juridiques internationales – et intérêts. On notera à cet égard que les accords commerciaux internationaux reconnaissent généralement le droit des pays de prendre des mesures pour protéger la santé de leur population, pour autant que celles-ci ne soient pas appliquées d'une façon qui constituerait un moyen d'imposer des discriminations arbitraires ou injustifiables ou des entraves déguisées au commerce. Sous ce rapport, les initiatives prises aux niveaux national, régional et international doivent tenir compte des conséquences de l'usage nocif de l'alcool.

e) **Axer les efforts sur l'équité.** La consommation de boissons alcoolisées dans l'ensemble de la population est nettement plus faible dans les sociétés pauvres que dans les sociétés nanties. Cependant, pour la même quantité consommée, les problèmes causés par l'alcool sont parfois plus importants dans les populations pauvres. Il faut absolument concevoir et appliquer des politiques et des programmes efficaces qui réduisent les disparités sociales dans les pays et entre pays. On a besoin aussi de politiques pour recueillir et diffuser de nouvelles données sur le lien complexe entre la consommation nocive d'alcool et les inégalités sociales et sanitaires, surtout parmi les populations autochtones, les groupes minoritaires ou marginalisés et dans les pays en développement.

f) **Tenir compte du contexte dans les mesures recommandées.** La plupart des études publiées attestant l'efficacité des interventions contre l'alcool concernent les pays à haut revenu, et certains se demandent si leur efficacité ne dépend pas du contexte et est moindre dans d'autres circonstances. Toutefois, nombre d'interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ont été appliquées dans toutes sortes de cultures et de contextes, et les résultats obtenus concordent souvent avec les théories défendues et les données recueillies dans des domaines de la santé publique similaires. Ceux qui conçoivent et appliquent ces politiques doivent s'attacher à adapter les interventions qui ont fait leurs preuves au contexte local et à prévoir un suivi et un contrôle suffisants pour pouvoir mettre à profit l'expérience acquise.

g) **Renforcer l'information.** Les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et d'autres parties prenantes ont mis au point des systèmes de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les politiques mises en place. Mais certains aspects notables sont encore peu étudiés et il faudrait accorder plus d'importance à l'acquisition et à la diffusion d'informations et de connaissances pour continuer à avancer dans ce domaine, surtout dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen. Le système mondial d'information sur l'alcool et la santé mis au point par l'OMS et les systèmes d'information régionaux intégrés permettent de mieux déterminer dans quelle mesure on parvient à réduire l'usage nocif de l'alcool aux niveaux mondial et régional.

## **Buts et objectifs**

7. Les efforts entrepris aux niveaux national et local donnent de meilleurs résultats s'ils reposent sur une action régionale et mondiale s'inscrivant dans des cadres politiques définis d'un commun accord. La Stratégie mondiale vise donc à soutenir et compléter les politiques de santé publique appliquées par les États Membres.

8. L'idéal recherché est une amélioration des résultats sanitaires et sociaux pour les individus, les familles et les communautés, et surtout une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'usage nocif de l'alcool et de leurs conséquences sociales. La Stratégie devrait promouvoir et soutenir les actions menées aux niveaux local, régional et mondial pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool.

9. La Stratégie mondiale est censée donner des orientations concernant l'action à mener à tous les niveaux, définir les domaines d'action prioritaires au niveau mondial et recommander un éventail de politiques et de mesures qu'il serait possible d'appliquer et d'adapter comme il convient au niveau national en tenant compte de particularités comme le contexte culturel et religieux, les priorités nationales de santé publique, les ressources, les moyens et les capacités.

10. La Stratégie vise cinq objectifs :

- a) une plus grande conscience dans l'ensemble du monde de l'ampleur et de la nature des problèmes sanitaires, sociaux et économiques causés par l'usage nocif de l'alcool et un engagement plus énergique des gouvernements à lutter contre l'usage nocif de l'alcool ;
- b) une base de connaissances plus solide sur l'ampleur et les déterminants des méfaits de l'alcool et sur les interventions permettant de les prévenir et de les diminuer ;
- c) un appui technique plus important aux États Membres, qui de ce fait auront plus de moyens pour prévenir l'usage nocif de l'alcool et prendre en charge les troubles liés à l'alcool ainsi que les affections qui lui sont associées ;
- d) des partenariats renforcés et une meilleure coordination entre les parties prenantes ainsi que la mobilisation de davantage de ressources pour mener une action concertée et judicieuse en vue de prévenir l'usage nocif de l'alcool ;
- e) des systèmes perfectionnés de suivi et de surveillance à différents niveaux, une meilleure diffusion et une utilisation plus efficace des informations à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation.

11. L'usage nocif de l'alcool et les problèmes de santé publique qu'il engendre dépendent de la quantité générale d'alcool consommé par la population, des modes de consommation et du contexte local. Pour atteindre ces cinq objectifs, il faudra agir aux niveaux mondial, régional et national sur la quantité consommée, les modes de consommation et le contexte dans lequel la consommation a lieu et, plus généralement, sur les déterminants sociaux de la santé. On s'attachera tout particulièrement à réduire les effets dommageables sur d'autres personnes que les buveurs et sur les populations pour lesquelles l'usage nocif de l'alcool présente un risque particulier, comme les enfants, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou allaitantes, les peuples autochtones et d'autres minorités ou groupes défavorisés.

## Principes directeurs

12. La prévention et la réduction de l'usage nocif de l'alcool pour protéger la santé de la population sont des priorités de santé publique. On s'appuiera sur les principes suivants pour élaborer et mettre en œuvre des politiques à tous les niveaux. Ces principes tiennent compte des multiples déterminants des méfaits de l'alcool et de l'action concertée que doivent mener différents secteurs pour appliquer des interventions efficaces.

- a) Les politiques et les interventions appliquées dans le secteur public pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool doivent être motivées par des préoccupations de santé publique, viser des objectifs de santé publique clairement définis et reposer sur les données les plus fiables dont on dispose.
- b) Les politiques doivent être équitables et tenir compte du contexte national, religieux et culturel.
- c) Il incombe à toutes les parties intéressées d'agir d'une façon qui n'entrave pas l'application des politiques et des interventions publiques destinées à prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool.
- d) La santé publique doit primer en cas d'intérêts antagoniques et il faut promouvoir les approches allant dans ce sens.
- e) La protection des populations très exposées aux méfaits de l'alcool et aux conséquences de l'usage nocif que d'autres personnes font de l'alcool doit faire partie intégrante des politiques visant à combattre l'usage nocif de l'alcool.
- f) Les personnes affectées par l'usage nocif de l'alcool doivent avoir accès à des services efficaces et peu coûteux de prévention et de soins.
- g) Les enfants, les adolescents et les adultes qui choisissent de ne pas boire de boissons alcoolisées ont le droit d'être soutenus dans leur démarche et protégés de toute pression les incitant à consommer de l'alcool.
- h) Les politiques et les interventions appliquées dans le secteur public pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool doivent englober toutes les boissons alcoolisées et tous les alcools de substitution.<sup>1</sup>

## Politiques et mesures nationales

13. Il est possible de réduire l'usage nocif de l'alcool si les pays prennent des mesures efficaces pour protéger leur population. C'est aux États Membres qu'il incombe au premier chef d'élaborer des politiques publiques pour réduire l'usage nocif de l'alcool, de les mettre en œuvre, de suivre leur application et de les évaluer. Ces politiques font appel à tout un arsenal de stratégies de prévention et de traitement au service de la santé publique. Tous les pays auront avantage à se doter d'une stratégie nationale et de cadres juridiques appropriés pour réduire l'usage nocif de l'alcool, quelles que soient les ressources dont ils disposent. Selon leurs caractéristiques et selon les particularités nationales,

---

<sup>1</sup> Dans la présente Stratégie, « alcools de substitution » s'entend des liquides contenant généralement de l'éthanol et n'étant pas destinés à être bus, qui sont consommés par voie orale comme substituts de boissons alcoolisées dans le but de produire une intoxication ou d'autres effets associés à la consommation d'alcool.

certaines politiques peuvent être appliquées sous la forme de cadres non juridiques tels que des lignes directrices ou des systèmes d'autolimitation. Les mesures seront plus efficaces si l'on contrôle leur application et leurs effets et si l'on définit et impose des sanctions en cas de non-respect des lois et réglementations adoptées.

14. Un engagement politique prolongé, une bonne coordination, un financement durable et la participation des instances gouvernementales infranationales ainsi que de la société civile et des acteurs économiques sont indispensables pour réussir. De nombreuses autorités jouissant d'un pouvoir de décision doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en rapport avec l'alcool, notamment le ministère de la santé, les autorités responsables des transports et les services fiscaux. Les gouvernements doivent instaurer des mécanismes de coordination efficaces et permanents, tel un conseil national composé de hauts représentants de différents ministères et d'autres partenaires, pour que les politiques en matière d'alcool soient cohérentes et pour trouver un équilibre entre les objectifs de diminution de l'usage nocif de l'alcool et les autres objectifs de santé publique.

15. Les ministères de la santé ont notamment pour rôle crucial de rassembler les autres ministères et parties prenantes pour bien concevoir et mettre en œuvre la politique. Ils doivent aussi veiller à ce que la planification et l'application des stratégies et interventions de prévention et de traitement soient coordonnées avec celles des stratégies portant sur d'autres problèmes de santé hautement prioritaires en santé publique, comme l'usage de drogues illicites, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la tuberculose et le VIH/sida.

16. Les politiques et interventions dont se composera l'action nationale sont réparties en 10 domaines d'action recommandés, qui doivent être considérés comme complémentaires et se renforçant mutuellement :

- a) leadership, sensibilisation et engagement ;
- b) action des services de santé ;
- c) action communautaire ;
- d) politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
- e) offre d'alcool ;
- f) marketing des boissons alcoolisées ;
- g) politiques de prix ;
- h) réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ;
- i) réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ;<sup>1</sup>
- j) suivi et surveillance.

---

<sup>1</sup> « L'alcool produit par le secteur informel » désigne les boissons alcoolisées produites à domicile ou localement par fermentation et distillation de fruits, de céréales, de légumes ou d'autres produits du même type, souvent dans le cadre de pratiques et de traditions culturelles locales. On peut citer à titre d'exemples la bière de sorgho, le vin de palme et les spiritueux à base de sucre de canne, de céréales ou d'autres produits alimentaires.

17. Les politiques et interventions proposées ci-après aux États Membres pour chacun des 10 domaines d'action recommandés s'appuient sur les connaissances scientifiques actuelles, les éléments dont on dispose quant à leur efficacité et leur rentabilité, l'expérience acquise et les bonnes pratiques. Toutes n'intéresseront pas l'ensemble des États Membres et certaines exigeront plus de ressources qu'ils n'ont. Chaque État Membre appliquera celles qu'il juge opportunes selon le contexte national, religieux et culturel, ses priorités de santé publique, les ressources dont il dispose et conformément à ses principes constitutionnels et à ses obligations juridiques internationales. Les politiques et les interventions appliquées au niveau national seront soutenues et complétées par des initiatives prises aux niveaux mondial et régional pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

## **POLITIQUES ET INTERVENTIONS**

### **Domaine 1. Leadership, prise de conscience et engagement**

18. Une action durable nécessite un leadership énergique, une prise de conscience, une volonté politique et un engagement. Cet engagement doit de préférence trouver son expression dans des politiques nationales exhaustives et intersectorielles, suffisamment financées, qui définissent clairement le rôle et les responsabilités des différents partenaires concernés. Les politiques doivent être fondées sur des bases factuelles, adaptées aux conditions locales et assorties d'objectifs, de stratégies et de cibles clairement définis. Elles doivent être assorties d'un plan d'action spécifique et de mécanismes de mise en œuvre et d'évaluation efficaces et durables. La participation judicieuse de la société civile et des acteurs économiques est essentielle.

19. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à mettre au point des stratégies, des plans d'action et des activités nationaux et infranationaux exhaustifs pour réduire l'usage nocif de l'alcool, ou à renforcer ceux qui existent déjà ;
- b) à créer ou désigner une institution ou un organisme principal, selon le cas, chargé de donner suite aux politiques, stratégies et plans adoptés au niveau national ;
- c) à coordonner les stratégies portant sur l'alcool avec l'action menée dans d'autres secteurs concernés, notamment à assurer la coopération entre les instances gouvernementales de différents niveaux, et avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé en rapport avec elles ;
- d) à rendre l'information largement accessible et à mettre en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation à tous les niveaux de la société portant sur l'ensemble des méfaits de l'alcool constatés dans le pays, sur l'existence de mesures de prévention efficaces et sur l'intérêt qu'elles présentent ;
- e) à sensibiliser aux conséquences néfastes de la consommation d'alcool pour les autres et parmi les groupes vulnérables, à éviter la stigmatisation et à dissuader activement d'exercer une discrimination à l'encontre des groupes et des individus affectés ;

### **Domaine 2. Action des services de santé**

20. Les services de santé sont au cœur de l'action quand il s'agit de parer aux méfaits de l'alcool au niveau individuel parmi les personnes souffrant de troubles liés à l'alcool et d'autres affections dues à l'usage nocif de l'alcool. Ils doivent mettre des interventions de prévention et de traitement à la

disposition des individus et des familles exposés aux troubles liés à l'alcool et aux affections associées. Les services de santé et les professionnels de la santé ont pour autre rôle important d'informer la société des conséquences sanitaires et sociales de l'usage nocif de l'alcool, de soutenir les efforts que font les communautés pour réduire l'usage nocif de l'alcool et de plaider pour des mesures sociales efficaces. Les services de santé doivent aussi nouer des relations avec un vaste ensemble d'acteurs extérieurs au secteur de la santé, les mobiliser et les faire participer. Il faut veiller à ce que l'action des services de santé soit renforcée et financée dans une mesure proportionnelle à l'ampleur des problèmes de santé publique qu'engendre l'usage nocif de l'alcool.

21. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à augmenter la capacité des systèmes de santé et de protection sociale à assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris à aider les familles affectées, à leur offrir un traitement et à soutenir les activités et les programmes d'entraide ou d'auto-assistance ;
- b) à soutenir les initiatives de dépistage de la consommation d'alcool dangereuse et nocive et les interventions de courte durée pour y remédier dans le cadre des soins de santé primaires et ailleurs ; ces initiatives doivent comprendre notamment le dépistage précoce et la prise en charge de la consommation nocive chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ;
- c) à développer les moyens de prévenir et de dépister le syndrome d'alcoolisation fœtale et toute une série de troubles associés, et d'appliquer des interventions à l'intention des individus et des familles qui en souffrent ;
- d) à élaborer des stratégies et des services intégrés et/ou couplés de prévention, de traitement et de prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris les toxicomanies, la dépression, le suicide, le VIH/sida et la tuberculose, et à bien les coordonner ;
- e) à garantir l'accès universel à la santé, notamment en rendant les services de traitement plus largement disponibles, plus accessibles et plus abordables pour les groupes défavorisés ;
- f) à instaurer un système d'enregistrement et de suivi de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'alcool, qui comprenne des mécanismes de notification régulière, et à en assurer le bon fonctionnement ;
- g) à assurer des services sanitaires et sociaux culturellement adaptés, le cas échéant.

### **Domaine 3. Action communautaire**

22. L'impact de l'usage nocif de l'alcool sur les communautés peut inciter à prendre des initiatives locales et à chercher des solutions aux problèmes locaux. Les gouvernements et d'autres parties prenantes peuvent seconder les communautés et leur donner les moyens de mettre à profit leur savoir-faire pour adopter des solutions efficaces permettant de prévenir et de réduire l'usage nocif de l'alcool en modifiant les comportements collectifs plutôt qu'individuels tout en étant sensibles aux normes culturelles, aux croyances et aux systèmes de valeurs.

23. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à favoriser les évaluations rapides afin de mettre en lumière les lacunes et les domaines où intervenir en priorité au niveau communautaire ;

- b) à contribuer à mieux faire prendre conscience des méfaits de l'alcool au niveau local et à promouvoir une action appropriée, efficace et rentable pour parer aux facteurs d'usage nocif de l'alcool et aux problèmes connexes ;
- c) à renforcer les moyens qu'ont les autorités locales d'encourager et de coordonner une action communautaire concertée pour favoriser et promouvoir l'élaboration de politiques municipales visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que leurs moyens de développer les partenariats et les réseaux d'institutions communautaires et d'organisations non gouvernementales ;
- d) à fournir des informations sur les interventions communautaires efficaces et à renforcer les moyens disponibles au niveau communautaire pour les mettre en œuvre ;
- e) à mobiliser les communautés contre la vente d'alcool aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal et contre sa consommation par elles, et à les mobiliser pour créer des espaces sans alcool ou favoriser leur création, surtout pour les jeunes et les autres groupes à risque ;
- f) à fournir des soins et un soutien communautaires aux personnes affectées et à leur famille ;
- g) à concevoir des programmes et des politiques destinés à des sous-populations particulièrement exposées comme les jeunes, les chômeurs et les peuples autochtones, portant sur des questions spécifiques comme la production et la distribution illicites de boissons alcoolisées ou leur production et leur distribution par le secteur informel et prévoyant des événements tels que manifestations sportives et festivals.

#### **Domaine 4. Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant**

24. La conduite en état d'ivresse perturbe gravement le jugement, la coordination et d'autres facultés motrices. C'est un important problème de santé publique dont pâtissent le buveur et souvent des tiers innocents. Il existe de bonnes interventions fondées sur des bases factuelles pour lutter contre l'alcool au volant. Les stratégies destinées à atténuer les conséquences de la conduite sous l'emprise de l'alcool doivent prévoir des mesures de dissuasion et des mesures visant à sécuriser l'environnement pour diminuer à la fois le risque d'accidents dus à l'alcool et leur gravité.

25. Dans certains pays, les accidents de la circulation impliquant des piétons ivres peuvent être importants et doivent figurer parmi les priorités de l'action.

26. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à fixer et à faire respecter une concentration maximale d'alcool dans le sang, l'alcoolémie autorisée devant être plus réduite pour les conducteurs professionnels et pour les jeunes conducteurs ou conducteurs débutants ;
- b) à encourager la mise en place de points de contrôle de l'alcoolémie et la réalisation d'alcotests aléatoires ;
- c) à prévoir la suspension du permis de conduire ;
- d) à instaurer l'acquisition progressive du permis pour les conducteurs débutants, avec tolérance zéro de l'alcool au volant ;

- e) à utiliser des coupe-circuit, dans des contextes particuliers et si cela est faisable économiquement, pour réduire les incidents dus à la conduite en état d'ivresse ;
- f) à mettre en place des programmes obligatoires d'éducation, de conseil et, au besoin, de traitement ;
- g) à encourager la mise en place d'autres moyens de transport, y compris de services de transports publics jusqu'à la fermeture des débits de boisson ;
- h) à mener des campagnes de sensibilisation et d'information pour rallier l'opinion publique aux politiques et amplifier leur effet dissuasif ;
- i) à mener des campagnes médiatiques intenses, soigneusement conçues et bien exécutées visant des circonstances particulières comme la période des vacances, ou un public donné comme les jeunes.

### **Domaine 5. Offre d'alcool**

27. Les stratégies de santé publique qui cherchent à réguler l'offre commerciale d'alcool ou son accessibilité par des lois, des politiques et des programmes sont des moyens importants de réduire l'usage nocif de l'alcool en général. Pareilles stratégies sont cruciales pour éviter que les groupes vulnérables et à haut risque accèdent facilement à l'alcool. L'offre commerciale d'alcool et son accessibilité peuvent exercer une influence réciproque sur la disponibilité sociale de l'alcool et contribuer ainsi à faire évoluer les normes sociales et culturelles qui incitent à faire un usage nocif de l'alcool. Le degré de réglementation de l'offre d'alcool dépendra des particularités locales, notamment du contexte social, culturel et économique ainsi que des obligations internationales contractées. Dans certains pays en développement et pays à revenu faible ou moyen, le marché parallèle est la principale source d'approvisionnement en alcool, et la réglementation des ventes doit être assortie de mesures concernant l'alcool obtenu de façon illicite ou produit par le secteur informel. De plus, une trop grande restriction de l'offre peut favoriser l'apparition d'un marché parallèle illicite. Il faut aussi tenir compte de l'approvisionnement secondaire en alcool, par exemple par des parents ou des amis, dans les mesures portant sur l'offre d'alcool.

28. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à instaurer, faire fonctionner et appliquer un système approprié de réglementation de la production, de la vente en gros de boissons alcoolisées et de la vente de boissons alcoolisées à consommer sur place qui impose des limites raisonnables à la distribution d'alcool et au fonctionnement des débits de boisson et conformes aux normes culturelles, par les mesures facultatives suivantes :
  - i) instaurer, au besoin, un système de licences pour la vente au détail ou des monopoles d'État qui privilégient la santé publique ;
  - ii) réglementer le nombre et l'emplacement des points de vente où l'on consomme sur place ou en dehors des locaux ;
  - iii) réglementer les jours et les heures de vente au détail ;
  - iv) réglementer les modes de vente au détail ;
  - v) réglementer la vente au détail dans certains lieux ou pendant certains événements ;

- b) à fixer un âge minimum légal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et à prendre d'autres mesures empêchant de vendre des boissons alcoolisées aux adolescents et ceux-ci d'en consommer ;
- c) à adopter des mesures contre la vente aux personnes en état d'ivresse ou n'ayant pas l'âge minimum légal et à envisager d'instaurer des dispositifs engageant la responsabilité des vendeurs et des serveurs conformément à la législation nationale ;
- d) à mettre en place des mesures relatives à la consommation d'alcool dans les lieux publics ou dans les services publics officiels et dans l'exercice de fonctions publiques officielles ;
- e) à adopter des politiques pour réduire et éliminer la production, la vente et la distribution illicites de boissons alcoolisées et à réglementer ou contrôler l'alcool produit par le secteur informel.

## Domaine 6. Marketing<sup>1</sup> des boissons alcoolisées

29. Il est important de diminuer l'impact du marketing, surtout sur les jeunes et les adolescents, quand on veut réduire l'usage nocif de l'alcool. Le marketing de l'alcool fait appel à des techniques publicitaires et promotionnelles de plus en plus élaborées, notamment à des stratégies qui associent les marques d'alcool à des activités sportives ou culturelles, aux partenariats et au placement de produits, aux nouveaux canaux de marketing comme les courriels, les SMS, le podcasting et les médias sociaux et à d'autres techniques encore. La diffusion des messages de marketing au-delà des frontières nationales par des canaux tels que la télévision par satellite, Internet et le parrainage d'événements sportifs et culturels devient un problème important dans certains pays.

30. Il est très difficile de cibler le marketing sur les jeunes adultes consommateurs sans exposer aux mêmes stratégies commerciales des cohortes d'adolescents n'ayant pas l'âge minimum légal. L'exposition des enfants et des jeunes à un marketing séduisant est particulièrement préoccupante, tout comme le ciblage de nouveaux marchés dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen dans lesquels la consommation d'alcool est encore faible ou le taux d'abstinence élevé. Le contenu des messages commerciaux et le degré d'exposition des jeunes à ces messages sont tous deux cruciaux. Il faut agir selon le principe de précaution pour protéger les jeunes contre ces techniques de marketing.

31. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à instaurer un ou plusieurs cadres réglementaires, reposant de préférence sur une base législative et assortis s'il y a lieu de mesures d'autoréglementation, pour le marketing de l'alcool, en :
  - i) réglementant le contenu et le volume du marketing ;
  - ii) réglementant le marketing direct ou indirect dans certains médias ou dans tous les médias ;

---

<sup>1</sup> Par marketing, on peut entendre éventuellement, et conformément à la législation nationale, n'importe quelle forme de communication ou de message commercial conçu dans l'intention ou ayant pour effet de faire reconnaître plus facilement ou de rendre plus attrayants certains produits et services et/ou d'en augmenter la consommation. Il peut comprendre n'importe quel élément contribuant à faire de la publicité pour un produit ou un service ou à le promouvoir d'une quelconque façon.

- iii) réglementant les activités de parrainage qui font la promotion de boissons alcoolisées ;
  - iv) restreignant ou interdisant la promotion en rapport avec des activités qui visent les jeunes ;
  - v) réglementant les nouvelles techniques de marketing de l'alcool, par exemple les médias sociaux ;
- b) à faire en sorte que des organismes publics ou indépendants instaurent des systèmes efficaces de surveillance du marketing des produits alcoolisés ;
- c) à mettre en place des systèmes administratifs efficaces qui dissuadent de contrevenir aux restrictions en matière de marketing.

## Domaine 7. Politiques de prix

32. Les consommateurs, y compris les gros buveurs et les jeunes, sont sensibles au changement du prix des boissons. On peut recourir aux politiques de prix pour diminuer la consommation parmi les jeunes n'ayant pas l'âge minimum légal, arrêter la progression vers l'absorption de volumes d'alcool importants ou les épisodes de consommation excessive, et influencer sur les préférences des consommateurs. L'augmentation du prix des boissons alcoolisées est l'un des moyens les plus efficaces de réduire l'usage nocif de l'alcool. L'une des conditions essentielles pour que les politiques de prix contribuent à réduire l'usage nocif de l'alcool est un système d'imposition efficace et efficient couplé à un bon système de perception des taxes et de répression.

33. Des facteurs comme le choix et les préférences des consommateurs, l'évolution des revenus, l'offre alternative d'alcool dans le pays ou dans les pays limitrophes, et l'existence ou l'absence d'autres mesures contre l'alcool peuvent influencer sur l'efficacité des politiques de prix. La demande peut réagir différemment selon les boissons considérées. La majoration des taxes peut avoir différents effets sur les ventes selon son influence sur le prix à la consommation. L'existence d'un marché illicite important complique la politique fiscale en matière d'alcool dans de nombreux pays. La majoration des taxes doit alors s'accompagner de mesures visant à instaurer un contrôle efficace de l'État sur les marchés illicite et parallèle. L'augmentation des taxes peut aussi se heurter à l'opposition de groupes de consommateurs et d'acteurs économiques ; la politique fiscale sera donc plus efficace si elle s'accompagne d'un travail d'information et de sensibilisation pour vaincre les résistances.

34. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace, qui peut tenir compte, le cas échéant, de la teneur en alcool des boissons ;
- b) à revoir régulièrement les prix par rapport au taux d'inflation et aux revenus ;
- c) à interdire ou limiter les promotions directes et indirectes sur les prix, les rabais, la vente à un prix inférieur au prix de revient et les tarifs forfaitaires pour consommation illimitée ou les autres types de vente au volume ;
- d) à fixer, s'il y a lieu, un prix minimum pour l'alcool ;

- e) à mettre en place des mesures d'incitation par les prix à consommer des boissons non alcoolisées ;
- f) à réduire ou supprimer les subventions aux acteurs économiques du secteur de l'alcool.

### **Domaine 8. Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique**

35. Ce domaine d'action englobe les politiques et les interventions qui visent directement à réduire les méfaits de l'intoxication alcoolique et de la consommation d'alcool sans nécessairement influencer sur la consommation alcoolique de fond. Actuellement, les données scientifiques et les meilleures pratiques préconisent l'utilisation complémentaire d'interventions dans le cadre d'une stratégie plus générale qui prévient ou réduit les conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique. Quand on applique ce type d'approches, quand on aménage le cadre dans lequel l'alcool est consommé ou quand on informe les consommateurs, il faut éviter de donner l'impression d'approuver la consommation d'alcool ou de l'encourager.

36. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à réglementer le contexte dans lequel l'alcool est consommé afin d'éviter le plus possible les actes de violence et les comportements perturbateurs, notamment en servant l'alcool dans des récipients en plastique ou en verre sécurisé et en gérant les questions liées à l'alcool lors des grandes manifestations publiques ;
- b) à appliquer des lois interdisant de servir de l'alcool jusqu'à causer l'ébriété et, en cas de préjudice causé par l'ébriété, à engager la responsabilité légale de ceux qui servent de l'alcool ;
- c) à adopter des politiques de gestion qui incitent les débits de boisson à servir les clients de façon responsable et à enseigner au personnel travaillant dans les secteurs concernés à prévenir l'ébriété, repérer les buveurs en état d'ébriété et adopter la bonne conduite face aux buveurs ivres et agressifs ;
- d) à réduire la teneur en alcool de différentes catégories de boissons ;
- e) à offrir des soins ou un abri aux personnes dans un état d'ébriété grave ;
- f) à informer le consommateur des méfaits de l'alcool et à les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées.

### **Domaine 9. Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel**

37. La consommation d'alcool illicite ou d'alcool produit par le secteur informel peut avoir des répercussions sanitaires négatives supplémentaires en raison de leur teneur élevée en éthanol et de leur éventuelle contamination par des substances toxiques comme le méthanol. Elle peut aussi faire entrave au prélèvement de taxes par l'État et à son contrôle sur la production licite d'alcool. Les mesures visant à limiter ces conséquences supplémentaires doivent être prises en fonction de la prévalence de la consommation d'alcool illicite et/ou produit par le secteur informel et de ses effets nocifs. La planification et l'application de mesures appropriées aux niveaux national, régional et international demandent un bon potentiel scientifique, technique et institutionnel. Il faut aussi bien connaître le marché, la composition et les modalités de production de l'alcool illicite ou produit par le secteur

informel, tout en disposant d'un cadre législatif approprié et d'un dispositif de répression actif. Ces interventions doivent compléter, et non remplacer, les autres interventions tendant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

38. La production et la vente d'alcool produit par le secteur informel sont ancrées dans de nombreuses cultures et souvent contrôlées de façon officieuse. Les mesures de contrôle peuvent donc être différentes selon qu'il s'agit d'alcool illicite ou produit par le secteur informel et elles doivent se doubler d'un travail de sensibilisation et de mobilisation sociale. Il importe également de promouvoir d'autres sources de revenu.

39. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à assurer un contrôle de la qualité aux stades de la production et de la distribution des boissons alcoolisées ;
- b) à réglementer la vente d'alcool produit par le secteur informel et à l'intégrer dans le système de taxation ;
- c) à instaurer un système efficace de contrôle et de répression, y compris un système de timbres fiscaux ;
- d) à mettre en place des systèmes de traçabilité et de suivi de l'alcool illicite, ou à renforcer ceux qui existent ;
- e) à assurer la coopération et l'échange d'informations nécessaires entre les autorités aux niveaux national et international pour lutter contre l'alcool illicite ;
- f) à publier des mises en garde contre les contaminants et autres dangers pour la santé que présente l'alcool illicite ou produit par le secteur informel.

## **Domaine 10. Suivi et surveillance**

40. Des données issues du suivi et de la surveillance dépendent le succès et la bonne mise en œuvre des neuf autres politiques. Un suivi et une surveillance sont indispensables aux niveaux local, national et international pour connaître l'ampleur et suivre les tendances des méfaits de l'alcool, renforcer l'action de sensibilisation, concevoir des politiques et évaluer l'impact des interventions. Le suivi doit aussi s'intéresser au profil des personnes qui utilisent les services et aux raisons pour lesquelles les individus les plus touchés ne bénéficient pas des services de prévention et de traitement. D'autres secteurs peuvent posséder des données utiles et il faut de bons systèmes de coordination, d'échange d'informations et de collaboration pour recueillir le vaste éventail d'informations indispensables pour assurer un suivi et une surveillance exhaustifs.

41. L'instauration, au niveau national, de systèmes d'information viables qui utilisent des indicateurs, des définitions et des méthodes de recueil des données compatibles avec ceux des systèmes d'information mondiaux et régionaux de l'OMS offre une base solide pour évaluer l'action nationale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et pour suivre les tendances aux niveaux sous-régional, régional et mondial. La mise en œuvre de toute politique ou intervention destinée à réduire l'usage nocif de l'alcool doit prévoir la collecte, la compilation et l'analyse continues et systématiques des données, leur diffusion en temps voulu et une rétroinformation à l'intention des responsables politiques et d'autres parties prenantes. Le recueil, l'analyse et la diffusion d'informations sur l'usage nocif de l'alcool nécessitent d'importantes ressources.

42. Dans ce domaine, les **politiques et interventions** consistent notamment :

- a) à mettre en place des cadres efficaces de suivi et de surveillance, y compris des enquêtes nationales périodiques sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool ainsi qu'un plan d'échange et de diffusion des informations ;
- b) à créer ou désigner une institution ou un autre organisme chargé de recueillir, de compiler, d'analyser et de diffuser les données, y compris de publier des rapports nationaux ;
- c) à définir un ensemble commun d'indicateurs concernant l'usage nocif de l'alcool ainsi que les politiques et interventions appliquées pour le prévenir et le réduire, et à suivre l'évolution de ces indicateurs ;
- d) à archiver les données au niveau des pays selon des indicateurs convenus sur le plan international et à communiquer des données sous la forme convenue à l'OMS et aux autres organisations internationales concernées ;
- e) à mettre en place des mécanismes d'évaluation utilisant les données recueillies pour déterminer l'impact des politiques, des interventions et des programmes appliqués dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool.

## **ACTION MONDIALE : FONCTIONS ET ÉLÉMENTS CLÉS**

43. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du problème, une action concertée s'impose à l'échelle mondiale pour seconder les États Membres dans leur tâche au niveau national. La coordination et la collaboration internationales créent les synergies indispensables et sont un moyen de pression supplémentaire pour inciter les États Membres à appliquer des mesures fondées sur des bases factuelles.

44. En coopération avec d'autres organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux, l'OMS :

- a) jouera un rôle dirigeant ;
- b) renforcera l'action de sensibilisation ;
- c) mettra au point des politiques fondées sur des bases factuelles en collaboration avec les États Membres ;
- d) encouragera le réseautage et l'échange de données d'expérience entre pays ;
- e) renforcera les partenariats et la mobilisation de ressources ;
- f) coordonnera la surveillance continue des méfaits de l'alcool et des résultats de l'action menée par les pays pour les combattre.

45. L'action que mèneront l'OMS et d'autres partenaires internationaux pour accompagner la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sera conforme à leur mandat. Les organisations non gouvernementales internationales, les associations professionnelles, les instituts de recherche et les

acteurs économiques du secteur de l'alcool peuvent tous contribuer de façon importante à amplifier l'action mondiale comme suit.

- a) Les principaux partenaires appartenant au système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales comme l'OIT, l'UNICEF, l'OMC, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et le groupe de la Banque mondiale seront vivement encouragés à collaborer et à coopérer davantage pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool, en particulier dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen.
- b) La société civile joue un rôle important en alertant l'opinion au sujet des conséquences de l'usage nocif de l'alcool sur les individus, les familles et les communautés et en apportant une volonté et des ressources supplémentaires pour réduire les méfaits de l'alcool. Les organisations non gouvernementales sont tout particulièrement encouragées à former de vastes réseaux et groupes d'action pour contribuer à mettre en œuvre la Stratégie mondiale.
- c) Les instituts de recherche et les associations professionnelles jouent un rôle capital en générant des données supplémentaires sur lesquelles fonder l'action et en communiquant ces données aux professionnels de la santé et à l'ensemble de la communauté. Les centres collaborateurs de l'OMS peuvent exercer une fonction importante en aidant à mettre en œuvre et à évaluer la Stratégie mondiale.
- d) Les acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce d'alcool jouent un rôle important en tant que producteurs, distributeurs, spécialistes du marketing et vendeurs de boissons alcoolisées. Ils sont tout particulièrement encouragés à étudier la façon dont ils peuvent contribuer efficacement à prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool dans le cadre des fonctions énumérées ci-dessus, y compris par des mesures et des initiatives d'autoréglementation. Leur contribution pourrait aussi consister à mettre à disposition des données sur les ventes et la consommation de boissons alcoolisées.
- e) Les médias jouent un rôle de plus en plus important non seulement en faisant leur travail d'information, mais aussi comme canaux de communication à visée commerciale, et ils seront encouragés à défendre les intentions de la Stratégie mondiale et à soutenir les activités qu'elle prévoit.

### **Plaidoyer et partenariat pour la santé publique**

46. Un plaidoyer et un partenariat pour la santé publique sont indispensables sur le plan international pour affermir la volonté des gouvernements et de toutes les parties prenantes à tous les niveaux et renforcer les moyens dont ils disposent de réduire l'usage nocif de l'alcool dans l'ensemble du monde.

47. L'OMS est résolue à mieux faire prendre conscience des problèmes de santé publique que cause l'usage nocif de l'alcool et à mieux faire connaître les mesures que l'on peut prendre pour le réduire et ainsi sauver des vies et éviter des souffrances. Elle nouera un dialogue avec d'autres organisations intergouvernementales internationales et, le cas échéant, avec des organismes internationaux représentant les principales parties prenantes afin d'amener tous les acteurs concernés à œuvrer pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

48. Le Secrétariat secondera les États Membres en s'employant :

- a) à mieux faire prendre conscience de l'ampleur des problèmes de santé publique que cause l'usage nocif de l'alcool et en plaidant pour que soit menée une action appropriée à tous les niveaux afin de les prévenir et de les réduire ;
- b) à plaider auprès des organisations internationales et intergouvernementales concernées pour qu'elles accordent une plus grande importance à la lutte contre l'usage nocif de l'alcool dans leurs programmes, et pour qu'ainsi les politiques du secteur de la santé et d'autres secteurs soient plus cohérentes aux niveaux régional et mondial ;
- c) à promouvoir et à faciliter la coordination, la collaboration, les partenariats et l'échange d'informations au niveau international afin que toutes les parties prenantes œuvrent en synergie et de façon concertée ;
- d) à veiller à ce que les messages clés diffusés pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool soient clairs, cohérents et scientifiquement fondés ;
- e) à promouvoir le réseautage et l'échange de données d'expérience entre pays ;
- f) à faciliter le réseautage au niveau international pour s'attaquer à des problèmes spécifiques et similaires (par exemple les problèmes propres aux populations autochtones ou à d'autres minorités et la nécessité de changer les mentalités parmi les jeunes) ;
- g) à plaider auprès des parties engagées dans des négociations commerciales internationales, régionales et bilatérales pour qu'elles tiennent dûment compte de la nécessité et de la capacité des instances gouvernementales nationales et infranationales de réglementer la distribution, la vente et le marketing de l'alcool, et de maîtriser ainsi les coûts sanitaires et sociaux de l'alcool ;
- h) à veiller à ce que le Secrétariat de l'OMS dispose de processus pour collaborer avec les organisations non gouvernementales et d'autres groupes de la société civile en tenant compte de tout conflit d'intérêts que certaines organisations non gouvernementales pourraient avoir ;
- i) à continuer à dialoguer avec le secteur privé sur la façon dont il peut le mieux contribuer à réduire les méfaits de l'alcool. Il sera dûment tenu compte des intérêts commerciaux en jeu et de leur éventuel antagonisme avec les objectifs de santé publique.

### **Appui technique et renforcement des capacités**

49. De nombreux États Membres ont besoin de capacités et de moyens supplémentaires pour mettre en place, appliquer et inscrire dans la durée les cadres politiques et juridiques et les dispositifs de mise en œuvre nécessaires. L'action mondiale soutiendra l'action nationale en instaurant des mécanismes durables, en définissant des principes normatifs et en fournissant des outils techniques pour assurer un bon appui technique et renforcer les capacités, en privilégiant les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen. Ces actions doivent être adaptées au contexte, aux priorités et aux besoins nationaux. La mise en place de l'infrastructure nécessaire pour mener une politique efficace dans les pays où la morbidité imputable à l'alcool est élevée ou augmente est une condition importante pour atteindre les objectifs généraux de santé publique et de développement.

50. L'OMS est résolue à coopérer avec d'autres acteurs concernés aux niveaux régional et mondial dans le but de fournir des orientations et un appui techniques qui aideront à renforcer la capacité institutionnelle à faire face aux problèmes de santé publique engendrés par l'usage nocif de l'alcool.

L'OMS se concentrera plus particulièrement sur l'appui et le renforcement des capacités dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen.

51. Le Secrétariat secondera les États Membres en s'employant :
- a) à recueillir et diffuser des données sur les modèles concluants adoptés par les services de santé pour faire face aux problèmes liés à l'alcool ;
  - b) à recueillir et diffuser des données sur les meilleures pratiques et les modèles adoptés dans différents secteurs pour faire face aux problèmes liés à l'alcool ;
  - c) à exploiter le savoir-faire dans des domaines comme la sécurité routière, la fiscalité et la justice parallèlement au savoir-faire en matière de santé publique pour concevoir des modèles permettant de prévenir et de réduire les méfaits de l'alcool ;
  - d) à définir des principes normatifs concernant l'efficacité et la rentabilité des interventions préventives et thérapeutiques dans différents contextes ;
  - e) à créer des réseaux mondiaux, régionaux et interpays, ou à les renforcer, pour aider à diffuser les meilleures pratiques et faciliter le renforcement des capacités ;
  - f) à répondre aux demandes d'appui des États Membres qui s'efforcent de développer les moyens d'appréhender les incidences du commerce et des accords de commerce internationaux sur la santé.

### **Acquisition et diffusion du savoir**

52. Les aspects importants de l'action mondiale consisteront à suivre l'évolution des tendances en ce qui concerne la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les actions sociétales, à analyser les informations ainsi obtenues et à faciliter leur diffusion en temps voulu. Il faut consolider et enrichir systématiquement au niveau mondial les connaissances sur l'ampleur de l'usage nocif de l'alcool et sur l'efficacité et la rentabilité des interventions préventives et thérapeutiques, en particulier les données épidémiologiques concernant la consommation d'alcool et ses méfaits, et les informations concernant les répercussions de l'usage nocif de l'alcool sur le développement économique et social et la propagation des maladies infectieuses dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen.

53. L'OMS a mis au point le système mondial d'information sur l'alcool et la santé et ses composantes régionales afin de présenter de façon dynamique les données sur le volume et les modes de consommation d'alcool, les conséquences sanitaires et sociales de l'alcool et les mesures appliquées à tous les niveaux. Pour disposer de meilleures statistiques mondiales et régionales sur l'alcool et la santé, il faut mettre en place des systèmes de suivi nationaux, veiller à ce que des points focaux communiquent régulièrement les données à l'OMS et renforcer les activités de surveillance.

54. L'OMS est résolue à collaborer avec les partenaires concernés pour fixer les priorités de la recherche sur l'alcool et la santé au niveau international, développer le potentiel de recherche, promouvoir et soutenir les réseaux et les projets de recherche internationaux qui génèrent et diffusent des données utiles pour mettre au point des politiques et des programmes.

55. Le Secrétariat secondera les États Membres en s'employant :

- a) à offrir la possibilité d'échanger des informations au niveau international sur les interventions efficaces et rentables destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool, y compris en encourageant et en facilitant l'échange d'informations sur les services de traitement efficaces ;
- b) à renforcer le système mondial d'information sur l'alcool et la santé et les études comparatives des risques de maladies attribuables à l'alcool ;
- c) à mettre au point des mécanismes appropriés de collecte de données, ou à les perfectionner, en utilisant des données comparables, des indicateurs et des définitions adoptés d'un commun accord pour faciliter le recueil, la compilation, l'analyse et la diffusion des données aux niveaux mondial, régional et national ;
- d) à faciliter la création de réseaux régionaux et mondiaux qui soutiennent et complètent l'action nationale, en privilégiant l'acquisition de connaissances et l'échange d'informations ;
- e) à continuer à collaborer avec les réseaux internationaux de scientifiques et d'experts de la santé pour promouvoir la recherche sur différents aspects de l'usage nocif de l'alcool ;
- f) à faciliter les études comparant l'efficacité de différentes mesures selon le contexte culturel et le niveau de développement des pays dans lesquels elles sont appliquées ;
- g) à faciliter la recherche opérationnelle visant à étendre les interventions efficaces et la recherche sur le lien entre l'usage nocif de l'alcool et les inégalités sociales et sanitaires.

### **Mobilisation de ressources**

56. L'importance de la morbidité et des problèmes sociaux attribuables à l'alcool contraste nettement avec les ressources disponibles à tous les niveaux pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Dans les initiatives mondiales de développement, il faut tenir compte du fait que les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen ont besoin d'un appui technique – aide et savoir-faire – pour adopter des politiques et des plans nationaux tendant à prévenir l'usage nocif de l'alcool, pour les renforcer et pour mettre en place les infrastructures appropriées, y compris dans le système de santé. Les organismes d'aide au développement pourraient considérer qu'il est prioritaire de réduire l'usage nocif de l'alcool dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen où la morbidité imputable à l'usage nocif de l'alcool est importante. L'aide publique au développement offre des possibilités de développer durablement la capacité institutionnelle des pays en développement et pays à revenu faible ou moyen dans ce domaine, tout comme les mécanismes de collaboration entre pays en développement. À cet égard, les États Membres sont vivement encouragés à s'épauler mutuellement dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale par la coopération internationale et l'aide financière, y compris l'aide publique au développement pour les pays en développement.

57. L'OMS est résolue à seconder les pays qui le demandent en matière de mobilisation de ressources et de mise en commun des ressources disponibles afin de financer l'action mondiale et nationale menée dans les domaines prioritaires pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

58. Le Secrétariat secondera les États Membres en s'employant :

- a) à promouvoir l'échange de données d'expérience et de bonnes pratiques en matière de financement des politiques et des interventions destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

- b) à étudier des solutions nouvelles ou novatrices pour obtenir le financement nécessaire à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale ;
- c) à collaborer avec des partenaires internationaux, des partenaires intergouvernementaux et des donateurs dans le but de réunir les ressources nécessaires pour seconder les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen dans les efforts qu'ils font pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

## MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

59. La bonne mise en œuvre de la Stratégie nécessitera une action concertée de la part des États Membres, une gouvernance mondiale efficace et l'engagement de toutes les parties prenantes. Toutes les actions proposées dans la Stratégie sont censées aider à atteindre les cinq objectifs.

60. Le Secrétariat établira régulièrement des rapports sur la charge mondiale des problèmes liés à l'alcool, en fondant ses recommandations sur des données factuelles et en préconisant des mesures à tous les niveaux pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool. Il collaborera avec d'autres organisations intergouvernementales et, le cas échéant, avec d'autres organismes internationaux représentant les principales parties prenantes pour que l'action destinée à réduire l'usage nocif de l'alcool soit suffisamment prioritaire et pour qu'on y accorde suffisamment de ressources.

## Liens et correspondances avec d'autres stratégies, plans et programmes

61. La Stratégie mondiale s'inspire d'initiatives et de documents régionaux comme le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC55/R1), la stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool dans la Région du Pacifique occidental (résolution WPR/RC57.R5), la résolution exposant les options pour lutter contre la consommation d'alcool dans la Région de l'Asie du Sud-Est (résolution SEA/RC59/R8), la résolution sur les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale (résolution EM/RC53/R.5) et le document sur les mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine (document AFR/RC58/3).

62. L'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre grands facteurs de risque mis en lumière dans le Plan d'action qui accompagne la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (résolution WHA61.14). La Stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool est en lien avec d'autres documents sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles et avec des programmes visant des maladies déterminées et elle s'inspire d'eux, notamment de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17), et les résolutions sur la lutte antitabac (résolution WHA56.1), la promotion de la santé et les modes de vie sains (résolution WHA57.16), la prévention et la lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22).

63. La Stratégie est aussi en lien et cohérente avec d'autres activités connexes de l'OMS, en particulier le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, qui englobe la prévention du suicide et la prise en charge d'autres troubles liés à l'usage de substances, et avec les activités programmatiques concernant la violence et la santé (résolution WHA56.24), la sécurité routière et la santé (résolution WHA57.10), la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (résolution WHA56.21) et la santé génésique (résolution WHA57.12).

64. Sur la base d'éléments récents, on s'intéresse de plus en plus aux liens entre l'usage nocif de l'alcool et certaines maladies infectieuses et entre la consommation nocive d'alcool et le développement. La Stratégie est aussi en lien avec les programmes de l'OMS contre le VIH/sida et la

tuberculose et avec le travail que l'Organisation effectue pour réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (résolution WHA62.14) et pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire (résolution WHA58.30).

65. La mise en œuvre d'une Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool offre un cadre utile aux bureaux régionaux de l'OMS pour élaborer et appliquer des politiques régionales spécifiques, ou revoir celles qui existent déjà, et pour fournir un appui technique aux États Membres de concert avec les bureaux de pays. L'accent sera mis également sur la coordination au sein du Secrétariat afin que toutes les activités en rapport avec l'usage nocif de l'alcool soient conformes à la présente Stratégie.

### **Suivi des progrès accomplis et mécanismes de notification**

66. Pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie, il faut des mécanismes adéquats d'évaluation, de notification et de reprogrammation à différents niveaux. Un cadre axé sur les résultats est indispensable pour déterminer dans quelle mesure les objectifs de la Stratégie sont atteints.

67. L'enquête menée par l'OMS sur l'alcool et la santé dans le monde et le système mondial d'information sur l'alcool et la santé seront des éléments importants des mécanismes de suivi et de notification. Les instruments de collecte de données du système mondial en question seront ajustés pour permettre de recueillir les informations nécessaires sur le processus de mise en œuvre de la Stratégie au niveau national et sur ses résultats.

68. Des réunions régulières entre les réseaux mondiaux et régionaux d'homologues nationaux offrent un moyen d'examiner les aspects techniques de la mise en œuvre de la Stratégie à différents niveaux. En plus de faire le point sur le processus, ces réunions pourraient permettre d'examiner en détail des aspects et des questions prioritaires concernant la mise en œuvre.

69. Il sera rendu compte de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale aux États Membres sous la forme de rapports présentés régulièrement aux comités régionaux de l'OMS et à l'Assemblée de la Santé. Des informations sur la mise en œuvre et les progrès réalisés devraient également être communiquées lors des forums régionaux ou internationaux et des réunions intergouvernementales appropriées.

---

## ANNEXE 4

### **Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants<sup>1</sup>**

[A63/13 – 25 mars 2010]

1. La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA60.23, intitulée « Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale », a prié le Directeur général « de promouvoir ... une commercialisation responsable, notamment l'élaboration d'un ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ».
2. La Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA61.14, a approuvé le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Le Plan d'action invite instamment les États Membres à continuer à appliquer les mesures convenues par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA60.23. Dans son objectif 3 (paragraphe 24.e) intitulé *Promouvoir une alimentation saine*, le Plan d'action propose en tant que principale mesure à prendre par les États Membres « de préparer et mettre en place, selon qu'il conviendra et avec tous les acteurs concernés, un cadre et/ou des dispositifs pour promouvoir la commercialisation responsable d'aliments et de boissons non alcoolisées auprès des enfants, afin de réduire les effets des aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel ».
3. Dans le cadre de ce mandat, le Directeur général, en novembre 2008, a nommé les membres d'un groupe ad hoc d'experts chargés de lui donner des conseils techniques sur les objectifs de politique générale appropriés, les options politiques et les mécanismes de surveillance et d'évaluation. Ce groupe s'est appuyé sur un examen systématique et actualisé qui a confirmé les conclusions antérieures selon lesquelles, partout dans le monde, des aliments à haute teneur en graisses, en sucres ou en sel étaient largement commercialisés auprès des enfants.
4. Deux réunions ont été organisées avec des représentants des organisations non gouvernementales internationales, de l'ensemble du secteur des industries alimentaires et des boissons non alcoolisées et celui de la publicité. Il s'agissait de définir des initiatives de politique générale et de concevoir des processus et des outils pour mettre en place une surveillance et une évaluation dans le domaine de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants.
5. Le Secrétariat s'est appuyé sur les conseils du groupe d'experts et sur les contributions des parties prenantes au cours de ces deux réunions pour rédiger un document de travail qui a servi de

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.14 ; voir aussi à l'annexe 9 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

cadre à des consultations régionales avec les États Membres. Celles-ci avaient pour but de recueillir le point de vue des États Membres sur les objectifs de politique générale, les options politiques et les mécanismes de surveillance et d'évaluation présentés dans le document de travail. En septembre 2009, 66 États Membres avaient envoyé une réponse à ce sondage. D'autres commentaires sur le document de travail ont été formulés lors de deux réunions de suivi tenues avec des représentants des organisations non gouvernementales internationales, du secteur des industries alimentaires et des boissons non alcoolisées et du secteur de la publicité.

6. Il est ressorti clairement de ces consultations que les États Membres considéraient la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants comme un problème international et estimaient qu'il était nécessaire de veiller à ce que le secteur privé commercialise ses produits de façon responsable. Les consultations ont aussi fait apparaître que les politiques actuellement en place dans les États Membres ont des objectifs et des contenus variables et diffèrent par les approches adoptées, les pratiques en matière de surveillance et d'évaluation et la manière dont les parties prenantes y sont associées. Les approches appliquées vont d'une interdiction légale de la publicité télévisée destinée aux enfants pour certains aliments prédéfinis à la simple application volontaire de codes d'éthique par certains secteurs de l'agroalimentaire ou de la publicité. Plusieurs États Membres ont indiqué qu'ils auraient besoin d'une aide supplémentaire du Secrétariat dans les domaines de l'élaboration des politiques, de la surveillance et de l'évaluation.

7. La commercialisation transfrontières a été mentionnée comme un sujet de préoccupation par 15 États Membres. De nombreux pays, y compris ceux qui ont mis en place des restrictions, sont exposés sur leur territoire aux effets de stratégies de commercialisation des aliments impulsées de l'étranger ; les États Membres ont indiqué qu'il fallait s'attaquer à la dimension transnationale de nombreuses pratiques commerciales.

8. La commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées auprès des enfants fréquentant des établissements scolaires et préscolaires a été jugée préoccupante par certains États Membres. La situation particulière des établissements scolaires en tant que lieux où les enfants sont un public captif et le rôle que les écoles devraient jouer dans la promotion de la santé ont aussi été mentionnés comme facteurs à prendre en compte dans les recommandations.

9. Le but principal de ces recommandations est de guider les efforts déployés par les États Membres pour concevoir de nouvelles politiques et/ou renforcer les politiques existantes en matière de communication commerciale sur les aliments s'adressant aux enfants, afin de réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres et en sel.

10. Les recommandations formulées figurent en caractères **gras** dans la présente annexe. Elles sont structurées en cinq sections : justification ; élaboration de la politique ; mise en œuvre de la politique ; surveillance et évaluation de la politique ; et recherche.

## DONNÉES FACTUELLES

11. Une mauvaise alimentation est un facteur de risque de maladies non transmissibles. Ce risque apparaît dès l'enfance et se renforce tout au long de la vie. Afin de réduire leur risque futur d'être atteint d'une maladie non transmissible, les enfants devraient conserver un poids normal et consommer des aliments à faible teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres et en sel. Une mauvaise alimentation favorise le surpoids et l'obésité, phénomènes qui n'ont cessé de progresser chez les enfants du monde entier ces dernières années.

12. Les résultats d'études systématiques sur l'étendue, la nature et les effets de la commercialisation des aliments auprès des enfants montrent que la publicité et d'autres techniques de commercialisation<sup>1</sup> des aliments<sup>2</sup> sont très répandues à travers le monde<sup>3</sup> et concernent principalement des aliments à haute teneur en graisses, en sucres ou en sel. Les données factuelles montrent aussi que la publicité télévisée influe sur les préférences alimentaires des enfants et sur leurs demandes d'achat et leurs modes de consommation.

13. Les études systématiques ont montré que, même si la télévision reste un média important, elle est progressivement complétée par un éventail de plus en plus complexe de techniques de communication commerciale axées sur la valorisation des marques et l'établissement de liens avec les consommateurs. Ce vaste ensemble de techniques de commercialisation comprend la publicité, le parrainage, le placement de produits, la promotion des ventes, le marketing croisé faisant appel à des célébrités, l'utilisation de mascottes ou de personnages populaires auprès des enfants, les sites Web, les emballages et étiquetages, les présentoirs et étalages de points de vente, les messages électroniques et les messages textes, les activités philanthropiques liées à des marques, et la « mercatique virale » ou le bouche-à-oreille. La commercialisation d'aliments auprès des enfants est maintenant devenue un phénomène mondial qui tend à être multiforme et intégré, et à utiliser de multiples messages transmis par toutes sortes de voies.

## RECOMMANDATIONS

### JUSTIFICATION

14. L'examen des données dont on dispose montre qu'il est de toute évidence justifié que les États Membres prennent des mesures dans ce domaine. La nécessité de mettre en place des mécanismes de politique générale appropriés a aussi été reconnue par divers États Membres au cours des consultations ayant conduit à l'élaboration des présentes recommandations. Celles-ci viennent appuyer encore les résolutions WHA60.23 et WHA61.14 de l'Assemblée de la Santé sur la lutte contre les maladies non transmissibles et fournissent de solides arguments en faveur de la formulation de politiques par les États Membres.

### **RECOMMANDATION 1. L'objectif de la politique devrait être de réduire les effets sur les enfants de la commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel.**

15. L'efficacité des techniques de communication commerciale dépend de deux éléments : les médias par lesquels le message est transmis, et son contenu créatif. Le premier élément est relatif à la

---

<sup>1</sup> On entend par « commercialisation » toute forme de communication commerciale ou de message commercial conçu dans le but ou ayant pour effet d'accroître la reconnaissance, l'attrait et/ou la consommation de produits ou de services particuliers. La commercialisation comprend toutes les méthodes de publicité ou de promotion en faveur d'un produit ou d'un service.

<sup>2</sup> Le terme « aliment » est utilisé dorénavant pour désigner à la fois les aliments et les boissons non alcoolisées.

<sup>3</sup> Hastings G et al. *Review of the research on the effects of food promotion to children*. Glasgow, University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003 (<http://www.food.gov.uk/news/newsarchive/2003/sep/promote>); Hastings G et al. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595247\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595247_eng.pdf)) ; McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI, eds. *Food marketing to children and youth: treat or opportunity?* Washington DC, Institute of Medicine, National Academies Press, 2006 ([http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=11514#toc](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11514#toc)); et Cairns G, Angus K, Hastings G. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 ([http://www.who.int/dietphysicalactivity/Evidence\\_Update\\_2009.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/Evidence_Update_2009.pdf)).

portée, à la fréquence et à l'impact du message, qui déterminent l'*exposition* des enfants au message commercial. Le second élément se rapporte au contenu, à la conception et à l'exécution du message, qui influent sur la *force* de la communication commerciale. L'efficacité de la commercialisation est donc fonction à la fois de l'*exposition* au message et de la *force* de celui-ci.

**RECOMMANDATION 2. Étant donné que l'efficacité de la commercialisation est fonction à la fois de l'exposition aux messages et de leur force, l'objectif global des politiques devrait être de réduire à la fois l'exposition des enfants et la force des messages commerciaux en faveur des aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel.**

#### ÉLABORATION DE LA POLITIQUE

16. Les États Membres peuvent choisir différentes approches pour atteindre leurs objectifs politiques, en fonction de leur propre contexte national et des ressources dont ils disposent. Ils peuvent adopter une *approche globale* consistant à limiter toutes les formes de commercialisation auprès des enfants d'aliments à teneur élevée en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, ce qui élimine totalement l'exposition aux messages commerciaux et en neutralise par là même la force. Mais ils peuvent aussi commencer par agir séparément sur l'exposition ou sur la force du message, ou encore décider de s'attaquer simultanément aux deux aspects selon une *approche STEPwise* (par étapes).

17. La capacité potentielle d'atteindre l'objectif politique consistant à réduire les effets sur les enfants de la commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel varie selon les approches politiques adoptées. Une approche globale est celle qui a le plus de chances de produire l'effet recherché.

18. S'agissant de l'*exposition*, il faut étudier quand, où et à l'intention de qui la commercialisation sera ou non autorisée et pour quels produits. S'agissant de la *force* du message, il faut examiner la possibilité de restreindre l'utilisation des techniques de commercialisation qui ont des effets particulièrement puissants. Si l'on choisit par exemple une approche STEPwise, il convient de prêter plus particulièrement attention aux techniques de commercialisation auxquelles les enfants sont les plus exposés et aux messages commerciaux qui ont le plus d'impact.

**RECOMMANDATION 3. Pour atteindre les buts et objectifs des politiques, les États Membres devraient étudier différentes approches, telles qu'une approche STEPwise ou une approche globale, destinées à réduire la commercialisation auprès des enfants d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel.**

19. L'efficacité de la mise en œuvre dépend d'une définition claire des composantes de la politique. C'est de cette définition que dépendra la propension de la politique à réduire l'exposition aux messages commerciaux et/ou leur force, et donc leur impact. Parmi les choses importantes à définir figurent le groupe d'âge auquel les restrictions vont s'appliquer, les moyens de communication utilisés, les cadres et techniques de commercialisation qui seront visés, et ce qui constitue une commercialisation ciblant plus particulièrement les enfants en fonction de facteurs tels que le produit,

le moment, les téléspectateurs, le placement et le contenu du message commercial, ainsi que les aliments qui seront couverts par les restrictions de la commercialisation.<sup>1</sup>

**RECOMMANDATION 4. Les gouvernements devraient adopter des définitions claires pour les principaux éléments de la politique, de manière à permettre de standardiser le processus de mise en œuvre. L'établissement de définitions claires facilite une mise en œuvre uniforme quel que soit l'organe qui est chargé d'appliquer la politique. Lorsqu'ils fixent ces définitions de base, les États Membres doivent déterminer les problèmes qui leur sont spécifiques et en tenir compte de façon à ce que la politique ait un impact maximal.**

20. Les établissements scolaires, les centres de soins accueillant des enfants et les autres structures éducatives sont des lieux privilégiés pour agir en lieu et place des parents, et rien de ce qui s'y passe ne devrait porter atteinte au bien-être des enfants. C'est pourquoi l'équilibre nutritionnel des enfants à l'école devrait être un élément capital et constituer l'assise de la bonne santé des enfants à ce stade de leur formation. Cela coïncide aussi avec la recommandation formulée dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui invite instamment les gouvernements à adopter des politiques favorisant une alimentation saine à l'école.

**RECOMMANDATION 5. Les lieux accueillant des rassemblements d'enfants devraient être à l'abri de toutes formes de commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel. Ces lieux comprennent notamment, mais pas exclusivement, les crèches, les écoles, les cours de récréation et les centres d'accueil préscolaire, les terrains de jeux, les dispensaires recevant des familles et des enfants et les services de pédiatrie, y compris durant les activités sportives et culturelles qui s'y déroulent.**

21. La politique concernant la commercialisation d'aliments destinés aux enfants fait intervenir un grand nombre d'acteurs et touche transversalement plusieurs secteurs à la fois. Les gouvernements sont les mieux placés pour fixer les orientations et les stratégies globales permettant d'atteindre des objectifs de santé publique au niveau de l'ensemble de la population. Lorsqu'ils collaborent avec d'autres acteurs, ils devraient veiller à protéger l'intérêt public et à éviter les conflits d'intérêts. Quel que soit le cadre politique choisi, tous les groupes de parties prenantes, y compris le secteur privé, la société civile, les organisations non gouvernementales, les médias, les chercheurs des milieux universitaires, les parents et la communauté au sens large, devraient avoir connaissance de la politique arrêtée.

**RECOMMANDATION 6. Les gouvernements devraient assumer un rôle central dans l'élaboration de la politique et piloter la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation en s'appuyant sur un vaste réseau de partenaires. Lorsqu'ils fixent le cadre de la politique nationale, les gouvernements peuvent choisir d'attribuer des rôles bien définis à d'autres acteurs tout en protégeant l'intérêt public et en évitant les conflits d'intérêts.**

---

<sup>1</sup> Les États Membres peuvent choisir de distinguer les types d'aliments de différentes manières, par exemple en se référant aux directives diététiques nationales, aux définitions établies par des organes scientifiques ou à des modèles de profils nutritifs, ou décider que les restrictions de la commercialisation s'appliqueront à certaines catégories d'aliments.

## MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

22. La politique définie peut être mise en œuvre par différentes méthodes. L'une d'elles est l'adoption de dispositions légales qui rendent la mise en œuvre et l'observation des règles juridiquement contraignantes. Une autre approche est l'autoréglementation par l'industrie, qui couvre des secteurs entiers de l'industrie, comme par exemple celui de la publicité, et qui peut être indépendante de la réglementation gouvernementale. Cette démarche peut toutefois être imposée d'une certaine manière par l'État, qui peut par exemple fixer des objectifs et en surveiller la bonne observation au moyen d'indicateurs clés. D'autres approches comprennent différents mécanismes de coréglementation associant dispositions légales, autorégulation et/ou initiatives volontaires de l'industrie, lesquelles peuvent aussi bien s'inscrire dans un cadre imposé par l'État que n'avoir aucune base officielle. Les gouvernements ou les organes mandatés par eux peuvent aussi publier ou appliquer des directives.

23. Les États Membres qui imposent des restrictions sur certains ou sur tous les aspects de la commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel destinés aux enfants doivent veiller à ce que les restrictions imposées au plan national s'appliquent aussi aux stratégies commerciales impulsées sur leur territoire qui vont toucher d'autres pays (flux sortant). Dans de nombreux pays, les effets des stratégies commerciales importées d'autres pays (flux entrant) peuvent être aussi importants que ceux de la commercialisation organisée localement. Dans ce type de situation, l'action menée au niveau national doit prendre en compte non seulement la commercialisation orchestrée sur place, mais aussi celle qui provient d'autres pays, en tenant compte des obligations internationales de l'État Membre concerné. Dans ce cas, une collaboration internationale efficace est indispensable pour que l'action menée au niveau national ait un réel impact.

24. Indépendamment de toutes les autres mesures prises pour mettre en œuvre une politique nationale, les parties prenantes du secteur privé devraient être encouragées à suivre des pratiques commerciales compatibles avec les buts et objectifs politiques énoncés dans les présentes recommandations et à les appliquer partout dans le monde pour que les enfants jouissent partout du même niveau de considération et pour éviter de compromettre les efforts entrepris pour encadrer la commercialisation dans des pays qui subissent les effets de stratégies commerciales échafaudées au-delà de leurs frontières.

25. La société civile, les organisations non gouvernementales et les chercheurs des milieux universitaires ont la capacité de contribuer à la mise en œuvre de la politique en aidant au renforcement des capacités, en menant une action de plaidoyer et en apportant leurs compétences techniques.

**RECOMMANDATION 7.** Compte tenu des ressources disponibles, des avantages escomptés et de la charge imposée à l'ensemble des acteurs concernés, les États Membres devraient étudier l'approche la plus efficace pour réduire la commercialisation auprès des enfants d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel. L'approche retenue devrait s'inscrire dans un cadre général mis au point pour atteindre les objectifs de la politique.

**RECOMMANDATION 8.** Les États Membres devraient coopérer à la mise en place des moyens nécessaires pour réduire l'impact de la commercialisation transfrontières (flux entrant et sortant) d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel destinés aux enfants, afin que la politique nationale adoptée ait le plus fort impact possible.

**RECOMMANDATION 9. Le cadre politique mis en place devrait prévoir des mécanismes d'exécution et des systèmes pour en contrôler la bonne application. À cet égard, le cadre politique devrait notamment définir clairement les sanctions applicables et pourrait inclure aussi un système pour le dépôt de plaintes.**

#### SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE

26. La surveillance est un système qui permet de recueillir et d'étayer des informations sur le point de savoir si la politique remplit ses objectifs. L'évaluation est également importante, car elle mesure l'impact des buts et objectifs fixés. Il peut être nécessaire d'utiliser des méthodes différentes pour la surveillance et pour l'évaluation, afin de maximiser l'efficacité et d'éviter les conflits d'intérêts.

27. Le cadre politique devrait comprendre un ensemble minimum d'indicateurs de processus et de résultats, définir clairement les rôles et confier les activités et mécanismes de surveillance et d'évaluation à des parties entre lesquelles il n'existe pas de conflit d'intérêts. Les indicateurs doivent être spécifiques, quantitatifs et mesurables à l'aide d'instruments à la fois validés et fiables.

28. La surveillance de la politique devrait se faire au moyen d'indicateurs pertinents mesurant les effets de celle-ci sur la réalisation de l'objectif visé (par exemple réduire l'exposition au message commercial et sa force).

29. Pour évaluer une réduction de l'*exposition*, on peut par exemple mesurer le volume des communications commerciales (ou des dépenses consacrées aux messages commerciaux) concernant des aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel qui s'adressent aux enfants. Cela peut être fait en calculant le nombre de publicités destinées aux enfants portant sur des aliments à forte teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, qui passent à la télévision sur une période de 24 heures.

30. Pour évaluer la réduction de la *force* du message, on peut mesurer par exemple la fréquence avec laquelle telle ou telle technique est utilisée. Cela peut être fait en calculant le nombre de publicités à l'intention des enfants diffusées à la télévision sur une période de 24 heures pour des aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, qui utilisent des personnages créés par les annonceurs ou font appel à des célébrités, ou qui emploient d'autres techniques spécialement attirantes pour les enfants.

31. Les informations recueillies au moyen de la surveillance peuvent être utilisées : i) pour aider à faire respecter la réglementation ; ii) pour rendre compte publiquement de son observation ; iii) pour aider à affiner et à améliorer la politique ; et iv) pour contribuer à l'évaluation de la politique.

**RECOMMANDATION 10. Tous les cadres politiques devraient comporter un système de surveillance pour s'assurer, au moyen d'indicateurs clairement définis, que les objectifs fixés dans la politique nationale sont respectés.**

32. L'évaluation de la politique doit se faire au moyen d'indicateurs spécifiques qui mesurent les effets de la politique sur le but général recherché (c'est-à-dire la réduction de l'impact). Les indicateurs devraient aussi permettre de déterminer si les enfants sont directement ou indirectement exposés à des messages commerciaux destinés à d'autres publics ou à d'autres médias.

33. Pour évaluer une réduction de l'*impact*, on peut par exemple mesurer les évolutions du pourcentage des ventes ou des parts de marché correspondant aux aliments à forte teneur en graisses

saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel ; et mesurer les modifications intervenues dans les modes de consommation des enfants sous l'influence de la politique.

34. L'évaluation devrait idéalement se faire en utilisant comme base de référence des données rassemblées dans un premier temps pour permettre d'établir l'impact réel de la politique.

**RECOMMANDATION 11. Les cadres politiques devraient également comporter un système pour évaluer l'impact et l'efficacité de la politique par rapport au but général recherché, à l'aide d'indicateurs clairement définis.**

#### RECHERCHE

35. Les études mondiales ont montré que la plupart des données factuelles dont on dispose jusqu'ici proviennent de pays à revenu élevé. De nombreux États Membres n'ont pas de données nationales ni de travaux de recherche leur permettant de mesurer l'étendue, la nature et les effets de la commercialisation d'aliments destinés aux enfants. Or ce type de recherche peut être utile pour informer tous ceux qui sont chargés de mettre en œuvre et de faire respecter la politique dans un contexte national.

**RECOMMANDATION 12. Les États Membres sont encouragés à recenser les informations existantes sur l'étendue, la nature et les effets de la commercialisation d'aliments destinés aux enfants dans leur pays. Ils sont aussi encouragés à soutenir de nouvelles recherches dans ce domaine, en particulier la recherche axée sur la mise en œuvre et l'évaluation de politiques visant à réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel.**

---

## ANNEXE 5

# Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé<sup>1</sup>

### *Preamble*

Les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé :

Rappelant la résolution WHA57.19 dans laquelle l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer un code de pratique non contraignant pour le recrutement international des personnels de santé en consultation avec tous les partenaires concernés ;

Donnant suite aux appels figurant dans la Déclaration de Kampala, adoptée au Premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, 2-7 mars 2008) et dans les communiqués du G8 de 2008 et de 2009 qui encouragent l'OMS à accélérer l'élaboration et l'adoption d'un code de pratique ;

Conscients de la pénurie mondiale de personnels de santé et reconnaissant que des effectifs suffisants et disponibles de personnels de santé sont un élément fondamental d'un système de santé intégré et efficace et pour la fourniture des services de santé essentiels ;

Profondément préoccupés par la grave pénurie de personnels de santé notamment hautement qualifiés et formés, dans de nombreux États Membres, qui compromet gravement la performance des systèmes de santé et l'aptitude de ces pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de développement convenus au niveau international ;

Soulignant que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé sera un élément crucial de la réponse apportée aux niveaux bilatéral, national, régional et mondial aux problèmes que posent les migrations des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé ;

Sont DONC convenus des articles ci-après, sur lesquels il est recommandé de fonder toute action.

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.16.

### ***Article 1 – Objectifs***

Le présent Code a pour objectifs :

- 1) de définir et de promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants ;
- 2) de servir de référence aux États Membres pour instaurer le cadre juridique et institutionnel requis pour le recrutement international des personnels de santé ou pour l'améliorer ;
- 3) de donner, au besoin, des indications utiles pour élaborer et appliquer des accords bilatéraux et d'autres instruments juridiques internationaux ;
- 4) de faciliter et d'encourager un débat international et de développer la coopération sur les questions liées au recrutement international éthique des personnels de santé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, en se concentrant plus particulièrement sur la situation des pays en développement ;

### ***Article 2 – Nature et portée***

2.1 Le Code n'est pas contraignant. Les États Membres et les autres acteurs sont vivement encouragés à l'utiliser.

2.2 De portée mondiale, le Code est destiné à servir de guide aux États Membres dans leur collaboration avec des acteurs tels que les personnels de santé, les recruteurs, les employeurs, les organisations de professionnels de la santé, les organisations infrarégionales, régionales et mondiales intéressées, qu'elles soient publiques ou privées, y compris non gouvernementales, et toutes les personnes concernées par le recrutement international des personnels de santé.

2.3 Le Code énonce des principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé de façon à renforcer les systèmes de santé des pays en développement, des pays à économie en transition et des petits États insulaires.

### ***Article 3 – Principes directeurs***

3.1 La santé de tous les peuples est fondamentale pour l'instauration de la paix et de la sécurité et dépend de la plus entière coopération des individus et des États. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur population, dont ils ne peuvent s'acquitter que par la mise en place de mesures sanitaires et sociales adéquates. Les États Membres devraient tenir compte du Code, selon les besoins, lorsqu'ils élaborent leurs politiques de santé nationales et lorsqu'ils coopèrent les uns avec les autres.

3.2 Il est indispensable de remédier aux pénuries actuelles et attendues de personnels de santé pour protéger la santé dans le monde. Si le recrutement est bien géré, les migrations internationales de personnels de santé peuvent contribuer utilement au développement et au renforcement des systèmes de santé. Il est cependant souhaitable de fixer des principes internationaux non contraignants et de coordonner les politiques nationales en matière de recrutement international des personnels de santé pour promouvoir des cadres qui permettent de renforcer équitablement les systèmes de santé partout

dans le monde, d'atténuer les effets négatifs des migrations des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays en développement et de protéger les droits des personnels de santé.

3.3 Les besoins et la situation propres à chaque pays devraient être pris en considération, en particulier ceux des pays en développement et des pays à économie en transition particulièrement vulnérables aux pénuries de personnels de santé et/ou dont les moyens d'appliquer les recommandations du présent Code sont limités. Les pays développés devraient, dans la mesure du possible, fournir une assistance technique et financière aux pays en développement et aux pays à économie en transition afin de renforcer les systèmes de santé, y compris sur le plan du développement des personnels de santé.

3.4 Les États Membres devraient tenir compte du droit des populations des pays d'origine à posséder le meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre, des droits individuels des personnels de santé de quitter tout pays, conformément au droit applicable, afin d'atténuer les effets négatifs et de renforcer les effets positifs des migrations sur les systèmes de santé des pays d'origine. Aucune disposition du présent Code ne devrait toutefois être interprétée comme restreignant la liberté des personnels de santé, conformément au droit applicable, d'émigrer dans des pays qui souhaitent les accueillir et les employer.

3.5 Le recrutement international des personnels de santé devrait être conduit dans le respect des principes de transparence, d'équité et de promotion de systèmes de santé durables dans les pays en développement. Les États Membres, conformément à leur législation nationale et aux instruments juridiques internationaux applicables auxquels ils sont parties, devraient promouvoir et respecter des pratiques justes en matière d'emploi pour tous les personnels de santé. À tous égards, l'emploi des personnels de santé migrants et le traitement qui leur est appliqué devraient être exempts de toute distinction illégale quelle qu'elle soit.

3.6 Les États Membres devraient s'efforcer, dans la mesure du possible, de former des effectifs de personnels de santé pérennes et d'instaurer des stratégies efficaces de planification, d'éducation et de formation, et de fidélisation des personnels de santé pour avoir moins besoin de recruter des personnels de santé migrants. Les politiques et les mesures visant à renforcer les personnels de santé devraient être adaptées aux conditions propres à chaque pays et intégrées dans les programmes de développement nationaux.

3.7 Il est indispensable de rassembler des données nationales et internationales, de faire des recherches et d'échanger des informations sur le recrutement international des personnels de santé pour atteindre les objectifs du présent Code.

3.8 Les États Membres devraient faciliter les migrations circulaires des personnels de santé de sorte que les compétences et les connaissances puissent être obtenues dans l'intérêt des pays d'origine et de destination.

#### ***Article 4 – Responsabilités, droits et pratiques de recrutement***

4.1 Les personnels de santé, les organisations de professionnels de la santé, les conseils professionnels et les recruteurs devraient s'efforcer de coopérer pleinement avec les responsables de la réglementation et les autorités nationales et locales dans l'intérêt des patients, des systèmes de santé et de la société en général.

4.2 Les recruteurs et les employeurs devraient, dans la mesure du possible, être informés et tenir compte des responsabilités juridiques des personnels de santé vis-à-vis du système de santé de leur pays, par exemple au titre d'un engagement à des conditions justes et raisonnables, et ne pas chercher

à les recruter. Les personnels de santé devraient faire preuve de franchise et de transparence au sujet d'éventuelles responsabilités juridiques qu'ils pourraient avoir.

4.3 Les États Membres et les autres acteurs devraient être conscients que des pratiques de recrutement international conformes à l'éthique offrent aux personnels de santé la possibilité d'apprécier les avantages et les risques que présentent les postes à pourvoir et de prendre des décisions éclairées en temps voulu.

4.4 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible conformément au droit applicable, faire en sorte que les recruteurs et les employeurs observent des pratiques contractuelles justes et équitables quand ils emploient des personnels de santé migrants et que ces derniers ne fassent pas l'objet de pratiques illégales ou frauduleuses. Les personnels de santé migrants devraient être engagés, promus et rémunérés d'après des critères objectifs tels que les compétences, le nombre d'années d'expérience et les responsabilités professionnelles, selon le principe d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement. Les recruteurs et les employeurs devraient fournir aux personnels de santé migrants des informations exactes et pertinentes sur tous les postes qui leur sont offerts.

4.5 Les États Membres devraient veiller à ce que, compte tenu du droit applicable, y compris les instruments juridiques internationaux auxquels ils sont parties, les personnels de santé migrants aient les mêmes droits et responsabilités juridiques que les personnels de santé formés localement, quelles que soient les conditions d'emploi et de travail.

4.6 Les États Membres et autres acteurs devraient prendre des mesures visant à ce que les personnels de santé migrants bénéficient de possibilités et d'incitations leur permettant d'améliorer leur formation professionnelle, leurs compétences et leur carrière, sur une base d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement, sous réserve du droit applicable. Tous les personnels de santé migrants devraient se voir proposer des programmes appropriés d'orientation et de préparation à l'entrée en fonctions qui leur permettent d'exercer leur activité efficacement et en toute sécurité au sein du système de santé du pays de destination.

4.7 Les recruteurs et les employeurs devraient comprendre que le Code s'applique de la même façon aux personnes recrutées à titre temporaire ou permanent.

#### ***Article 5 – Développement des personnels de santé et pérennité des systèmes de santé***

5.1 Conformément au principe directeur énoncé à l'article 3 du présent Code, les systèmes de santé tant des pays d'origine que des pays de destination devraient retirer des avantages des migrations internationales des personnels de santé. Les pays de destination sont encouragés à collaborer avec les pays d'origine pour pérenniser et promouvoir, selon les besoins, le développement et la formation des ressources humaines pour la santé. Les États Membres devraient décourager le recrutement actif de personnels de santé des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé.

5.2 Les États Membres devraient se servir du présent Code comme d'un guide lorsqu'ils mettent en place des dispositifs bilatéraux, régionaux ou multilatéraux pour promouvoir la coopération et la coordination internationales en matière de recrutement international des personnels de santé. Ces dispositifs devraient prendre en compte les besoins des pays en développement et des pays à économie en transition moyennant des mesures appropriées, par exemple la fourniture d'une aide technique efficace et appropriée, un appui pour fidéliser les personnels de santé, la reconnaissance sociale et professionnelle des personnels de santé, un appui à la formation dans les pays d'origine adapté au profil épidémiologique de ces pays, le jumelage d'établissements de santé, un appui pour renforcer les

moyens de mettre en place des cadres réglementaires appropriés, l'accès à une formation spécialisée, le transfert de technologie et de compétences et l'aide au retour dans le pays d'origine, qu'il soit temporaire ou permanent.

5.3 Les États Membres devraient reconnaître l'utilité, tant pour leur système de santé que pour les personnels eux-mêmes, des échanges professionnels entre pays et des possibilités de se former et de travailler à l'étranger. Qu'ils soient pays d'origine ou de destination, les États Membres devraient encourager et aider les personnels de santé à mettre l'expérience qu'ils ont acquise à l'étranger au service de leur pays d'origine.

5.4 Étant donné l'importance capitale des personnels de santé pour la continuité des systèmes de santé, les États Membres devraient prendre des mesures efficaces pour former, fidéliser et pérenniser un personnel de santé adapté aux conditions propres à chaque pays, y compris dans les zones les plus démunies, et planifier les ressources humaines en se fondant sur des données factuelles. Tous les États Membres devraient s'efforcer de répondre, dans la mesure du possible, à leurs besoins en personnels de santé au moyen de leurs propres ressources humaines.

5.5 Les États Membres devraient envisager de renforcer les établissements d'enseignement afin d'améliorer la formation des personnels de santé et d'élaborer des programmes de formation innovants qui tiennent compte des besoins de santé actuels. Les États Membres devraient prendre des mesures pour faire en sorte qu'une formation appropriée soit dispensée dans les secteurs public et privé.

5.6 Les États Membres devraient envisager d'adopter et de mettre en œuvre des mesures efficaces visant à garantir le renforcement des systèmes de santé, la surveillance continue du marché du travail dans le secteur de la santé et la coordination entre tous les acteurs afin de constituer et de fidéliser des effectifs de personnels de santé pérennes qui répondent aux besoins sanitaires de leur population. Les États Membres devraient adopter une approche multisectorielle pour aborder ces problèmes dans le cadre des politiques nationales de santé et de développement.

5.7 Les États Membres devraient envisager d'adopter des mesures pour remédier à la mauvaise répartition géographique des personnels de santé et s'efforcer de les retenir dans les zones sous-desservies, par exemple des mesures éducatives, des incitations financières, des mesures réglementaires et un appui professionnel.

#### *Article 6 – Collecte de données et recherche*

6.1 Les États Membres devraient être conscients qu'il faut s'appuyer sur des données factuelles solides pour élaborer des politiques et des plans efficaces en matière de recrutement des personnels de santé.

6.2 En tenant compte des caractéristiques des systèmes de santé nationaux, les États Membres sont encouragés à mettre sur pied ou renforcer, selon le cas, et tenir à jour des systèmes d'information sur les personnels de santé, y compris sur les migrations des personnels de santé et leurs effets sur les systèmes de santé. Les États Membres sont encouragés à rassembler, analyser les données et à s'en servir pour élaborer des politiques et des plans efficaces en matière de personnels de santé.

6.3 Les États Membres sont encouragés à mettre sur pied des programmes de recherche sur les migrations des personnels de santé, ou à les renforcer selon le cas, et à coordonner ces programmes dans le cadre de partenariats nationaux, infranationaux, régionaux et internationaux.

6.4 L'OMS est encouragée à veiller, dans la mesure du possible et en collaboration avec les organisations internationales concernées et les États Membres, à ce que des données comparables et

fiables soient produites et recueillies conformément aux paragraphes 6.2 et 6.3 ci-dessus aux fins de suivi permanent, d'analyse et d'élaboration de politiques.

### ***Article 7 – Échange d'informations***

7.1 S'il y a lieu et sous réserve des dispositions du droit national, les États Membres sont encouragés à promouvoir l'instauration ou le renforcement d'un échange d'informations sur les migrations internationales des personnels de santé et les systèmes de santé, aux niveaux national et international, par l'intermédiaire des organismes publics, des instituts universitaires et de recherche, des organisations de professionnels de la santé et des organisations infrarégionales, régionales et internationales, qu'elles soient gouvernementales ou non gouvernementales.

7.2 Pour promouvoir et faciliter l'échange d'informations en rapport avec le présent Code, chaque État Membre devrait, dans la mesure du possible :

- a) constituer progressivement et tenir à jour une base de données sur les lois et les réglementations en matière de recrutement et de migration des personnels de santé et, s'il y a lieu, sur leur application ;
- b) constituer progressivement et tenir à jour une base de données rassemblant les données des systèmes d'information sur les personnels de santé mis sur pied conformément à l'article 6.2 ; et
- c) communiquer tous les trois ans au Secrétariat de l'OMS les données recueillies en application des paragraphes a) et b) ci-dessus, en commençant par un premier rapport dans les deux ans suivant l'adoption du Code par l'Assemblée de la Santé.

7.3 À des fins de communication internationale, chaque État Membre devrait, selon les besoins, désigner une autorité nationale chargée de l'échange d'informations concernant les migrations des personnels de santé et la mise en œuvre du Code. Les États Membres qui désignent une telle autorité devraient en informer l'OMS. L'autorité nationale désignée devrait être habilitée à communiquer directement, ou selon les modalités prévues par la législation ou la réglementation nationale, avec les autorités nationales désignées des autres États Membres, ainsi qu'avec le Secrétariat de l'OMS et les autres organisations régionales et internationales concernées, et à présenter des rapports et d'autres informations au Secrétariat de l'OMS en vertu du paragraphe 7.2.c) ci-dessus et de l'article 9.1.

7.4 L'OMS établira, tiendra à jour et publiera un registre des autorités nationales désignées en vertu du paragraphe 7.3 ci-dessus.

### ***Article 8 – Application du Code***

8.1 Les États Membres sont encouragés à diffuser et appliquer le Code en collaboration avec tous les acteurs stipulés à l'article 2.2, conformément aux responsabilités nationales et infranationales.

8.2 Les États Membres sont encouragés à intégrer le Code dans les lois et politiques applicables.

8.3 Les États Membres sont encouragés à consulter, selon les besoins, tous les acteurs stipulés à l'article 2.2 lors de la prise de décisions et à les associer aux autres activités liées au recrutement international des personnels de santé.

8.4 Tous les acteurs visés à l'article 2.2 devraient s'efforcer d'œuvrer individuellement et collectivement à la réalisation des objectifs du présent Code. Tous devraient observer le Code,

indépendamment de l'aptitude des autres à faire de même. Les recruteurs et les employeurs devraient coopérer pleinement au respect du Code et promouvoir les principes directeurs qu'il énonce, indépendamment de l'aptitude d'un État Membre à appliquer le Code.

8.5 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible, conformément aux responsabilités juridiques et en collaboration avec les acteurs concernés, établir et mettre à jour à intervalles réguliers un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire par les autorités compétentes.

8.6 Les États Membres devraient, dans la mesure du possible, encourager et promouvoir le respect des bonnes pratiques par les agences de recrutement en n'utilisant que celles qui respectent les principes directeurs du Code.

8.7 Les États Membres sont encouragés à observer et évaluer l'ampleur du recrutement international actif de personnels de santé originaires de pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé et à évaluer l'importance et l'impact des migrations circulaires.

### *Article 9 – Suivi et dispositifs institutionnels*

9.1 Les États Membres devraient régulièrement rendre compte des mesures prises, des résultats obtenus, des difficultés rencontrées et des enseignements tirés de l'expérience dans un rapport unique dans le cadre des dispositions de l'article 7.2.c).

9.2 Le Directeur général suit l'application du présent Code d'après les rapports périodiques reçus des autorités nationales désignées, conformément aux articles 7.3 et 9.1, et d'autres sources compétentes, et il soumet périodiquement un rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé pour indiquer dans quelle mesure le code aide à atteindre les objectifs qui y sont fixés et faire des suggestions d'amélioration. Ce rapport sera établi dans le cadre de l'article 7.2.c).

9.3 Le Directeur général :

- a) appuie le système d'échange d'informations et le réseau d'autorités nationales désignées visés à l'article 7 ;
- b) rédige des lignes directrices et fait des recommandations au sujet des pratiques et des procédures, ainsi que des mesures et des programmes communs prévus par le Code ; et
- c) assure la liaison avec l'Organisation des Nations Unies, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale des Migrations et d'autres organisations régionales et internationales compétentes ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales concernées pour faciliter l'application du Code.

9.4 Le Secrétariat de l'OMS peut examiner des rapports établis par les acteurs stipulés à l'article 2.2 sur les activités liées à l'application du Code.

9.5 L'Assemblée mondiale de la Santé devrait périodiquement faire le point sur l'utilité et l'efficacité du Code. Le Code devrait être considéré comme un texte dynamique à actualiser selon les besoins.

---

***Article 10 – Partenariats, collaboration technique et appui financier***

10.1 Les États Membres et autres acteurs devraient collaborer directement ou par l'intermédiaire d'organismes internationaux compétents afin de développer les moyens dont ils disposent pour atteindre les objectifs du Code.

10.2 Les organisations internationales, les organismes donateurs internationaux, les institutions financières et de développement et autres organisations compétentes sont encouragés à fournir un appui technique et financier pour aider à appliquer le présent Code et contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays en développement et des pays à économie en transition qui connaissent des pénuries aiguës de personnels de santé et/ou dont les moyens d'atteindre les objectifs du présent Code sont limités. Ces organisations et autres entités devraient être encouragées à coopérer avec les pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé et faire en sorte que les fonds fournis pour des interventions contre des maladies particulières servent à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé.

10.3 Les États Membres devraient être encouragés à fournir, par eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'organisations nationales et régionales, d'organismes donateurs et d'autres organismes intéressés, une assistance technique et un appui financier aux pays en développement ou aux pays à économie en transition, en visant à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé de ces pays.

---

## ANNEXE 6

# Interventions pour la prévention ou le traitement<sup>1</sup> des malformations congénitales

[A63/10 – 1<sup>er</sup> avril 2010]

Soins préconceptionnels	Soins pendant la grossesse	Soins du nouveau-né et de l'enfant
<p><b>Planification familiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter aux femmes le concept de choix en matière de procréation</li> <li>• Diminuer le nombre total d'enfants nés avec une malformation congénitale</li> <li>• Diminuer la proportion de mères enceintes à un âge avancé, ce qui réduit la prévalence des trisomies autosomiques à la naissance, en particulier pour le syndrome de Down</li> <li>• Donner aux mères d'enfants affectés l'option de ne plus avoir d'enfant</li> </ul> <p><b>Dépistage et conseil préconceptionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des antécédents familiaux enregistrés au niveau des soins de santé primaires pour trouver les sujets susceptibles d'avoir des enfants affectés</li> <li>• Dépistage des porteurs pour les troubles récessifs courants (thalassémie et drépanocytose)</li> </ul> <p><b>Optimiser l'alimentation des femmes avant la grossesse et pendant toute la durée de celle-ci</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir l'utilisation de sel enrichi en iode pour éviter les troubles dus à une carence en iode</li> <li>• Promouvoir la consommation d'un aliment de base enrichi en acide folique et l'utilisation de suppléments multivitaminés pour éviter les anomalies du tube neural et d'autres malformations</li> <li>• Éviter l'alcool, le tabac et la cocaïne</li> <li>• Veiller à une alimentation générale suffisante (protéines, calories, fer)</li> </ul> <p><b>Prévenir et éviter les infections tératogènes avant et pendant la grossesse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syphilis</li> <li>• Rubéole (67 pays n'ont pas de programme national de vaccination contre la rubéole)</li> </ul> <p><b>Optimiser la santé de la mère et les traitements avant la conception</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les diabétiques insulinodépendants</li> <li>• Pour les femmes sous traitement antiépileptique ou sous warfarine</li> </ul>	<p><b>Dépistage prénatal pour</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le facteur Rhésus</li> <li>• La syphilis</li> <li>• Les sujets exposés à un risque d'avoir des enfants présentant des malformations congénitales à l'aide des antécédents familiaux</li> <li>• Le syndrome de Down : grossesse à un âge avancé ; dépistage dans le sérum maternel ; dépistage précoce par échographie</li> <li>• Les anomalies du tube neural avec dépistage dans le sérum maternel</li> <li>• Les malformations majeures par échographie pour dépister les anomalies fœtales (à partir de 18 semaines de grossesse)</li> <li>• Les porteurs de troubles récessifs courants (thalassémie et drépanocytose)</li> </ul> <p><b>Diagnostic prénatal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échographie</li> <li>• Amniocentèse</li> <li>• Biopsie des villosités choriales</li> </ul> <p><b>Traitement du fœtus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syphilis</li> <li>• Transfusion intra-utérine pour l'anémie fœtale, Rhésus négatif</li> </ul>	<p><b>Examen du nouveau-né</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche clinique par un professionnel qualifié d'éventuelles malformations congénitales pour tous les nouveau-nés</li> </ul> <p><b>Dépistage du nouveau-né</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothyroïdie congénitale</li> <li>• Phénylcétonurie</li> <li>• Mucoviscidose</li> <li>• Autres, en fonction des besoins et de la situation dans chaque pays</li> </ul> <p><b>Traitement médical</b></p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictère néonatal en cas de déficit de glucose-6-phosphate déshydrogénase ou d'incompatibilité du facteur Rhésus</li> <li>• Traitement et soins des enfants présentant des troubles hématologiques, comme la drépanocytose, la thalassémie, etc.</li> <li>• Traitement de certaines erreurs innées du métabolisme</li> <li>• Soins des enfants atteints de mucoviscidose</li> </ul> <p><b>Chirurgie</b></p> <p>Exemples de corrections chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformations cardiaques congénitales simples</li> <li>• Fentes labiales et palatines</li> <li>• Pied bot</li> <li>• Cataractes congénitales</li> </ul> <p><b>Réadaptation et soins palliatifs</b></p> <p>Suivant les cas</p>

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.17.

## **ANNEXE 7<sup>1</sup>**

# **Stratégie OMS de recherche pour la santé**

[A63/22 – 25 mars 2010]

## **CONTEXTE ET FONDEMENT**

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

1. La présente Stratégie indique comment renforcer le rôle de l'OMS dans la recherche pour la santé et, partant, le rôle de la recherche au sein de l'OMS. Il part du principe que la recherche est cruciale pour faire des progrès sanitaires au niveau mondial et il détermine comment le Secrétariat peut collaborer avec les États Membres et ses partenaires pour exploiter la science, la technologie et le savoir en général de façon à tirer de la recherche des données et des outils qui permettront d'améliorer les résultats sanitaires.
2. Dans tous les États Membres on demande de plus en plus à la recherche de fournir des éléments pour résoudre les problèmes de santé actuels et nouveaux. Pour pouvoir résoudre les problèmes prioritaires dans tous les domaines relevant de la santé publique, qu'il s'agisse de lutter contre les maladies liées à la pauvreté, de faire face à la transition épidémiologique qui conduit à une prédominance des maladies chroniques dans le monde, de veiller à ce que les femmes accouchent dans de bonnes conditions de sécurité ou encore de se préparer aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale, la recherche est indispensable.
3. Dans un monde où les besoins sont nombreux et les ressources limitées, il est particulièrement important que les politiques et les pratiques dans le domaine de la santé reposent sur les meilleures données de la recherche. L'importance fondamentale de la recherche pour l'OMS est affirmée dans l'article 2 de sa Constitution. De plus, exploiter le savoir, la science et la technologie est l'un des sept domaines prioritaires que distingue le onzième programme général de travail 2006-2015.
4. Le onzième programme général de travail définit un programme mondial d'action sanitaire pour l'Organisation, ses États Membres et la communauté internationale ; toutefois, bien que l'utilité de la recherche soit largement reconnue, son exploitation optimale pour résoudre les problèmes de santé prioritaires ne va pas de soi. La complexité des problèmes sanitaires auxquels les sociétés sont confrontées, les progrès rapides des connaissances et de la technologie dans le domaine de la santé, l'évolution des attentes et des préoccupations du public vis-à-vis de la recherche, et les différences dans l'organisation et la gestion de la recherche dans les pays et d'un pays à l'autre sont quelques-uns des nombreux facteurs à prendre en considération.
5. Fait important, beaucoup de progrès ont été accomplis depuis quelques dizaines d'années. On accorde de plus en plus d'importance à la santé dans le monde et, parallèlement, la communauté des

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.21.

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

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

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

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

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

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

### **Définitions et concepts**

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## STRATÉGIE OMS DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ

### La recherche au service de la santé

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

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

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

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

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

### Principes directeurs

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

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

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

---

<sup>1</sup> « Overview of Research at WHO 2006/07 », disponible en ligne à l'adresse : [http://www.who.int/rpc/research\\_strategy/en/index.html](http://www.who.int/rpc/research_strategy/en/index.html).

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

## Objectifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Normes et critères**

- Normes et critères applicables à la recherche (objectif concernant les normes)
- Code OMS de déontologie de la recherche (objectif concernant l'Organisation)
- Lignes directrices pour développer les moyens nationaux d'exercer les quatre fonctions principales des systèmes nationaux de recherche en santé (objectif concernant les capacités)

**Rapports et documentation destinés au public**

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

**OBJECTIF CONCERNANT L'ORGANISATION**

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

**L'enjeu**

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

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

- l'absence de conception commune, clairement énoncée, de la recherche pour la santé ;
- le morcellement et le manque de coordination des activités de recherche dans l'ensemble de l'Organisation ;

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

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

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

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

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

- a) instaurera des structures appropriées pour se tenir au courant des dernières évolutions en matière de gestion du savoir, interagir avec la communauté mondiale de la recherche, et diriger, gérer et coordonner la recherche au sein de l'OMS et pour garantir sa transparence ; et obtiendra les ressources nécessaires pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation de la présente Stratégie ;
- b) élaborera et appliquera un code OMS de déontologie de la recherche à l'intention des membres de son personnel qui participent à des activités de recherche et qui utilisent les données qui en sont issues ;
- c) renforcera les mécanismes existants de déontologie de la recherche, y compris :
  - i) les structures et les méthodes d'examen éthique et d'examen collégial ;
  - ii) le bon usage des données pour élaborer des lignes directrices ;
  - iii) l'examen régulier des politiques et des programmes essentiels à la lumière des nouvelles données scientifiques ;

- d) améliorera les compétences en matière de recherche du personnel de la catégorie professionnelle concerné en appliquant des critères de recrutement déterminés, en assurant une formation en cours d'emploi et en mettant en place un système d'incitation à bien exécuter les tâches qui s'appuient sur des évaluations régulières ;
- e) améliorera la gestion et la coordination des travaux de recherche auxquels l'OMS est associée et archivera tous ces travaux dans un système accessible au public afin d'élargir l'accès au savoir qu'ils ont permis d'acquérir ;
- f) rendra les partenariats pour la recherche plus performants :
  - i) en revoyant les procédures financières, juridiques et administratives de collaboration avec les partenaires ; et
  - ii) en entrant en contact avec un réseau élargi de partenaires dans tous les secteurs qui ont une influence sur la recherche pour la santé ;
- g) améliorera la communication, à la fois dans l'ensemble du Secrétariat et avec les États Membres, les partenaires et le public, au sujet de la participation de l'OMS à la recherche, en présentant régulièrement des rapports, y compris des rapports de suivi et d'évaluation de la présente Stratégie.

### Résultats escomptés

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

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

## OBJECTIF CONCERNANT LES PRIORITÉS

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

### L'enjeu

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

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

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

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

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

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

### Actions pour atteindre l'objectif

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

- a) veillera à ce qu'il existe des mécanismes pour faire la synthèse des données recueillies sur les carences de la recherche en ce qui concerne les problèmes actuels de santé et de système de santé aux niveaux national et mondial ;

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

### **Résultats escomptés**

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

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

### **OBJECTIF CONCERNANT LES CAPACITÉS**

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

#### **L'enjeu**

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

46. Les conditions nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de recherche en santé sont depuis longtemps connues : une politique nationale claire en matière de recherche, un encadrement, un

personnel capable, un financement suffisant, des mécanismes pour fixer les priorités, des cadres et des structures réglementaires solides (y compris un contrôle éthique), des instituts de recherche bien équipés, des systèmes d'information et des plans de diffusion efficaces. Mais, dans de nombreux pays, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen, les systèmes de recherche en santé manquent beaucoup de ressources et sont mal administrés, et les systèmes d'information sanitaire, quand ils existent, sont souvent inadéquats.

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

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

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

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

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

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

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

g) maximisera les effets des initiatives prises dans les États Membres pour développer le potentiel de recherche en harmonisant ces initiatives dans l'ensemble des programmes et des activités de recherche de l'OMS.

### **Résultats escomptés**

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

- les pays et d'autres acteurs investissent davantage dans la recherche pour la santé ;
- il existe dans tous les pays, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible ou moyen, des stratégies de recherche nationales qui définissent des priorités claires, des programmes réalistes de renforcement des capacités et des conditions explicites de participation des acteurs extérieurs ;
- les investissements des acteurs extérieurs dans la recherche sont en harmonie avec les stratégies de recherche nationales ;
- des lignes directrices OMS sur le développement du potentiel de recherche ont été élaborées et sont utilisées, y compris des indicateurs d'avancement ;
- le Secrétariat établit tous les deux ou trois ans des rapports faisant le point sur le potentiel de recherche national par le canal des organes directeurs de l'OMS et à l'aide des bases de données ;
- des réseaux de chercheurs et des communautés de pratique s'échangent des données d'expérience et distinguent les bonnes pratiques en matière de développement du potentiel de recherche ;
- les activités de recherche sont de meilleure qualité et mieux coordonnées parce que les initiatives prises par l'OMS pour développer le potentiel de recherche national correspondent aux besoins des pays.

### **OBJECTIF CONCERNANT LES NORMES**

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

#### **L'enjeu**

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

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

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

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

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

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

59. En collaboration avec les États Membres et les partenaires, le Secrétariat :

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

### **Résultats escomptés**

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

- la recherche médicale et la recherche en santé sont plus largement soutenues par le public et lui inspirent davantage confiance ;
- l'OMS emploie une méthode perfectionnée pour sélectionner, élaborer, adopter et évaluer des normes et des critères applicables à la recherche ;
- le processus de la recherche s'est amélioré du point de vue de la qualité, de l'efficacité, de la transparence, de la justification et de l'équité parce que les critères de gestion de la recherche sont mieux connus, mieux acceptés et mieux respectés ;

- les principes déontologiques de la recherche sont mieux acceptés et mieux respectés et il existe des critères d'accréditation des comités d'éthique ;
- tous les pays ont adopté un système d'enregistrement des essais cliniques conforme aux normes de l'OMS.

## **OBJECTIF DE MISE EN APPLICATION**

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

### **L'enjeu**

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

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

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

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

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

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

- a) déterminera, après évaluation, les activités prometteuses de mise en application et fera valoir leur utilité pour prendre des décisions fondées sur les meilleures données de la recherche ;

- b) préconisera d'utiliser des modèles performants de transfert de technologie et d'évaluer les modèles prometteurs pour contribuer à la création, en temps voulu, de nouveaux produits et services dans les États Membres ;
- c) préconisera et évaluera des systèmes de mise en application de la recherche qui aideront à développer les moyens de mise en application et à élaborer des politiques fondées sur des bases factuelles dans les États Membres ;
- d) s'emploiera à établir et à faire respecter des normes internationales dans le domaine de l'informatique sanitaire utilisée pour la recherche ;
- e) mettra en place des mécanismes pour présenter systématiquement une synthèse des données et fournir des orientations aux citoyens, aux patients, aux cliniciens, aux administrateurs et aux responsables politiques des États Membres, ou renforcera les mécanismes qui existent déjà et les évaluera, en s'assurant qu'ils sont adaptés au public visé, régulièrement actualisés et que leurs effets sont évalués ;
- f) analysera systématiquement les obstacles qui empêchent d'accéder aux résultats de la recherche et encouragera à créer des mécanismes qui en facilitent l'accès ou à améliorer ceux qui existent déjà ; et
- g) définira et fera connaître la position de l'OMS sur le libre accès aux résultats de la recherche et préconisera de créer des banques de données, des systèmes d'archivage et d'autres mécanismes permettant au public d'accéder librement aux résultats du plus grand nombre possible de travaux de recherche en rapport avec la santé.

## Résultats escomptés

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

- les décideurs agissent comme des utilisateurs éclairés de la recherche : ils font un usage plus fructueux des données et du savoir à leur disposition, ils fondent les politiques sur des bases factuelles et ces politiques sont mises en pratique et engendrent des produits ;
- il existe des mécanismes institutionnels pour enregistrer les résultats et communiquer les enseignements qu'on a tirés de la recherche axée sur la demande en matière de recherche et sur la façon dont les données scientifiques sont utilisées dans les politiques et dans la pratique au niveau des pays ;
- on fait des travaux de recherche sur l'utilisation des données scientifiques dans les politiques et dans la pratique et il est admis que ces travaux peuvent apporter une contribution importante à la recherche pour la santé ;
- des normes ont été arrêtées au niveau international pour le recueil, la conservation et l'échange d'outils et de données obtenus grâce à l'informatique sanitaire et ces normes sont largement appliquées ;
- on a créé des répertoires exhaustifs dans lesquels figure la documentation de l'OMS sur la recherche et qui sont bien conservés, régulièrement mis à jour et bien utilisés ;
- les répertoires d'analyses systématiques ont été développés ou de nouveaux ont été créés pour répondre aux besoins sanitaires prioritaires des pays à revenu faible ou moyen ;

- les chercheurs et les utilisateurs des résultats de la recherche ont accès, sans difficulté et en temps voulu, à des informations fiables, utiles et appropriées présentées sous une forme et dans une langue qu'ils comprennent ;
- les chercheurs sont plus réceptifs à la demande, notamment aux questions des responsables politiques (dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs), des praticiens et de la société civile qui intéressent la recherche en santé ;
- l'OMS contribue davantage à mettre en lumière les interventions et les stratégies sanitaires efficaces et à promouvoir leur application dans les États Membres.

## **MISE EN ŒUVRE**

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

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

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

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

72. Un plan de mise en œuvre de la Stratégie sera intégré dans les dispositifs opérationnels et les plans de travail de l'Organisation et, en concertation avec les États Membres, dans les stratégies de coopération avec les pays.

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

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

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

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

des comités techniques et consultatifs, et celui du CCRS sera éventuellement redéfini au niveau mondial et dans les Régions.

### **Collaboration avec les partenaires**

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

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

### **Dotation en personnel**

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

### **Financement**

78. Environ 80 % du budget dépensé pour effectuer ou commander des recherches par l'intermédiaire des programmes du Siège (environ US \$200 millions par période biennale) proviennent de contributions volontaires. La Stratégie OMS de recherche pour la santé vise à améliorer la qualité des résultats de la recherche en influant sur la façon dont ces ressources sont dépensées plutôt qu'en les augmentant.

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

## ÉVALUATION

### Aperçu

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

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

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

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

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

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

### Structure du cadre d'évaluation

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

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

### Suivi des progrès

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

---

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

**Tableau 2. Liste des indicateurs**

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

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

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

## **ANNEXE 8<sup>1</sup>**

# **Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains**

[A63/24 – 25 mars 2010]

### **PRÉAMBULE**

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

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

3. Dans ses résolutions WHA40.13 et WHA42.5, l'Assemblée mondiale de la Santé a exprimé pour la première fois ses préoccupations concernant le commerce d'organes et la nécessité d'édicter des normes mondiales pour la transplantation. À l'issue d'une série de consultations menées par le Secrétariat, l'Assemblée de la Santé a approuvé, dans sa résolution WHA44.25, les principes directeurs de l'OMS sur la transplantation d'organes humains. Au cours des 17 dernières années, ces principes directeurs ont fortement influencé les pratiques et les codes professionnels ainsi que la législation partout dans le monde. Compte tenu de l'évolution des pratiques et des attitudes concernant

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.22.

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

les transplantations d'organes et de tissus humains, la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, dans la résolution WHA57.18, a prié entre autres le Directeur général « de continuer à examiner et à recueillir des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'épidémiologie des allogreffes, et sur les questions éthiques, y compris le don vivant, afin de mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ».

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

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

### Principe directeur 1

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 1

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

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

Dans un régime de consentement explicite – appelé parfois aussi « opting in » –, des cellules, tissus ou organes peuvent être prélevés sur le corps d'une personne décédée si cette personne a expressément consenti à ce prélèvement de son vivant ; en fonction du droit interne, ce consentement peut être donné oralement ou enregistré sur une carte de donneur, un permis de conduire ou une carte d'identité, ou figurer dans le dossier médical ou dans un registre de donneurs. Si la personne décédée n'a ni consenti ni exprimé clairement son opposition au prélèvement d'organes, l'autorisation doit être obtenue auprès d'un représentant légal désigné, généralement un membre de la famille.

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

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

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

## **Principe directeur 2**

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

### **Commentaire sur le principe directeur 2**

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

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

### Principe directeur 3

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 3

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

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

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

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

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

### **Principe directeur 4**

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

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

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

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

### **Principe directeur 5**

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

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

## Commentaire sur le principe directeur 5

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

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

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

Toutefois, ce principe permet d'accorder une compensation pour les coûts supportés par le donneur (y compris les frais médicaux et les pertes de revenu dans le cas de donneurs vivants), car ces coûts peuvent avoir un effet dissuasif sur les dons. La nécessité de couvrir les dépenses légitimes engagées pour mettre à disposition les cellules et tissus humains et les organes à transplanter et assurer la sécurité, la qualité et l'efficacité de la transplantation est aussi reconnue pour autant que le corps humain ou des parties de celui-ci en tant que tels ne soient pas à l'origine d'un profit financier.

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

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

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

## Principe directeur 6

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 6

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

## Principe directeur 7

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

### Commentaire sur le principe directeur 7

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

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

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

### **Principe directeur 8**

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

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

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

### **Principe directeur 9**

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

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

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

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

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

## Principe directeur 10

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 10

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

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

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

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

## **Principe directeur 11**

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

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

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

---

## ANNEXE 9

# Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé<sup>1</sup>

<b>1. Résolution WHA63.2</b> Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
Objectif stratégique :	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	5.3 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
Si le financement et l'exécution sont entièrement assurés, la résolution devrait avoir un impact sur les cibles concernant le deuxième et le troisième indicateur pour le résultat escompté.	
<b>3. Incidences budgétaires</b>	
<b>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b>	
US \$3 970 000 au cours de la période d'un an visée par la résolution, y compris le personnel, les déplacements, les activités de formation, l'assistance technique, les fournitures sanitaires, la sécurité et le matériel opérationnel.	
La ventilation du coût estimé du paragraphe 5 du dispositif est la suivante :	
alinéa 1)	US \$ 100 000
alinéa 2)	US \$ 70 000
alinéa 3)	US \$ 50 000
alinéa 4)	US \$ 200 000
alinéa 5)	US \$ 500 000
alinéa 6)	US \$ 3 000 000
alinéa 7)	US \$ 50 000
Total	US \$ 3 970 000
<b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)</b>	
US \$3 970 000 (durée d'une année).	
<b>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</b>	
Soixante-quinze pour cent de US \$3 970 000 au Siège, au niveau du Bureau régional et du Bureau de Jérusalem.	

<sup>1</sup> La présente annexe reflète uniquement les documents correspondant aux projets de résolutions publiés pendant l'Assemblée de la Santé.

**4. Incidences financières**

**Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?**

Procédure d'appel global et contributions volontaires. Une part substantielle de ces ressources a été obtenue sous la forme de contributions volontaires humanitaires pour répondre aux besoins sanitaires humanitaires, mettre en œuvre des interventions vitales, rendre à nouveau opérationnels les services de santé désorganisés et mettre en place le groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations (CPI).

**5. Incidences administratives**

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

Les activités seront principalement menées par l'intermédiaire du Bureau de l'OMS à Jérusalem, chargé du programme de coopération de l'Organisation avec l'Autorité palestinienne. Les efforts de l'OMS au niveau du pays seront complétés par un appui du Bureau régional de la Méditerranée orientale et par les groupes du Siège travaillant dans les domaines de l'action sanitaire en situation de crise, de la sécurité sanitaire et de l'environnement.

**b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)**

Il faudra maintenir au-delà de mai 2010 la présence effective au niveau du pays du personnel recruté sur les plans national et international pour mettre en œuvre les activités et les interventions sanitaires humanitaires dans le territoire palestinien occupé.

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

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre)**

Un an.

**1. Résolution WHA63.14 Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants**

**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

6.5 Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées à une alimentation déséquilibrée et au manque d'exercice physique, afin de renforcer les établissements et de combattre ou prévenir les problèmes de santé publique connexes.

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

La résolution se rattache au résultat escompté susmentionné ainsi qu'à ses indicateurs, à savoir le nombre d'États Membres qui ont adopté des stratégies et des plans multisectoriels en faveur d'une alimentation saine (indicateur 6.5.1) et le nombre d'instruments techniques de l'OMS destinés à aider les États Membres à promouvoir une meilleure alimentation ou l'exercice physique (indicateur 6.5.2). Dans la résolution est approuvée une série de recommandations visant à atténuer l'impact de la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ; les États Membres y sont d'autre part instamment invités à mettre au point des mesures ou renforcer celles qui existent pour atténuer l'impact de la commercialisation sur les enfants et surveiller la mise en œuvre des recommandations. Le Directeur général y est prié de fournir un appui aux États Membres pour la mise en œuvre de la série de recommandations et pour la surveillance et l'évaluation de cette démarche, d'appuyer les réseaux régionaux et de collaborer avec d'autres organisations et organismes intergouvernementaux internationaux, la société civile et les acteurs privés pour mettre en œuvre les recommandations. Enfin, la résolution fixe un calendrier pour la présentation d'un rapport à l'Assemblée de la Santé.

<b>3. Incidences budgétaires</b> <b>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> <p>La durée d'application de cette résolution est évaluée à 10 ans (2010-2019), ce qui concerne deux plans stratégiques à moyen terme. Pour le Secrétariat, le coût estimatif de l'application de la stratégie mondiale sur les 10 années envisagées au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays concernés s'élève à US \$10 millions. On estime d'autre part que 55 % de ce montant peut être inscrit dans les budgets actuel et futurs.</p> <b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)</b> <p>Il faudra au total US \$2 millions, dont US \$1 million pour la mise en œuvre et le suivi des recommandations aux niveaux régional et national.</p> <b>c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?</b> <p>Non.</p>					
<b>4. Incidences financières</b> <b>Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?</b> <p>Des efforts importants seront consacrés à la mobilisation de ressources – l'un des domaines d'action prioritaires – particulièrement au premier stade de la mise en œuvre de la résolution.</p>					
<b>5. Incidences administratives</b> <b>a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)</b> <p>Les travaux normatifs se dérouleront principalement au Siège, mais la mise en œuvre et le suivi feront aussi intervenir les bureaux régionaux et les bureaux de pays concernés.</p> <b>b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)</b> <p>Non.</p> <b>c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)</b> <p>Il faudra deux membres du personnel supplémentaires, l'un de la catégorie professionnelle et l'autre de la catégorie des services généraux. Pour les travaux normatifs, il faudra un spécialiste de la législation sur les denrées alimentaires qui connaisse en même temps les questions de réglementation.</p> <b>d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre)</b> <p>Le calendrier correspond à la période 2010-2019, la notification se rattachant au rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action qui l'accompagne. Le premier rapport sera soumis à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trentième session.</p>					
<b>1. Résolution WHA63.19 Stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015</b>					
<b>2. Lien avec le budget programme</b> <table border="0"> <tr> <td>Objectif stratégique :</td> <td>Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :</td> </tr> <tr> <td>2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.</td> <td>2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.</td> </tr> </table>		Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :	2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.	2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.
Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :				
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.	2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.				

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

La résolution vise à renforcer les activités liées à :

- l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015 qui guidera l'action de l'OMS en matière d'orientation normative, d'appui technique aux pays, d'information stratégique et de plaidoyer afin de promouvoir l'intégration des activités concernant le VIH/sida dans les programmes généraux en faveur de la santé et du développement, dans le but d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;
- la fourniture d'un appui aux pays pour qu'ils intensifient leur action et mènent des programmes intégrés et complets de lutte contre le VIH/sida afin d'atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international.

**3. Incidences budgétaires****a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)**

Un maximum de US \$320 000, notamment pour :

- six consultations régionales avec les pays et d'autres acteurs, en utilisant des réunions et des mécanismes de consultation déjà prévus (US \$150 000)
- des consultations avec la société civile (US \$70 000)
- une consultation avec le Comité consultatif stratégique et technique pour le VIH/sida (US \$70 000)
- des consultations avec d'autres partenaires stratégiques, notamment d'autres organisations du système des Nations Unies, des donateurs et des partenaires du développement (US \$30 000).

**b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)**

La totalité des US \$320 000 sera engagée pendant l'exercice 2010-2011.

**c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?**

Oui.

**4. Incidences financières****Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?**

Des contributions volontaires devraient apporter un financement supplémentaire.

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

Le Siège de l'OMS conduira le processus d'élaboration de la stratégie, en association avec les six bureaux régionaux.

**b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)**

Oui.

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

Aucun.

**d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre)**

Le processus de consultation dans son ensemble s'achèvera en novembre 2010, de sorte qu'un projet de stratégie puisse être soumis pour examen au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session en janvier 2011.

<b>1. Résolution WHA63.28</b> Constitution d'un groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
Objectif stratégique :	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.	11.1 Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution est en rapport avec les travaux destinés à faciliter et mettre en œuvre les activités liées à la Stratégie mondiale et au Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.	
<b>3. Incidences budgétaires</b>	
a) Coût estimatif total de la mise en œuvre sur toute la durée des activités du Secrétariat demandées dans la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
US \$2 250 000, y compris le coût estimatif de trois réunions au Siège.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris, et en indiquant à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions le cas échéant)	
Comme indiqué au paragraphe 3.a).	
c) Le coût estimatif indiqué au point b) est-il inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 ?	
Non	
<b>4. Incidences financières</b>	
Comment sera financé le coût estimatif visé au point 3.b) (indiquer les sources de fonds éventuelles) ?	
Il n'y a pas de fonds disponibles actuellement. Un financement reposant sur les contributions volontaires des États Membres sera recherché.	
<b>5. Incidences administratives</b>	
a) Lieux d'exécution (indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions)	
Au Siège.	
b) La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? Si non, préciser les besoins sous c)	
Non.	
c) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, par niveaux de l'Organisation, en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises)	
Un administrateur technique de niveau P4 et un assistant de programme de niveau G5.	
d) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre)	
Un an.	