



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SOIXANTE ET ONZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 21-26 MAI 2018

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2018**

ABRÉVIATIONS

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

AIEA	– Agence internationale de l’énergie atomique
BIT	– Bureau international du travail
CIRC	– Centre international de recherche sur le cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture
FIDA	– Fonds international de développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
HCR	– Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OACI	– Organisation de l’aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de coopération et de développement économiques
OICS	– Organe international de contrôle des stupéfiants
OIE	– Organisation mondiale de la santé animale
OIM	– Organisation internationale pour les migrations
OIT	– Organisation internationale du travail
OMC	– Organisation mondiale du commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
ONU	– Organisation des Nations Unies
ONUDC	– Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l’environnement
UIT	– Union internationale des télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture
UNFPA	– Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l’enfance
UNRWA	– Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

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

AVANT-PROPOS

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 21 au 26 mai 2018, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent quarante et unième session.¹

¹ Décision EB141(7) (2017).

TABLE DES MATIÈRES

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

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA71.1	Treizième programme général de travail, 2019-2023.....	3
WHA71.2	Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018.....	4
WHA71.3	Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose.....	6
WHA71.4	Choléra : prévention et lutte	8
WHA71.5	Faire face à la charge de mortalité et de morbidité due aux envenimations par morsures de serpents.....	11
WHA71.6	Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030.....	14
WHA71.7	Santé numérique	16
WHA71.8	Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance.....	19
WHA71.9	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	22
WHA71.10	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution	25
WHA71.11	Directeurs généraux adjoints	26

	Pages
WHA71.12	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général 26
WHA71.13	Réforme du programme mondial de stages 26
WHA71.14	Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales..... 28
WHA71.15	Multilinguisme : respect de l'égalité entre les langues officielles 31
WHA71.16	Poliomyélite : confinement des poliovirus 32
Décisions	
WHA71(1)	Composition de la Commission de vérification des pouvoirs..... 35
WHA71(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé 35
WHA71(3)	Élection du bureau des commissions principales..... 35
WHA71(4)	Constitution du Bureau de l'Assemblée 36
WHA71(5)	Adoption de l'ordre du jour 36
WHA71(6)	Vérification des pouvoirs..... 36
WHA71(7)	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif 37
WHA71(8)	Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès 37
WHA71(9)	Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : examen programmatique général..... 37
WHA71(10)	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé 38
WHA71(11)	Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages 39
WHA71(12)	Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2016-2017, avec les états financiers vérifiés pour 2017 39
WHA71(13)	Rapport du Commissaire aux comptes 39
WHA71(14)	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS 40
WHA71(15)	Application du Règlement sanitaire international (2005) : plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, 2018-2023 .. 40
WHA71(16)	Choix du pays où se tiendra la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé 41

ANNEXES

1.	Conférence mondiale de l’OMS sur les maladies non transmissibles : recherche d’une cohérence des politiques pour atteindre la cible 3.4 de l’ODD 3 sur les MNT	45
2.	Première Conférence ministérielle mondiale de l’OMS – « Mettre fin à la tuberculose à l’ère du développement durable : une réponse multisectorielle »	52
3.	Plan d’action mondial pour promouvoir l’activité physique 2018-2030 : objectifs stratégiques et actions recommandées.....	60
4.	Directeurs généraux adjoints.....	63
5.	Stratégie mondiale et Plan d’action pour la santé publique, l’innovation et la propriété intellectuelle : mesures recommandées par le tableau d’experts chargé de l’examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d’action pour la santé publique, l’innovation et la propriété intellectuelle	64
6.	Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l’échange des virus grippaux et l’accès aux vaccins et autres avantages.....	70
7.	Plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l’action de santé publique, 2018-2023	72
8.	Incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l’Assemblée de la Santé	90

ORDRE DU JOUR¹

SÉANCES PLÉNIÈRES

*Numéro
du point*

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé
 - 1.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
 - 1.2 Élection du président
 - 1.3 Élection des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau
 - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante et unième et cent quarante-deuxième sessions et sur sa session extraordinaire sur le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023
3. Allocution du D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
4. [supprimé]
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission²
11. Questions prioritaires stratégiques
 - 11.1 Projet de treizième programme général de travail, 2019-2023

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

² Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

- 11.2 Préparation et action de santé publique
- Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
 - Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire¹
 - Application du Règlement sanitaire international (2005)
- 11.3 Transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification
- 11.4 Santé, environnement et changement climatique
- 11.5 Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès
- 11.6 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
- 11.7 Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018
- 11.8 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose
12. Autres questions techniques
- 12.1 Charge mondiale de mortalité et de morbidité due aux morsures de serpents
- 12.2 Activité physique pour la santé
- 12.3 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : développement du jeune enfant
- 12.4 Santé mobile
- 12.5 Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance
- 12.6 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
- Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : rapport biennal
 - Protection contre les conflits d'intérêts possibles dans les programmes nutritionnels

¹ Le rapport du Directeur général portera aussi sur la prévention du choléra.

- 12.7 Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages
- 12.8 Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales
- 12.9 Éradication de la poliomyélite
- 12.10 Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action

COMMISSION B

- 13. Ouverture des travaux de la Commission¹
- 14. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
- 15. Questions relatives au budget programme et questions financières
 - 15.1 Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2016-2017, avec les états financiers vérifiés pour 2017
 - 15.2 Financement du budget programme 2018-2019
 - 15.3 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
 - 15.4 [supprimé]
 - 15.5 [supprimé]
 - 15.6 [supprimé]
- 16. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance
 - 16.1 Rapport du Commissaire aux comptes
 - 16.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
 - Rapport annuel
 - Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes

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

- 17. Questions relatives au personnel
 - 17.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 17.2 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
 - 17.3 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
 - 17.4 Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
- 18. Questions administratives et juridiques
 - 18.1 [supprimé]
- 19. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
- 20. Questions soumises pour information
 - 20.1 Plan d'action mondial pour les vaccins
 - 20.2 Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
 - 20.3 Rapports de situation

Maladies transmissibles

- A. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2016-2021 (résolution WHA69.22 (2016))
- B. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))
- C. Élimination de la schistosomiase (résolution WHA65.21 (2012))

Maladies non transmissibles

- D. Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique (décision WHA70(18) (2017))
- E. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (résolution WHA69.5 (2016))
- F. Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique (résolution WHA68.20 (2015))
- G. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (résolution WHA66.8 (2013))

- H. Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique (résolution WHA67.8 (2014))

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

- I. Stratégie et Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé (résolution WHA69.3 (2016))
- J. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12 (2004))

Systemes de santé

- K. Promotion de la santé des réfugiés et des migrants (résolution WHA70.15 (2017))
- L. Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne (résolution WHA69.24 (2016))
- M. Promouvoir l'innovation et l'accès à des médicaments pédiatriques de qualité, sûrs, efficaces et abordables (résolution WHA69.20 (2016))
- N. Structures durables de financement de la santé et couverture universelle (résolution WHA64.9 (2011))
- O. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (résolution WHA63.12 (2010))
- P. Transplantation d'organes et de tissus humains (résolution WHA63.22 (2010))
- Q. Stratégie OMS de recherche pour la santé (résolution WHA63.21 (2010))
- R. Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (résolution WHA60.26 (2007))

Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire

- S. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1 (2007))

Services institutionnels et fonctions d'appui

- T. [supprimé]

LISTE DES DOCUMENTS

A71/1 Rev.2	Ordre du jour
A71/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante et unième et cent quarante-deuxième sessions et sur sa session extraordinaire sur le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023
A71/3	Allocution du D ^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
A71/4	Projet de treizième programme général de travail, 2019-2023
A71/5	Préparation et action de santé publique Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
A71/6	Préparation et action de santé publique Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire
A71/7	Application du Règlement sanitaire international (2005) Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005)
A71/8	Préparation et action de santé publique Application du Règlement sanitaire international (2005)
A71/9	Transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification Projet de plan d'action stratégique pour la transition
A71/10	Santé, environnement et changement climatique
A71/10 Add.1	Santé, environnement et changement climatique Feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé
A71/11	Santé, environnement et changement climatique Santé humaine et diversité biologique
A71/12	Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès
A71/13	Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle

- A71/14 Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018
- A71/14 Add.1 Évaluation préliminaire du mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles
- A71/15 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose
- A71/16 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose
Processus de mise au point d'un projet de cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose
- A71/16 Add.1 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose
Projet de cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose
- A71/17 Charge mondiale de mortalité et de morbidité due aux morsures de serpents
- A71/18 Activité physique pour la santé
- A71/19 Rev.1 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : développement du jeune enfant
- A71/20 Santé mobile
Utilisation des technologies numériques appropriées pour la santé publique
- A71/21 Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance
- A71/22 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant : rapport biennal
- A71/23 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
Protection contre les conflits d'intérêts possibles dans les programmes nutritionnels
- A71/24 Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages
Progrès dans la mise en œuvre de la décision WHA70(10) (2017) sur l'examen du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique
- A71/24 Add.1 Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption

LISTE DES DOCUMENTS

A71/25	Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales
A71/25 Add.1 Rev.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A71/26	Éradication de la poliomyélite
A71/26 Add.1	Projet de résolution : Poliomyélite – confinement des poliovirus
A71/26 Add.2	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A71/27	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A71/28	Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017
A71/29	États financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2017
A71/30	Financement du budget programme 2018-2019
A71/31 Rev.1	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A71/32	Rapport du Commissaire aux comptes
A71/33 et Corr.1	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A71/34	Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
A71/35	Ressources humaines : rapport annuel
A71/36	Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
A71/37	Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
A71/38	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
A71/39	Plan d'action mondial pour les vaccins
A71/40	Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
A71/41 Rev.2	Rapports de situation

- A71/42 Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages
Rapport sur la mise en œuvre
Résumé analytique
- A71/43 Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
- A71/44 Ressources humaines : rapport annuel
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/45 Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2016-2017, avec les états financiers vérifiés pour 2017
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/46 Financement du budget programme 2018-2019
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/47 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/48 Rapport du Commissaire aux comptes
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/49 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- A71/50 Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action
- A71/51 Commission de vérification des pouvoirs
- A71/52 Premier rapport de la Commission A
- A71/53 Premier rapport de la Commission B
- A71/54 Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
- A71/55 Deuxième rapport de la Commission B

LISTE DES DOCUMENTS

A71/56	Deuxième rapport de la Commission A
A71/57	Troisième rapport de la Commission A
A71/58	Troisième rapport de la Commission B
A71/59	Quatrième rapport de la Commission B
A71/60	Quatrième rapport de la Commission A

Documents d'information

A71/INF./1	Distinctions
A71/INF./2 et Corr.1	Contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2017

Documents divers

A71/DIV./1 Rev.2	Liste des délégués et autres participants
A71/DIV./2	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
A71/DIV./3	Liste des décisions et résolutions
A71/DIV./4	Liste des documents

PRÉSIDENCE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS¹

Président

D^r Pagwesese David PARIRENYATWA
(Zimbabwe)

Vice-Présidents

D^r Francisco DUQUE III (Philippines)
M^{me} Khadeeja ABDUL SAMAD ABDULLA
(Maldives)
D^r Yelzhan BIRTANOV (Kazakhstan)
D^r Djama ELMI OKIEH (Djibouti)
D^r Rafael SÁNCHEZ CÁRDENAS
(République dominicaine)

Secrétaire

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

Commission de vérification des pouvoirs

La Commission de vérification des pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Bahreïn, El Salvador, Îles Salomon, Islande, Jamaïque, Lesotho, Mongolie, Népal, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Serbie et Turkménistan.

Président :

M. Sveinn MAGNÚSSON (Islande)

Vice-Président :

M^{me} Ragchaa OYUNKHAND (Mongolie)

Secrétaire :

M^{me} Françoise MOURAIN-SCHUT
(Juriste principale)

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du président et des vice-présidents de l'Assemblée de la Santé, des présidents des commissions principales et de délégués des États Membres suivants : Argentine, Barbade, Botswana, Bulgarie, Chine, Cuba, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Fidji, France, Gabon, Madagascar, Mauritanie, Nigéria, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Somalie et Turquie.

Président :

D^r Pagwesese David PARIRENYATWA
(Zimbabwe)

Secrétaire :

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président :

M. Arun SINGHAL (Inde)

Vice-Présidents :

D^r Søren BROSTRØM (Danemark) et
M^{me} Mónica MARTÍNEZ MENDUIÑO
(Équateur)

Rapporteur :

D^r Alain ETOUNDI MBALLA (Cameroun)

Secrétaire : M. Ian ROBERTS,

Coordonnateur, Bibliothèque et réseaux
d'information à l'appui des connaissances

Commission B

Président :

D^r Firozuddin FERAZ (Afghanistan)

Vice-Présidents :

D^r Stewart JESSAMINE (Nouvelle-Zélande)
et Professeur Nicolas MÉDA

Rapporteur :

D^r José Eliseo ORELLANA (El Salvador)

Secrétaire :

D^r Clive ONDARI, Coordonnateur,
Sécurité et vigilance

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL EXÉCUTIF

D^r Asaad HAFEEZ (Pakistan)
M. Philip DAVIES (Fidji)
D^{re} Josiane NIJIMBERE (Burundi)
M^{me} Sarah LAWLEY (Canada)

¹ En outre, la liste des délégués et autres participants figure dans le document A71/DIV./1 Rev.2.

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

RÉSOLUTIONS

WHA71.1 Treizième programme général de travail, 2019-2023

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023¹ et saluant sa vision ambitieuse exprimée par les objectifs du « triple milliard » vers lesquels il tend ;

Notant que l'approbation du treizième programme général de travail, 2019-2023 n'implique pas l'approbation de l'estimation financière figurant dans le document EB142/3 Add.2,

1. APPROUVE le treizième programme général de travail, 2019-2023 ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à appuyer les travaux qui permettront de réaliser la vision du treizième programme général de travail, 2019-2023 ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de fonder l'orientation stratégique de la planification, du suivi et de l'évaluation de l'action de l'OMS sur le treizième programme général de travail pendant la période 2019-2023 et d'élaborer les budgets programmes en consultation avec les États Membres, sur la base d'une évaluation réaliste des recettes et de la capacité de l'OMS ;
 - 2) de tenir compte de l'évolution de la santé à l'échelle mondiale dans la mise en œuvre du treizième programme général de travail et de tenir les États Membres informés des progrès de cette mise en œuvre par des comptes rendus régulièrement soumis aux organes directeurs ;
 - 3) de fournir des orientations et un appui aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays pour la mise en œuvre du treizième programme général de travail compte tenu des contextes différents ;
 - 4) de fournir un rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur la prolongation éventuelle jusqu'en 2025 du treizième programme général de travail en vue d'un alignement sur le cycle de planification du système des Nations Unies dans son ensemble.

(Sixième séance plénière, 25 mai 2018 –
Commission A, premier rapport)

¹ Document A71/4.

WHA71.2 Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018 ;²

Ayant constaté que la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles³ a joué un rôle de catalyseur et qu'elle offre encore d'importantes possibilités de progresser vers la cible 3.4 des objectifs de développement durable (D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) ;⁴

Notant avec préoccupation que, selon l'OMS, 15 millions de personnes âgées de 30 à 69 ans meurent chaque année d'une maladie non transmissible et que le risque de décès prématuré par maladie non transmissible diminue actuellement à un rythme insuffisant pour atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable d'ici à 2030 ;

Se félicitant de la tenue de la Conférence mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles,⁵ organisée par l'Uruguay et l'OMS et coprésidée par la Fédération de Russie, la Finlande et l'Uruguay, qui s'est déroulée du 18 au 20 octobre 2017 à Montevideo ;

Se félicitant également du Dialogue mondial de l'OMS sur les partenariats pour un financement durable de la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a eu lieu sous les auspices du Gouvernement danois et de l'OMS du 9 au 11 avril 2018 à Copenhague, et d'où il est ressorti qu'il y avait lieu de considérer la lutte contre les maladies non transmissibles comme prioritaire, en tant que pilier essentiel du développement durable et partie intégrante des efforts faits par les pays pour instaurer la couverture sanitaire universelle ;

Rappelant la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adoptée à la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu en Chine, du 21 au 24 novembre 2016 ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Documents A71/14 et A71/14 Add.1.

³ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁵ Conférence mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles. Favoriser la cohérence des politiques entre les différentes sphères qui ont une influence sur la réalisation de la cible 3.4 des objectifs de développement durable d'ici à 2030 [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<http://www.who.int/nmh/events/2017/montevideo/about/fr/>, consulté le 18 mai 2018).

Notant que le Directeur général a mis sur pied une Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles¹ ainsi qu'un groupe de travail de la société civile sur la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;²

Rappelant la résolution 72/274 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la portée, les modalités, la forme et l'organisation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,

1. ACCUEILLE FAVORABLEMENT le document final de la Conférence mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles intitulé « Feuille de route de Montevideo (2018-2030) sur les maladies non transmissibles en tant que priorité du développement durable »,^{3,4} comme contribution aux préparatifs de la Troisième Réunion de haut niveau ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :⁵

1) à continuer d'intensifier leurs efforts de lutte contre les maladies non transmissibles afin d'atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable d'ici à 2030 ;

2) à prendre une part active aux préparatifs, aux niveaux national, régional et mondial, de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018 ;

3) à se faire représenter, au niveau des chefs d'État et de gouvernement, à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et à lancer un appel à l'action dans un document final concis à visée pratique ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de continuer, en coordination avec les institutions spécialisées, les fonds et les programmes des Nations Unies ainsi que les autres parties prenantes, à appuyer les efforts des États Membres visant à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles par la prévention et la lutte, et à promouvoir la santé mentale et le bien-être, notamment au moyen d'approches multisectorielles fondées sur des bases factuelles et regroupant l'ensemble des partenaires ;

2) de faire rapport à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les résultats de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et sur le suivi de la Réunion.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, deuxième rapport)

¹ WHO Independent High-level Commission on NCDs [site Web en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<http://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/en/>, consulté le 18 mai 2018).

² WHO Civil Society Working Group on the third High-level Meeting of the UN General Assembly on NCDs [site Web en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<http://www.who.int/ncds/governance/high-level-meetings/working-group-third-high-level-meeting/en/>, consulté le 18 mai 2018).

³ Voir l'annexe 1.

⁴ Clarification Statement, http://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/USA_statement_EOP_montevideo_roadmap.pdf?ua=1, consulté le 18 mai 2018.

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

WHA71.3 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose ;²

Notant avec préoccupation que la tuberculose reste aujourd'hui dans le monde la maladie infectieuse qui provoque le plus grand nombre de décès, 1,3 million en 2016 selon les estimations, ainsi que 374 000 décès supplémentaires chez les personnes vivant avec le VIH/sida, et que l'épidémie, y compris la tuberculose pharmacorésistante, constitue une sérieuse menace pour la sécurité sanitaire et une priorité de la riposte à la résistance aux antimicrobiens ;

Réaffirmant la résolution WHA67.1 (2014) portant adoption de la Stratégie mondiale et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, connue par la suite sous le nom de « Stratégie pour mettre fin à la tuberculose », et la résolution WHA68.7 (2015) portant adoption du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; et rappelant en outre la résolution 71/3 (2016) de l'Assemblée générale des Nations Unies, « Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens » ;

Rappelant la résolution 70/1 (2015) par laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et a défini les objectifs de développement durable, ainsi que la cible connexe de mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030 ;

Rappelant en outre le rapport soumis à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017 sur la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, qui a conclu que les mesures prises et les investissements consentis aux niveaux mondial, régional et national restaient très insuffisants par rapport aux efforts nécessaires et qu'un soutien mondial de haut niveau et des engagements aux niveaux régional et national s'imposaient ; et notant la lenteur des progrès accomplis par rapport aux trois cibles de la Stratégie (réduire l'incidence de la tuberculose, réduire la mortalité par tuberculose et éliminer les dépenses catastrophiques à la charge des malades et de leur famille) ;³

Reconnaissant que, pour atteindre les cibles et les jalons relatifs à la tuberculose des objectifs de développement durable et ceux de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, les soins et les mesures liées à la prévention doivent être renforcés en veillant surtout aux groupes vulnérables, compte tenu des circonstances et de la situation nationales, selon la voie empruntée par chaque pays pour instaurer la couverture sanitaire universelle, et compte tenu des déterminants et des conséquences socioéconomiques et environnementaux de la tuberculose ;

Se félicitant de la décision figurant dans la résolution 71/159 (2016) de l'Assemblée générale de tenir, en 2018, une réunion de haut niveau sur la lutte contre la tuberculose ;

Se félicitant également de la tenue de la Première Conférence ministérielle mondiale de l'OMS intitulée « Mettre fin à la tuberculose à l'ère du développement durable : une réponse multisectorielle », organisée conjointement avec le Gouvernement de la Fédération de Russie, qui a eu lieu à Moscou

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Documents A71/15, A71/16 et A71/16 Add.1.

³ Document A70/38, section E.

les 16 et 17 novembre 2017, et de la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose¹ issue de la conférence, ainsi que des engagements et appels à l'action visant notamment : à faire progresser la lutte contre la tuberculose dans le cadre du Programme de développement durable ; à assurer un financement durable et suffisant ; à favoriser la science, la recherche et l'innovation ; à élaborer un cadre de responsabilisation multisectoriel ; et à agir immédiatement pour préparer la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose prévue en 2018 ;

Notant l'engagement pris dans la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose de soutenir l'élaboration du cadre de responsabilisation multisectoriel, et rappelant à cet égard la résolution EB142.R3 (2018) ;

Accueillant avec satisfaction le rapport du Secrétariat sur un projet de cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose,²

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :³

1) à appuyer la préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose prévue en 2018, y compris en favorisant une participation de haut niveau à la réunion ; et

2) à continuer de mettre en œuvre l'ensemble des engagements préconisés dans la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose,¹ qui contribueront à atteindre les cibles de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et la cible des objectifs de développement durable consistant à mettre fin à l'épidémie de tuberculose ;

2. DEMANDE à tous les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, selon qu'il conviendra, de continuer de prendre les mesures préconisées dans la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose et d'inviter ceux qui ne l'ont pas encore approuvée à s'y associer ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à appuyer sur demande le Secrétaire général de l'ONU et l'Assemblée générale des Nations Unies dans la préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose prévue en 2018 ;

2) d'appuyer, de concert avec toutes les parties intéressées, la mise en œuvre de la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose, en tant que contribution directe au succès de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose prévue en 2018, et de faire progresser la prévention et le traitement de la tuberculose et les mesures spécifiques que l'OMS a été priée de prendre dans la Déclaration de Moscou, y compris les mesures visant à renforcer les systèmes de santé en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle, notamment pour la prévention et le traitement de la tuberculose ; d'appuyer sans plus attendre les pays confrontés à une forte charge de tuberculose multirésistante dans leur riposte nationale d'urgence et de considérer la tuberculose multirésistante comme une grave menace pour la sécurité en matière de santé publique en appuyant la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris des mesures de lutte antituberculeuse dans tous les pays ;

¹ Voir l'annexe 2.

² Documents A71/16 et A71/16 Add.1.

³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 3) de continuer à fournir des orientations, une assistance, des conseils et un appui stratégiques et techniques aux États Membres et d'œuvrer avec les organisations internationales et toutes les autres parties concernées en vue d'assurer un financement suffisant et durable ;
- 4) de mettre sur pied une stratégie mondiale de recherche et d'innovation pour la tuberculose tenant compte des efforts en cours comme des efforts nouveaux, et de réaliser de nouveaux progrès en matière de coopération et de coordination pour la recherche-développement sur la tuberculose, en envisageant si possible de se prévaloir des réseaux de recherche et des initiatives mondiales qui existent dans ce domaine ;
- 5) de continuer à élaborer, en consultation avec les États Membres, le projet de cadre de responsabilisation multisectoriel, en travaillant en étroite collaboration avec tous les partenaires concernés aux niveaux national, régional et international comme il est recommandé dans la Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose,¹ et de fournir un soutien technique aux États Membres et aux partenaires, comme il convient, y compris pour l'adaptation et l'utilisation, au niveau national, du projet de cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose, compte tenu du contexte, de la législation, de la réglementation et des circonstances propres aux pays, afin de faciliter le suivi, la notification, l'analyse et les mesures nécessaires pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose, à la fois au niveau mondial et au niveau national, en ne laissant personne de côté et en suivant une approche indépendante, constructive et positive, en particulier dans les pays où la charge de morbidité est la plus importante, ainsi que l'analyse indépendante des progrès accomplis par ces pays ;
- 6) de présenter le projet de cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose prévue en 2018 ;
- 7) de faire rapport à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA71.4 Choléra : prévention et lutte²

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA64.15 (2011) intitulée « Choléra : dispositif de lutte et de prévention », qui a conduit à redynamiser le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra dans le but de fournir un appui aux États Membres pour réduire les effets sur la santé publique et les conséquences socioéconomiques de la maladie en renforçant l'action de l'OMS dans ce domaine et en améliorant la collaboration et la coordination entre les parties prenantes ;

¹ Voir l'annexe 2.

² Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

Notant le rapport du Directeur général sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire¹ et la stratégie récemment lancée par le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra intitulée « Ending cholera: a global roadmap to 2030 »,² qui ont souligné le fait que des flambées à grande échelle de la maladie continuent de causer une morbidité et une mortalité importantes parmi les populations vulnérables dans les situations d'urgence et dans les zones d'endémie, et qu'avec 2,9 millions de cas annuels dont 95 000 mortels, selon les estimations, le choléra continue de toucher au moins 47 pays dans le monde et peut se propager là où les conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène sont inadéquates ;

Consciente que pour prévenir et combattre le choléra il convient d'adopter une approche coordonnée et multisectorielle couvrant notamment l'accès à des soins de santé appropriés, une prise en charge précoce, l'accès à l'eau potable, des moyens d'assainissement, l'éducation, l'éducation sanitaire et une amélioration des comportements en matière d'hygiène, en parallèle avec le recours aux vaccins anticholériques oraux, le renforcement de la surveillance et des échanges d'information, le renforcement des capacités de laboratoire et de la participation communautaire, et une action sur les déterminants sociaux de la santé ;

Consciente en outre que la lutte anticholérique est à la fois une question de riposte d'urgence en cas de flambée et une question de développement lorsque la maladie est endémique dans des contextes à haut risque, comme dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées ;

Affirmant que des progrès dans l'application du Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris l'engagement en faveur des objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), 6 (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau) et 11 (Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables), réduiraient la prévalence et la propagation du choléra, ainsi que des autres maladies diarrhéiques et infections intestinales ;

Rappelant que tous les États Parties doivent respecter le Règlement sanitaire international (2005) ;

Considérant que le choléra, en tant que maladie potentiellement épidémique, doit être reconnu comme un problème distinct des autres maladies diarrhéiques et être notifié séparément, dans les systèmes de surveillance nationaux, sans quoi l'efficacité des mesures de lutte est entravée,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :³

1) à favoriser la détection des épidémies de choléra par les gouvernements et à faire de la lutte contre la maladie une priorité nationale dans les pays touchés en l'incluant dans les politiques et les plans nationaux, soit comme plan distinct ou au sein d'initiatives plus larges de lutte contre les maladies diarrhéiques, ou dans des plans nationaux de santé, de sécurité sanitaire, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de développement et de mise en œuvre des objectifs de développement durable, le cas échéant, et dans les plans des organismes nationaux de gestion des catastrophes et/ou des situations d'urgence ;

¹ Document A71/6.

² Ending cholera: a global roadmap to 2030 (<http://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap.pdf?ua=1>, consulté le 21 mai 2018).

³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) à mettre au point et à appliquer dans les pays touchés un ensemble multisectoriel de mesures efficaces de prévention et de lutte, y compris des services durables dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, l'accès à des soins de santé appropriés, l'accès à l'eau potable, des moyens d'assainissement et une amélioration des comportements en matière d'hygiène, ainsi que le développement des infrastructures associé à des activités de renforcement des capacités pour les opérations, l'entretien et les réparations et à des modèles de financement durable adaptés aux schémas de transmission locaux pour la lutte à long terme ou l'élimination ;
- 3) à veiller à ce que les politiques et plans nationaux concernant la prévention et la prise en charge du choléra englobent toutes les zones où le risque de transmission est élevé ;
- 4) à mettre en place des mécanismes multisectoriels nationaux de prévention et de surveillance du choléra et de la diarrhée aiguë dans les pays touchés pour coordonner la mise en œuvre du plan de lutte ou d'élimination, en veillant à ce que soient représentés les différents ministères, organismes, partenaires et communautés participant aux efforts de lutte contre le choléra ;
- 5) à renforcer la capacité de préparation conformément au Règlement sanitaire international (2005), de dépistage et de traitement précoces, de confirmation au laboratoire, de prise en charge des cas et de riposte immédiate et efficace aux flambées afin de réduire l'impact sur la santé publique et les effets socioéconomiques ;
- 6) à renforcer la surveillance et la notification précoce du choléra, conformément au Règlement sanitaire international (2005), et à développer les capacités de collecte et d'analyse de données, y compris d'informations sur les déterminants fondamentaux comme l'eau et la couverture par les services d'assainissement ;
- 7) à renforcer la participation communautaire, la mobilisation sociale en faveur de la prévention du choléra, le dépistage précoce, le traitement et la conservation de l'eau à usage domestique ainsi que d'autres activités de riposte en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène ;
- 8) à soutenir, notamment par l'intermédiaire de la coopération internationale, les travaux de recherche visant à améliorer la prévention et la lutte, y compris ceux visant à perfectionner les vaccins et à permettre un diagnostic et un traitement plus rapides ; et à soutenir la surveillance de la résistance aux antimicrobiens ;
- 9) à s'abstenir d'appliquer des mesures sanitaires qui entravent davantage le trafic international et qui sont plus invasives ou intrusives pour les personnes que d'autres mesures raisonnablement accessibles qui assureraient la protection sanitaire requise, conformément au Règlement sanitaire international (2005) ;
- 10) à fixer des cibles nationales, le cas échéant, et à prendre des engagements financiers et politiques en faveur de la lutte contre le choléra dans les plans nationaux de mise en œuvre des objectifs de développement durable ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer la surveillance et la notification du choléra, conformément au Règlement sanitaire international (2005), et d'affermir encore l'action de sensibilisation, le leadership stratégique et la coordination avec les partenaires à tous les niveaux via le secrétariat et les groupes de travail du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, notamment en fournissant aux pays une assistance technique et des orientations opérationnelles en matière de prévention et de lutte ;

- 2) de renforcer les capacités d'aide aux pays pour qu'ils puissent développer leur potentiel de mise en œuvre et de suivi d'interventions multisectorielles intégrées visant à prévenir, combattre et éliminer le choléra à long terme ; d'interventions de préparation et de riposte aux épidémies de choléra, conformément à l'initiative mondiale « Ending cholera: a global roadmap to 2030 » et en accord avec les plans nationaux, en vue d'encourager la notification, de suivre les progrès accomplis et de surveiller la charge de morbidité, et d'étayer ainsi les stratégies aux niveaux national et mondial ; et d'interventions de lutte ou d'élimination ;
- 3) d'aider les pays qui en font la demande à évaluer les facteurs de risque du choléra et les capacités de collaboration multisectorielle dans la limite des ressources techniques existantes ;
- 4) de continuer de diriger le processus de gestion des stocks de vaccins anticholériques oraux en vue de permettre un approvisionnement mondial suffisant, y compris grâce à l'assistance, au suivi et à l'évaluation assurés dans l'utilisation des vaccins anticholériques oraux et, le cas échéant, dans l'organisation de campagnes de vaccination, en coopération avec les organisations et les partenaires concernés, dont l'UNICEF et l'Alliance Gavi ;
- 5) de surveiller de façon suivie et de soutenir la prévention et la lutte à long terme et les programmes d'élimination du choléra aux niveaux national et régional ;
- 6) d'élaborer et de promouvoir un programme de recherche et d'évaluation sur le choléra qui soit axé sur les résultats et vise à combler d'importantes lacunes des connaissances, à améliorer la mise en œuvre des interventions existantes, notamment en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et à mettre au point des vaccins améliorés permettant de prévenir et de combattre plus efficacement et plus durablement les flambées et couvrant tous les aspects de la lutte contre le choléra ;
- 7) de mettre le choléra au premier plan des priorités de la santé publique mondiale et de renforcer la coordination et la participation de multiples secteurs, en particulier celui de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, et d'autres secteurs extérieurs à la santé tels que la finance et le développement des infrastructures ;
- 8) de faire rapport à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session, sur la situation mondiale du choléra, et d'évaluer les efforts déployés en matière de prévention et de lutte.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA71.5 Faire face à la charge de mortalité et de morbidité due aux envenimations par morsures de serpents¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la charge mondiale de mortalité et de morbidité due aux morsures de serpents ;²

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/17.

Profondément préoccupée par le fait que les envenimations par morsures de serpents¹ sont chaque année à l'origine de 81 000 à 138 000 décès chez les hommes, les femmes et les enfants, et de handicaps physiques et psychologiques chez quatre ou cinq fois plus de personnes ;

Notant que, dans la grande majorité des cas, les victimes de morsures de serpents appartiennent à des communautés pauvres vivant de l'agriculture et de l'élevage, et qu'une forte proportion de ces victimes est âgée de 10 à 40 ans ;

Constatant avec préoccupation que plusieurs facteurs, notamment les carences en matière de prévention, de formation des agents de santé, de diagnostic et de traitement des cas, et l'insuffisance des outils de prévention, de diagnostic et de traitement disponibles, empêchent de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les envenimations par morsures de serpents ;

Reconnaissant que les envenimations par morsures de serpents provoquent des souffrances anormalement importantes, mais que le phénomène a été jusqu'ici en grande partie ignoré par la communauté sanitaire mondiale malgré les dépenses catastrophiques et l'aggravation de la pauvreté auxquelles il peut donner lieu ;

Considérant que l'OMS a classé les envenimations par morsures de serpents parmi les maladies tropicales négligées hautement prioritaires² suivant la recommandation faite par le Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées à sa dixième réunion (Genève, 29 et 30 mars 2017),³ en réponse à l'impérieuse nécessité de mettre en œuvre des stratégies, outils et interventions efficaces ;

Consciente de l'absence de statistiques et d'informations fiables et de la nécessité de continuer à améliorer les données sur l'épidémiologie des envenimations par morsures de serpents pour mieux comprendre la maladie et la combattre ;

Sachant qu'un diagnostic et un traitement précoces sont indispensables pour réduire la morbidité, les handicaps et la mortalité que les envenimations par morsures de serpents peuvent entraîner ;

Notant avec satisfaction les progrès accomplis par certains États Membres dans la recherche sur les envenimations par morsures de serpents et une meilleure prise en charge des cas ;

Reconnaissant qu'il faut d'urgence améliorer l'accès à des traitements sûrs, efficaces et abordables dans toutes les régions du monde où le phénomène est endémique ;

Reconnaissant l'action menée par l'OMS en vue d'élaborer des lignes directrices sur le diagnostic et la prise en charge des envenimations par morsures de serpents et sur la production, la vérification et la réglementation des antivenins, ainsi que la nécessité d'en assurer la disponibilité partout dans le monde ;

Consciente que la réalisation des objectifs de développement durable énoncés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment en ce qui concerne la pauvreté, la faim, la santé et l'éducation, risque d'être entravée par les effets des maladies négligées qui frappent les pauvres, y compris les envenimations par morsures de serpents,

¹ On entend par « envenimation par morsure de serpent » la maladie résultant des altérations pathologiques et pathophysiologiques induites par l'action délétère du venin injecté dans l'organisme à la suite d'une morsure de serpent.

² Voir <http://www.who.int/snakebites/resources/s40409-017-0127-6/en/> (consulté le 8 décembre 2017).

³ Voir http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_report_2017.pdf?ua=1 (consulté le 24 mai 2018).

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹
 - 1) à évaluer la charge que représentent les envenimations par morsures de serpents et, le cas échéant, à mettre en place des programmes de surveillance, de prévention, de traitement et de réadaptation et/ou à les renforcer ;
 - 2) à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des antivenins à des prix abordables pour les populations exposées aux envenimations par morsures de serpents, et à mettre au point des dispositifs pour que les coûts additionnels occasionnés par le traitement et la réadaptation soient à la portée de tous ;
 - 3) à promouvoir le transfert de connaissances et de technologies entre les États Membres pour améliorer la disponibilité mondiale des antivenins et la prise en charge efficace des cas ;
 - 4) à combiner, selon qu'il sera possible et approprié de le faire, les efforts de lutte contre les envenimations par morsures de serpents avec les autres activités pertinentes de lutte contre les maladies ;
 - 5) à améliorer l'accès à des services de traitement et de réadaptation spécifiquement destinés aux victimes d'envenimations par morsures de serpents en mobilisant des ressources nationales à cet effet ;
 - 6) à dispenser une formation aux agents de santé concernés en matière de diagnostic et de prise en charge des envenimations par morsures de serpents, en mettant particulièrement l'accent sur les régions à forte incidence ;
 - 7) à intensifier et à appuyer la recherche sur les envenimations par morsures de serpents, particulièrement en vue de mettre au point de nouveaux outils permettant de les diagnostiquer, traiter et prévenir, et de mesurer la charge qu'elles représentent ;
 - 8) à sensibiliser les communautés au problème par des campagnes publiques tenant compte du contexte culturel, afin de favoriser la prévention et le traitement précoce et d'intensifier la participation communautaire aux efforts de sensibilisation et de prévention ;
 - 9) à favoriser la coopération et la collaboration entre les États Membres, la communauté internationale et les parties intéressées afin de renforcer les capacités nationales de combattre, de prévenir et de traiter les envenimations par morsures de serpents ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'accélérer les efforts au niveau mondial et de coordonner la lutte contre les envenimations par morsures de serpents, en veillant à la qualité et à l'innocuité des antivenins et autres traitements, et en privilégiant les interventions à fort impact ;
 - 2) de continuer à offrir un appui technique aux établissements de recherche sur les envenimations par morsures de serpents, notamment les centres collaborateurs de l'OMS, pour pouvoir mieux lutter contre le phénomène en se fondant sur des bases factuelles ;
 - 3) de favoriser les efforts internationaux visant à améliorer pour tous la disponibilité et l'accessibilité d'antivenins sûrs et efficaces à des prix abordables ;

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

- 4) d'apporter un soutien aux États Membres pour qu'ils renforcent leur capacité à sensibiliser au problème des envenimations par morsures de serpents, à améliorer la prévention et l'accès au traitement, ainsi qu'à combattre et à réduire le phénomène ;
- 5) de favoriser la coopération technique entre États Membres comme moyen de renforcer les services de surveillance, de traitement et de réadaptation ;
- 6) de coopérer, selon qu'il conviendra et conformément à leurs mandats respectifs, avec les institutions internationales, les organisations non gouvernementales, les fondations et les établissements de recherche, afin d'aider directement les États Membres à forte prévalence qui en font la demande à renforcer leurs activités de prise en charge des cas d'envenimations par morsures de serpents ;
- 7) de faire rapport à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA71.6 Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'activité physique pour la santé ;²

Inquiète de l'augmentation rapide de la charge des maladies non transmissibles, des troubles et autres problèmes de santé mentale dans le monde et de son impact négatif sur la santé, le bien-être, la qualité de vie et le développement socioéconomique ;

Sachant qu'une augmentation de l'activité physique et qu'une réduction de la sédentarité peuvent éviter chaque année à l'échelle mondiale au moins 3,2 millions de décès dus aux maladies non transmissibles,³ faire baisser les incapacités et la morbidité connexes ainsi que la charge financière pesant sur les systèmes de santé, tout en accroissant le nombre d'années de vie en bonne santé ;

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011),⁴ le document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2014),⁵ le Programme de développement durable à l'horizon 2030,⁶ les résolutions de l'Assemblée de la Santé WHA51.18 (1998) et WHA53.17 (2000) sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA55.23 (2002) sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.17 (2004) sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et WHA66.10 (2013) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/18.

³ *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014, p. 33.

⁴ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2011).

⁵ Résolution 68/300 de l'Assemblée générale (2014).

⁶ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale (2015).

maladies non transmissibles, dans laquelle a été approuvé le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et a été adoptée comme cible volontaire à l'échelle mondiale une réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique d'ici 2025 ;

Reconnaissant l'action menée par le Secrétariat pour fournir aux États Membres des outils, dont l'outil mondial OMS de suivi des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles, et des lignes directrices pour promouvoir l'activité physique,¹ et consciente en outre qu'il faudra peut-être élaborer des outils et lignes directrices supplémentaires pour aider les États Membres à intensifier les mesures censées développer l'activité physique et réduire la sédentarité ;

Reconnaissant les efforts faits ces dernières années par les États Membres et toutes les parties concernées pour promouvoir l'activité physique et réduire la sédentarité, dans le cadre des efforts déployés plus généralement pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ainsi que pour améliorer la santé mentale ;

Reconnaissant aussi la nécessité d'intensifier encore les mesures prises et d'aménager les environnements pour faciliter l'activité physique et réduire la sédentarité tout au long de la vie, en tenant compte des différentes situations, priorités et possibilités politiques nationales,

1. APPROUVE le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 ;²
2. ADOPTE pour cible volontaire à l'échelle mondiale, en prenant comme référence l'année 2016, une réduction relative de 15 % de la prévalence mondiale du manque d'activité physique chez les adolescents³ et chez les adultes⁴ d'ici 2030, dans le prolongement de la cible volontaire à l'échelle mondiale d'une réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique d'ici 2025 ;⁵
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres⁶ à mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, en fonction des situations et priorités nationales, ainsi qu'à suivre les progrès et à en rendre compte régulièrement afin d'améliorer les résultats du programme ;
4. INVITE les partenaires nationaux, régionaux, internationaux concernés, ainsi que les autres parties prenantes, y compris le secteur privé, à mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 et à contribuer à la réalisation de ses objectifs stratégiques, alignés sur les plans ou stratégies des pays ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de mettre en œuvre les mesures prévues pour le Secrétariat dans le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, y compris en fournissant aux États Membres l'appui nécessaire pour l'application du Plan, en collaboration avec d'autres partenaires concernés ;

¹ *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>, consulté le 22 janvier 2018).

² Voir l'annexe 3.

³ Le manque d'activité physique chez l'adolescent (âgé de 11 à 17 ans) est défini par moins de 60 minutes d'activité d'intensité modérée à vigoureuse par jour.

⁴ Le manque d'activité physique chez l'adulte (âgé de 18 ans et plus) est défini par moins de 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine.

⁵ Voir la résolution WHA66.10.

⁶ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) de finaliser, en consultation avec les États Membres et d'autres parties concernées, un cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030, comprenant un ensemble recommandé d'indicateurs de processus et d'impact, d'ici la fin de 2018, en tenant compte du cadre de suivi et des indicateurs existants aux niveaux mondial et régional, et de le publier sur le site Web de l'OMS ;
- 3) de produire, avant la fin de 2020 et en s'appuyant sur les données disponibles les plus récentes et sur l'expérience internationale, le premier rapport mondial de situation sur l'activité physique et la sédentarité ;
- 4) de faire état des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 dans les rapports à présenter à l'Assemblée de la Santé en 2021 et en 2026, conformément à la séquence convenue dans la résolution WHA66.10 (2013) ; et de présenter un rapport final sur le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 à l'Assemblée de la Santé en 2030 ;
- 5) de mettre à jour les recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé formulées en 2010.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA71.7 Santé numérique¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la santé mobile ;²

Rappelant les résolutions WHA58.28 (2005) sur la cybersanté et WHA66.24 (2013) sur la normalisation et l'interopérabilité en cybersanté ;

Reconnaissant le potentiel que recèlent les technologies numériques pour progresser sur la voie des objectifs de développement durable, puisqu'elles peuvent en particulier soutenir les systèmes de santé de tous les pays dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, et améliorer l'accessibilité physique et financière et la qualité des services de santé ;

Reconnaissant aussi que, même si la technologie et les innovations peuvent accroître les capacités des services de santé, l'interaction humaine reste un élément décisif pour le bien-être des patients ;

Soulignant qu'il faut veiller à ce que les solutions numériques pour la santé complètent et perfectionnent les modèles actuels de prestation de services de santé, renforcent les services de santé intégrés et centrés sur la personne, contribuent à l'amélioration de la santé de la population et à l'équité en santé, y compris à l'égalité entre les sexes, et combler le manque de données sur l'impact de la santé numérique dans ces domaines ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/20.

Considérant que le transfert de technologies et de savoirs selon des modalités arrêtées d'un commun accord, ainsi que la coopération technique, conformément à l'objectif 17 de développement durable (Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser), sont importants pour promouvoir la santé numérique ;

Soulignant les progrès récemment accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, de politiques, de législations et de programmes relatifs à la santé numérique par les États Membres,¹ l'OMS et les organisations partenaires ;

Prenant en considération l'expérience préalablement acquise² par les pays et les organisations ; l'interrelation entre les technologies numériques ; la collecte, la gestion et l'évaluation des données sanitaires ; et la solidité d'un environnement favorable, conformément aux bonnes pratiques établies, tout en tenant compte de la viabilité, de la faisabilité, de l'application à plus grande échelle et de l'inclusivité des innovations,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à évaluer leur utilisation des technologies numériques pour la santé, y compris dans les systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et infranational, afin de déterminer les aspects à améliorer et de donner un degré de priorité élevé, selon qu'il conviendra, à la mise au point, à l'évaluation, à l'exploitation, à l'application à plus grande échelle et à l'usage élargi des technologies numériques, dans le but de promouvoir un accès équitable, financièrement abordable et universel à la santé pour tous, en tenant compte des besoins particuliers des groupes vulnérables dans le cadre de la santé numérique ;
- 2) à étudier, le cas échéant, comment les technologies numériques pourraient être intégrées aux infrastructures et réglementations actuelles des systèmes de santé, en vue de renforcer les priorités sanitaires nationales et mondiales en optimisant les plateformes et les services existants, pour la promotion de la santé centrée sur la personne et la prévention des maladies ainsi que pour réduire la charge pesant sur les systèmes de santé ;
- 3) à optimiser, dans le développement et la réforme des systèmes de santé, l'emploi des ressources en mettant au point les services de santé parallèlement à l'application et à l'utilisation des technologies numériques ;
- 4) à déterminer les domaines prioritaires où des orientations normatives, une assistance technique et des conseils en matière de santé numérique seraient bénéfiques, y compris, mais sans s'y limiter : les lacunes de la recherche, les critères à base factuelle, l'appui à la mise en œuvre et à l'application à plus grande échelle, les modèles économiques et de financement, le contenu, l'évaluation, le rapport coût/efficacité et la durabilité, la sécurité des données, les questions d'éthique et juridiques, la réutilisation et l'adaptation des outils existants en matière de santé numérique et des autres outils pertinents ;
- 5) à œuvrer en faveur de l'interopérabilité des technologies numériques pour la santé, et à fournir un appui à cet égard, notamment en favorisant l'application de normes internationales et ouvertes en tant que solution abordable, efficace et facilement adaptable ;

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

² Les programmes mentionnés dans les observations des missions sont notamment l'Observatoire mondial de la cybersanté, l'initiative mondiale conjointe OMS-UIT pour la santé sur mobile et les maladies non transmissibles, le groupe de travail sur l'innovation, l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et le module OMS-UIT sur les stratégies nationales de cybersanté (WHO-ITU National eHealth Strategy Toolkit). Voir aussi les *Principles for Digital Development* (approuvés par l'OMS).

6) à diffuser, selon qu'il conviendra, les meilleures pratiques et des exemples réussis d'architectures, de programmes et de services numériques pour la santé, en particulier des modèles de politiques et de mise en pratique efficaces, avec la communauté internationale, y compris par l'intermédiaire de l'OMS et de réseaux, de plateformes numériques et de pôles bilatéraux, régionaux, interrégionaux et mondiaux ;

7) à renforcer la résilience en santé publique et à développer les possibilités, le cas échéant, y compris pour améliorer l'accès à des données de qualité et le suivi, l'échange et l'utilisation de ces données, et pour accroître la participation directe des citoyens, des agents de santé et des pouvoirs publics, et à renforcer les capacités d'intervention rapide en cas d'incident lié à des maladies et d'urgence de santé publique, en exploitant le potentiel des technologies numériques de l'information et de la communication afin de permettre des communications multidirectionnelles, des boucles de rétroaction et une « gestion adaptative » axée sur les données ;

8) à renforcer, notamment par des moyens numériques, les capacités en ressources humaines pour la santé numérique, selon qu'il conviendra, dans les secteurs de la santé et de la technologie, et à indiquer à l'OMS les domaines dans lesquels il y a des besoins spécifiques afin de recevoir une assistance technique appropriée ;

9) à améliorer les compétences numériques de l'ensemble des citoyens, y compris en collaborant avec la société civile pour renforcer la confiance du grand public et son adhésion aux solutions numériques pour la santé, et à promouvoir l'application de technologies numériques pour la santé dans la prestation de services de santé et l'accès à ces services au quotidien ;

10) à élaborer, selon qu'il conviendra, une législation et/ou des politiques de protection des données portant sur des questions telles que l'accès aux données, le partage des données, le consentement, la sécurité, le respect de la vie privée, l'interopérabilité et l'inclusivité, en tenant compte des obligations relatives aux droits de l'homme, et de les communiquer facultativement à l'OMS ;

11) à mettre en place, selon qu'il conviendra, et en coordination avec les pôles régionaux et les mécanismes d'appui existants ou nouveaux, des partenariats efficaces avec les parties prenantes de tous les secteurs concernés par l'utilisation de la santé numérique ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer, dans la limite des ressources existantes, en consultation étroite avec les États Membres¹ et avec l'apport des parties concernées, le cas échéant, une stratégie mondiale pour la santé numérique précisant les domaines prioritaires, y compris là où l'OMS devrait faire porter l'essentiel de ses efforts ;

2) d'augmenter les capacités stratégiques de l'OMS dans le domaine des technologies numériques et de les intégrer dans les activités, les opérations et les programmes pertinents de l'Organisation, y compris dans le cadre de la collaboration avec les États Membres ;

3) de fournir une assistance technique et des orientations normatives aux États Membres, à leur demande, pour porter la mise en œuvre de la santé numérique à plus grande échelle – y compris moyennant l'élaboration et l'application de stratégies par les États Membres en matière de santé numérique, et conformément au treizième programme général de travail, 2019-2023, avec la structure, les ressources, les actifs et les capacités appropriés, dans la limite des ressources existantes ;

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

- 4) de veiller à ce que l'OMS tire parti de ses atouts, en mettant au point des orientations pour la santé numérique, y compris, mais sans s'y limiter, sur la protection et l'utilisation des données sanitaires, sur la base de ses lignes directrices existantes et d'exemples réussis de programmes mondiaux, régionaux et nationaux, notamment par le recensement et la promotion des meilleures pratiques comme les interventions et les normes de santé numérique fondées sur des bases factuelles ;
- 5) de créer un registre des réglementations, des données sur les améliorations et les effets inattendus eu égard à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, à l'accès aux services de santé, et à la qualité et au rapport coût/efficacité de ces services, et des meilleures pratiques relatives aux technologies numériques pour la santé, fournies, entre autres, par les États Membres volontairement ;
- 6) de suivre les évolutions et les tendances des technologies numériques dans les domaines des systèmes de santé, de la santé publique et de la science des données, et d'analyser leurs conséquences pour la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé ;
- 7) de favoriser la collaboration de l'OMS avec d'autres organisations du système des Nations Unies et parties concernées pour renforcer la mise en œuvre de la santé numérique, en exploitant leurs capacités ;
- 8) de présenter à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, en 2020, un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, troisième rapport)

WHA71.8 Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance ;²

Sachant qu'un milliard de personnes ont besoin de technologies d'assistance et qu'avec le vieillissement de la population mondiale et l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, ce chiffre devrait dépasser les deux milliards d'ici à 2050 ;³

Notant que les technologies d'assistance facilitent et favorisent l'intégration, la participation et la collaboration des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes présentant des comorbidités à la vie familiale et communautaire et dans tous les domaines de la société, y compris les sphères politique, économique et sociale ;

Rappelant que 90 % de ceux qui ont besoin de technologies d'assistance n'y ont pas accès, ce qui a des conséquences très néfastes sur l'éducation, les moyens de subsistance, la santé et le bien-être des individus, ainsi que sur les familles, les communautés et les sociétés ;²

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/21.

³ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Rappelant aussi le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et son but ultime, qui est de « ne laisser personne de côté » ;

Reconnaissant que l'inclusion des technologies d'assistance dans le système de santé, conformément aux priorités et aux contextes nationaux, est essentielle pour réaliser des progrès en vue d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable relatives à la couverture sanitaire universelle ; à l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité ; à une croissance économique partagée et durable ; au plein emploi productif et au travail décent pour tous ; à la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre en autonomisant toutes les personnes et en favorisant leur intégration sociale, économique et politique ; à l'action pour des villes et des établissements humains ouverts à tous, sûrs et durables ; et à l'accès de tous, en particulier des personnes handicapées, à des espaces verts et des espaces publics sûrs ;

Rappelant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, par laquelle 175 États Membres se sont engagés, entre autres, à faciliter l'accès des personnes handicapées à des technologies d'assistance de qualité à un coût abordable (articles 4, 20 et 26) et à favoriser la coopération internationale (article 32) à l'appui des efforts déployés au niveau national pour réaliser l'objet et les buts de la Convention ;

Soulignant qu'une approche globale, durable et multisectorielle est nécessaire pour améliorer l'accès aux technologies d'assistance remplissant les critères de sécurité et de qualité prévus dans la réglementation nationale et internationale, aux niveaux national et infranational ;

Rappelant les résolutions WHA69.3 (2016), WHA67.7 (2014), WHA66.4 (2013) et WHA70.13 (2017) dans lesquelles l'Assemblée de la Santé prie les États Membres, entre autres dispositions, d'améliorer l'accès aux technologies d'assistance pour, respectivement, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes de déficiences visuelles et auditives ;

Notant que le Comité régional OMS de la Méditerranée orientale, dans sa résolution EM/RC63/R.3 (2016) sur l'amélioration de l'accès aux aides techniques, a prié le Conseil exécutif d'inscrire les aides techniques à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

- 1) à élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes, et à les renforcer, selon qu'il conviendra, pour améliorer l'accès aux technologies d'assistance dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et/ou de la couverture universelle par les services sociaux ;
- 2) à veiller à ce que des ressources humaines adéquates et qualifiées soient disponibles pour la fourniture et l'entretien des aides techniques à tous les niveaux de la prestation des services sanitaires et sociaux ;
- 3) à veiller à ce que les utilisateurs de technologies d'assistance et leurs aidants aient accès aux aides techniques les plus adaptées et s'en servent de manière sûre et efficace ;
- 4) selon qu'il conviendra, à établir, en fonction des besoins et des contextes nationaux, une liste nationale d'aides techniques prioritaires économiquement accessibles, d'un bon rapport coût/efficacité et conformes aux normes minimales de qualité et de sécurité, en se fondant sur la liste des aides techniques prioritaires de l'OMS ;

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

- 5) à promouvoir la recherche, le développement, l'innovation et la conception de produits, ou à investir dans ces domaines, afin de rendre les aides techniques existantes économiquement accessibles ; et à mettre au point une nouvelle génération de produits, y compris des technologies d'assistance haut de gamme ou de pointe, en tirant parti de la conception universelle et des nouvelles technologies à bases factuelles, en partenariat avec le monde universitaire, les organisations de la société civile (en particulier les personnes handicapées et les personnes âgées et les organisations qui les représentent) et le secteur privé, selon qu'il conviendra ;
- 6) à encourager la collaboration internationale et/ou régionale pour la fabrication, l'achat et la fourniture d'aides techniques prioritaires, en veillant à ce que celles-ci demeurent économiquement accessibles et disponibles par-delà les frontières ;
- 7) à recueillir des données en population sur les besoins sanitaires et les besoins en matière de soins au long cours, y compris ceux auxquels les technologies d'assistance pourraient répondre, afin d'élaborer des stratégies, des politiques et des programmes complets reposant sur des bases factuelles ;
- 8) à investir dans des environnements ouverts à tous et sans obstacle, et à les promouvoir, de sorte que toutes les personnes qui ont besoin de technologies d'assistance puissent en faire un usage optimal, afin de vivre de façon indépendante et en toute sécurité et de participer pleinement à tous les aspects de la vie ;
- 9) à promouvoir l'intégration des aides techniques prioritaires et des environnements ouverts à tous et sans obstacle au sein des programmes de préparation et d'intervention en cas d'urgence ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'établir, d'ici à 2021, un rapport mondial sur l'accès effectif aux technologies d'assistance dans le cadre d'une approche intégrée, en se fondant sur les meilleures données scientifiques et données d'expérience internationales disponibles, avec la participation de tous les services concernés du Secrétariat et en collaboration avec toutes les parties intéressées, en envisageant la possibilité de créer à cette fin un groupe consultatif d'experts, dans la limite des ressources disponibles ;
- 2) de fournir aux États Membres l'appui technique et l'aide au renforcement des capacités nécessaires, conformément aux priorités nationales, pour l'élaboration de politiques et de programmes nationaux en matière de technologies d'assistance, englobant les achats et le financement, la réglementation, la formation aux services sanitaires et sociaux, la prestation de services appropriés, et des environnements ouverts à tous et sans obstacle ;
- 3) de fournir aux pays un appui technique et une aide au renforcement des capacités, sur demande, afin d'évaluer s'il est faisable de créer des réseaux régionaux ou infrarégionaux pour la fabrication, l'achat et la fourniture de technologies d'assistance et des plateformes de coopération ;
- 4) de contribuer ou de participer, selon qu'il conviendra, à l'élaboration de normes minimales pour les aides techniques prioritaires (produits ou services), afin d'en favoriser la sécurité, la qualité et le rapport coût/efficacité et de faire en sorte qu'elles soient adaptées ;
- 5) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et de présenter ensuite tous les quatre ans, jusqu'en 2030, un rapport à l'Assemblée de la Santé.

WHA71.9 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;²

Rappelant les résolutions WHA33.32 (1980), WHA34.22 (1981), WHA35.26 (1982), WHA37.30 (1984), WHA39.28 (1986), WHA41.11 (1988), WHA43.3 (1990), WHA45.34 (1992), WHA46.7 (1993), WHA47.5 (1994), WHA49.15 (1996), WHA54.2 (2001), WHA55.25 (2002), WHA58.32 (2005), WHA59.21 (2006), WHA61.20 (2008), WHA63.23 (2010), WHA65.6 (2012) et WHA69.9 (2016) sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes, ainsi que les résolutions WHA68.19 (2015), WHA69.8 (2016) et la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Réaffirmant l'engagement pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 ;

Rappelant l'engagement qui a été pris d'atteindre les cibles internationales et de mettre en œuvre les plans d'action dans ce domaine, dont les cibles mondiales fixées à 2025 par l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et la Déclaration de Rome sur la nutrition issue de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition ;

Réaffirmant également que l'allaitement maternel est déterminant pour la survie, la nutrition et le développement chez l'enfant, et pour la santé maternelle ;

Affirmant que la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel contribuent dans une large mesure à la réalisation des objectifs de développement durable en matière de nutrition et de santé, et sont un élément central de soins de qualité ;

Consciente que, dans les situations d'urgence, un soutien adéquat de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, fondé sur des bases factuelles et fourni en temps voulu, permet de sauver des vies, protège la nutrition chez l'enfant, sa santé et son développement, et profite aux mères et aux familles ;

Notant avec inquiétude que près de deux nourrissons sur trois de moins de six mois ne sont pas nourris exclusivement au sein ; que moins d'un nourrisson sur cinq est nourri au sein pendant 12 mois dans les pays à revenu élevé ; et que du lait maternel est donné à seulement deux enfants sur trois âgés de six mois à deux ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Reconnaissant que pour atteindre la cible mondiale de l'OMS d'une augmentation d'au moins 50 %, d'ici à 2025, de la proportion d'enfants de moins de six mois qui sont nourris exclusivement au sein, il faut des ressources techniques et financières adéquates et durables, des interventions porteuses et protectrices en matière de politique générale et de réglementation ainsi qu'une volonté politique, et que cette action doit s'inscrire dans les efforts déployés plus généralement pour renforcer les systèmes de santé ;

Se félicitant de ce que le soutien de l'allaitement maternel exclusif figure dans le treizième programme général de travail, 2019-2023 ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Documents A71/22 et A71/23.

Se félicitant également de la célébration, tous les ans, de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, qui offre l'occasion de sensibiliser à l'importance de l'allaitement maternel et de plaider pour sa protection, sa promotion et son soutien ;¹

Notant en outre que l'OMS applique actuellement le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques y compris pour les programmes de nutrition,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,^{2,3,4} en fonction du contexte national et des obligations internationales :

- 1) à accroître les investissements dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des lois, politiques et programmes visant à protéger, promouvoir – notamment par l'éducation – et soutenir l'allaitement maternel, notamment par des approches multisectorielles et des actions de sensibilisation ;
- 2) à donner un nouvel élan à l'initiative Hôpitaux amis des bébés, notamment en encourageant la pleine intégration de la version révisée des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel dans les efforts et les programmes visant à améliorer la qualité des soins pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- 3) à mettre en œuvre et/ou à renforcer les mécanismes nationaux d'application des mesures visant à donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi qu'à d'autres recommandations de l'OMS reposant sur des bases factuelles ;
- 4) à promouvoir une alimentation complémentaire adaptée et offerte en temps voulu, conformément aux principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein⁵ ainsi qu'aux principes directeurs pour l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein ;⁶
- 5) à continuer de prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt de la santé publique afin d'appliquer les recommandations visant à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;
- 6) à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer une alimentation du nourrisson et du jeune enfant appropriée et fondée sur des données factuelles dans les situations d'urgence, notamment par des plans de préparation, par le renforcement des capacités du personnel travaillant dans les situations d'urgence et par la coordination des opérations intersectorielles ;

¹ <http://worldbreastfeedingweek.org/>, consulté le 21 mai 2018.

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

³ En tenant compte des spécificités des États fédérés.

⁴ Les États Membres pourraient prendre des mesures supplémentaires pour mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.

⁵ *Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein*. Washington, D.C., OPS, 2003 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/fr/, consulté le 21 mai 2018).

⁶ *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/fr/, consulté le 18 mai 2018).

7) à célébrer la Semaine mondiale de l'allaitement maternel,¹ qui est un moyen précieux de promotion de l'allaitement maternel ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir, sur demande, un soutien technique aux États Membres dans la mobilisation de ressources, y compris financières, et dans le suivi et la mise en œuvre des recommandations de l'OMS visant à soutenir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris dans les situations d'urgence, de passer en revue les données d'expérience nationales sur cette mise en œuvre et de continuer à actualiser les recommandations reposant sur des bases factuelles et à en formuler de nouvelles ;

2) de fournir, sur demande, un soutien technique aux États Membres pour leur permettre d'élaborer, d'examiner et d'appliquer des lois, des politiques et des programmes nationaux visant à soutenir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

3) de continuer à mettre au point des outils de formation, de suivi et de sensibilisation relatifs à la version révisée des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et à l'initiative Hôpitaux amis des bébés, afin de seconder les États Membres dans la mise en œuvre ;

4) de soutenir les États Membres dans la mise en place de cibles en matière de nutrition et d'objectifs intermédiaires pour les indicateurs de nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, conformément aux délais impartis pour la mise en œuvre du Cadre d'action, au document final de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition organisée par la FAO et l'OMS, à la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) et au calendrier des objectifs de développement durable (2015-2030) ;

5) de continuer à fournir, sur demande, un soutien technique approprié aux États Membres dans l'évaluation des politiques et des programmes nationaux, et d'autres mesures, y compris la collecte et l'analyse de données de qualité ;

6) d'élaborer des outils de formation, de suivi, de sensibilisation et de préparation à la mise en œuvre des orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence et d'apporter aux États Membres le soutien nécessaire pour passer en revue les données d'expérience sur leur adaptation, leur mise en œuvre et leur suivi ;

7) de faire rapport à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution et dans l'unification des rapports demandés dans la résolution WHA69.9.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, quatrième rapport)

¹ <http://worldbreastfeedingweek.org/>, consulté le 21 mai 2018.

WHA71.10 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés ;¹

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote des Comores, de la Gambie, de la Guinée-Bissau, de la République centrafricaine, du Soudan du Sud et de l'Ukraine était suspendu et que cette suspension se prolongerait jusqu'à ce que les arriérés des États Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, la Libye, le Niger et le Venezuela (République bolivarienne du) étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l'ouverture de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en 2019,

DÉCIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7 (1988), si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, la Libye, le Niger et le Venezuela (République bolivarienne du) sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) se prolongera jusqu'à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés du Cameroun, de la Libye, du Niger et du Venezuela (République bolivarienne du) aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;
- 3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Document A71/31 Rev.1.

² Document A71/47.

WHA71.11 Directeurs généraux adjoints¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant les articles I, III et IV du Statut du personnel,²

1. ADOPTE les amendements proposés aux articles 1.11, 3.1 et 4.5 du Statut du personnel ;³
2. DÉCIDE que ces amendements prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2018.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA71.12 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général,²

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$176 292 par an, avec un traitement net correspondant de US \$131 853 ;
2. FIXE ÉGALEMENT le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$194 329 par an, avec un traitement net correspondant de US \$143 757 ;
3. FIXE EN OUTRE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$239 755 par an, avec un traitement net correspondant de US \$173 738 ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2018.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA71.13 Réforme du programme mondial de stages¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports annuels sur les ressources humaines de 2015, 2016 et 2017 ;⁴

Consciente, dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle, de la nécessité d'un leadership efficace dans le domaine de la santé publique, de systèmes de santé résilients et d'une forte capacité en personnels de santé ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/37.

³ Voir l'annexe 4.

⁴ Documents A69/52, A70/45 et A71/35.

S'orientant selon le treizième programme général de travail, qui présente la vision stratégique de l'OMS pour la période 2019-2023 et dans lequel l'Organisation s'engage, notamment, à favoriser un accès élargi au programme de stages et l'équité au sein de ce programme ;

Affirmant que le but du programme de stages est de faire émerger de futurs dirigeants dans le domaine de la santé publique en offrant des possibilités de formation professionnelle et de renforcement des capacités au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, et que les stagiaires apportent des contributions précieuses à l'Organisation ;¹

Rappelant les préoccupations des États Membres concernant le déséquilibre persistant de la participation géographique au programme de stages, qui est dû en grande partie à l'absence de soutien financier pour les futurs dirigeants de talent dans le domaine de la santé, et au peu d'attention accordée jusqu'à présent à la diversité géographique et à l'équité entre les sexes parmi les stagiaires ;

Soulignant le vif souci de tous les États Membres de voir des améliorations dans le cadre du processus de réforme de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation, y compris une participation géographique équilibrée et l'équité entre les sexes ;

Considérant les efforts déployés et les changements apportés par l'OMS pour améliorer la transparence et l'accessibilité du programme de stages, et l'ambition de l'Organisation de mettre en œuvre une réforme complète,

1. DÉCIDE que des améliorations continues seront apportées au programme de stages par les moyens suivants :

- 1) en élaborant un programme de stages pérenne et équitable sur la base d'une stratégie en matière de stages et d'un programme de formation semi-structuré afin que les stagiaires tirent tout le profit possible de leur expérience à l'OMS et renforcent les objectifs pédagogiques du programme qui sont, entre autres, de constituer un groupe diversifié de futurs dirigeants dans le domaine de la santé publique et de leur permettre d'acquérir une expérience des programmes techniques et administratifs de l'OMS ;
- 2) en assurant un processus de recrutement transparent, au mérite, favorisant la participation géographique la plus large possible et l'équité entre les sexes, moyennant un examen objectif de toutes les candidatures de stagiaires répondant aux critères ;
- 3) en fixant comme cible que, d'ici à 2022, au moins 50 % des stagiaires acceptés dans le programme viennent des pays les moins avancés et des pays à revenu intermédiaire, en vue de parvenir à une participation équilibrée entre les Régions de l'OMS et à l'équité entre les sexes ;
- 4) en offrant dès que possible, et en 2020 au plus tard, l'assistance financière et, le cas échéant, en nature du Secrétariat, y compris sa collaboration avec les pays hôtes, pour tous les stagiaires acceptés qui ne bénéficient pas d'un appui suffisant, au niveau fixé pour le lieu d'affectation, afin de couvrir raisonnablement les dépenses engagées pour le voyage et les frais de subsistance pendant la durée du stage ;

2. PRIE INSTAMMENT les États Membres, les partenaires de développement et les donateurs d'aider l'OMS à mobiliser les ressources nécessaires pour la pérennité financière du programme de

¹ Dans le Manuel électronique de l'OMS, un stagiaire est défini comme une personne âgée d'au moins 20 ans, inscrite dans une université ou un établissement équivalent qui permet d'obtenir une qualification officielle (universitaire ou postuniversitaire). Les personnes déjà diplômées peuvent aussi être prises en considération si elles se portent candidates à un stage dans les six mois suivant l'achèvement de leur qualification officielle. Les stagiaires n'ont pas le statut de membre du personnel et ne peuvent représenter l'Organisation à titre officiel.

stages et, le cas échéant, une assistance en nature, afin que de futurs dirigeants de talent dans le domaine de la santé originaires de tous les États Membres puissent avoir accès au programme sur un pied d'égalité, quelle que soit leur situation économique ;

3. INVITE les parties prenantes internationales, régionales, nationales et locales à soutenir la mise en œuvre des mesures énoncées dans la présente résolution et à y prendre part ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de prendre les mesures nécessaires et, conformément aux buts de la politique de ressources humaines en général, de concrétiser les objectifs de la présente résolution, aux trois niveaux de l'Organisation, en s'inspirant des meilleures pratiques d'autres organisations des Nations Unies et conformément aux règles, aux règlements et aux résolutions des Nations Unies sur la question ;

2) de faire figurer dans le rapport annuel sur les ressources humaines des statistiques relatives aux données démographiques des candidats aux stages et des stagiaires acceptés, dont leur sexe et leur pays d'origine, ainsi que des informations sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ;

3) de soumettre au Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, en janvier 2019, un rapport précisant par quel mécanisme les stagiaires acceptés bénéficieront d'un soutien financier et en nature à la mesure de leurs besoins ;

4) de soumettre à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif en 2023, un rapport distinct décrivant les progrès accomplis par rapport aux cibles fixées dans la présente résolution et les mesures futures prévues.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA71.14 Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales ;²

Réaffirmant les résolutions WHA66.10 (2013) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; WHA68.7 (2015) sur le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; WHA69.2 (2016) sur l'engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ; et WHA69.25 (2016), intitulée « Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins, et agir pour la sécurité et l'accessibilité des médicaments pédiatriques ; et le communiqué d'Addis-Abeba sur l'éradication de la cardiopathie rhumatismale en Afrique publié en 2015 par l'Union africaine ;³

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/25.

³ Annexe I du document STC/EXP/HP/VIII(I), disponible à l'adresse http://www.pascar.org/uploads/files/The_African_Union_Communique_RHD_Eradication_French.pdf, consulté le 30 mai 2017.

Notant avec préoccupation que les cardiopathies rhumatismales sont une importante cause évitable de morbidité et de mortalité pour les populations de toutes les Régions de l'OMS, dont on sait, même si les données sont incomplètes, qu'elles touchent au moins 33 millions de personnes et provoquent plus de 300 000 décès chaque année, en particulier parmi les groupes vulnérables et marginalisés, notamment les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les populations pauvres et autochtones ;¹

Consciente que les cardiopathies rhumatismales sont des affections évitables dues au rhumatisme articulaire aigu, une séquelle secondaire de la pharyngite à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, et que la détection et le diagnostic précoces de cette forme de pharyngite, du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales, accompagnés d'un traitement antibiotique judicieux de la pharyngite à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et d'une prophylaxie antibiotique appropriée pour les personnes ayant souffert de rhumatisme articulaire aigu, peuvent réduire fortement la morbidité et la mortalité de manière financièrement avantageuse ;

Préoccupée par le manque d'accès fiable aux médicaments essentiels pour la prévention et le traitement de la pharyngite à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales ;

Rappelant que les initiatives mondiales peuvent jouer le rôle d'orientation, assurer la sensibilisation et donner l'impulsion dont on a tant besoin pour vaincre les cardiopathies rhumatismales, comme l'a montré le programme mondial OMS de lutte contre les cardiopathies rhumatismales (1984-2002) ;

Consciente que les cardiopathies rhumatismales sont des maladies évitables de la pauvreté et qu'il est donc essentiel de tendre vers les objectifs de développement durable d'élimination de la pauvreté et d'instauration de la couverture sanitaire universelle, et que réduire les obstacles à une prévention et une lutte efficaces est conforme à la Constitution de l'OMS et correspond aux domaines d'action prioritaires de l'Organisation,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à intensifier les efforts multisectoriels visant à réduire la pauvreté et à améliorer les conditions socioéconomiques par tous les moyens, en luttant contre les déterminants fondamentaux connus des cardiopathies rhumatismales, notamment les mauvaises conditions de logement, la surpopulation et les difficultés d'accès aux soins ;
- 2) à estimer la charge de morbidité liée aux cardiopathies rhumatismales et, dans le cas des pays d'endémie, en fonction de la situation et des priorités nationales, à mettre en œuvre et à financer des programmes contre les cardiopathies rhumatismales qui favorisent les travaux multisectoriels axés sur la prévention, une meilleure surveillance épidémiologique, la collecte et l'analyse de données de bonne qualité qui permettent un suivi adapté et qui contribuent à donner une vision plus complète de la charge de morbidité à l'échelle mondiale ;
- 3) à améliorer l'accès aux soins de santé primaires, notamment en investissant dans la formation des agents de santé communautaires et des personnels dispensant des soins de santé primaires à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge fondée sur des bases factuelles de la pharyngite à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, du rhumatisme articulaire aigu, des cardiopathies rhumatismales et de leurs complications potentielles, tout en veillant à ce que la lutte contre les cardiopathies rhumatismales soit mieux comprise au sein des populations à risque ;
- 4) à garantir un accès rapide, fiable et à des prix abordables aux technologies de laboratoire et aux médicaments essentiels d'un bon rapport coût/efficacité pour le diagnostic, la prévention et le traitement du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales ;

¹ The Global Burden of Disease Study 2010.

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

5) à renforcer la coopération nationale et internationale afin de lutter contre les cardiopathies rhumatismales, notamment par la mise en place de mesures mondiales et nationales de réduction de la charge de morbidité, par l'utilisation et la diffusion des meilleures pratiques de lutte, et par la création de réseaux nationaux et régionaux pour le diagnostic et le traitement par des spécialistes, si nécessaire ;

2. INVITE les parties prenantes internationales, telles que les organisations non gouvernementales, les établissements universitaires, les entités du secteur privé et les fondations philanthropiques, selon qu'il conviendra, à contribuer à faire progresser les efforts mondiaux de lutte contre les cardiopathies rhumatismales et à collaborer :

1) pour donner aux personnes vivant avec une cardiopathie rhumatismale une place centrale dans le programme de lutte et continuer à défendre les intérêts des communautés concernées par les cardiopathies rhumatismales ou exposées au risque ;

2) pour accorder une plus grande importance aux cardiopathies rhumatismales et à d'autres maladies non transmissibles de l'enfant et de l'adolescent parmi les préoccupations mondiales, afin de renforcer les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, d'éradiquer la pauvreté et de lutter contre les inégalités en matière de santé ;

3) pour faciliter un accès rapide, fiable et à des prix abordables aux technologies et aux médicaments d'un bon rapport coût/efficacité existants ou nouveaux pour la lutte contre les cardiopathies rhumatismales en appuyant la recherche-développement, notamment dans le but de mieux connaître la pathogenèse et l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales, et en fournissant des ressources en accès libre ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer l'action contre les cardiopathies rhumatismales, ainsi que de diriger et de coordonner les efforts mondiaux en la matière, en assurant un financement adéquat et en prenant en compte les cardiopathies rhumatismales dans les domaines d'activité pertinents de l'OMS, au-delà du programme de lutte contre les maladies non transmissibles ;

2) de soutenir les États Membres qui s'attachent à déterminer la charge de morbidité des cardiopathies rhumatismales ainsi que, le cas échéant, à élaborer et à mettre en œuvre des programmes de lutte contre les cardiopathies rhumatismales et à renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la surveillance épidémiologique, d'accroître la disponibilité et de développer la formation des agents de santé communautaires et des personnels dispensant des soins de santé primaires, et de garantir un accès fiable à des outils de prévention, de diagnostic et de traitement à des prix abordables ;

3) de renforcer les partenariats internationaux pour mobiliser des ressources, diffuser les meilleures pratiques, mettre sur pied et appuyer un programme stratégique de recherche-développement, et faciliter l'accès aux technologies et aux médicaments existants ou nouveaux ;

4) d'évaluer, par des moyens de mesure convenus, l'ampleur et la nature du problème des cardiopathies rhumatismales et d'en rendre compte, ainsi que de suivre le déroulement des activités de lutte contre les cardiopathies rhumatismales ;

5) de faire rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

WHA71.15 Multilinguisme : respect de l'égalité entre les langues officielles¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;²

Rappelant la résolution 71/328 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui appelle à aborder le multilinguisme d'une façon pratique, efficace et économique n'ayant aucune incidence sur les coûts ;

Consciente du fait que l'universalité de l'OMS repose, entre autres, sur le multilinguisme ainsi que sur le respect de la parité et de la pluralité des langues officielles choisies par les États Membres ;

Rappelant les résolutions et les règles régissant les dispositions relatives aux langues à l'OMS, en particulier la résolution WHA50.32 (1997) sur le respect de l'égalité entre les langues officielles, la résolution WHA51.30 (1998) sur la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé, dans laquelle le Directeur général était prié de mettre les documents des organes directeurs de l'OMS à disposition sur Internet, et la résolution EB105.R6 (2000) sur l'utilisation des langues à l'OMS ;

Convaincue de l'importance du respect de la diversité des cultures et de la pluralité des langues internationales pour améliorer les politiques de santé dans le monde, en particulier dans les pays en développement, et pour donner à tous les États Membres accès à l'information et à la coopération scientifiques et techniques ;

Regrettant que les différentes langues officielles et les langues de travail soient encore utilisées de façon inégale au sein de l'OMS ;

Réaffirmant la nécessité de garantir des traductions de grande qualité des documents dans toutes les langues officielles de l'Organisation ;

Considérant que l'établissement et la distribution des informations techniques essentielles de l'Organisation, par exemple des lignes directrices de l'OMS, dans les six langues officielles est l'une des conditions fondamentales de l'égalité entre les États Membres ;

Soulignant la nécessité d'instaurer l'égalité absolue des six langues officielles, y compris sur le site Internet de l'OMS,

PRIE le Directeur général :

- 1) de tenir compte des recommandations figurant dans la résolution 71/328 de l'Assemblée générale des Nations Unies et de coopérer avec les services linguistiques qui relèvent du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, notamment à la mise sur pied d'approches n'ayant aucune incidence sur les coûts ;
- 2) d'appliquer les règles de l'Organisation qui fixent les pratiques linguistiques au sein du Secrétariat d'une façon pratique, efficace et économique n'ayant aucune incidence sur les coûts ;
- 3) de veiller à ce que tous les services linguistiques soient traités sur un pied d'égalité et bénéficient de moyens et de conditions de travail également favorables, qui leur permettent d'optimiser la qualité de leurs prestations ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/50.

- 4) de promouvoir le multilinguisme dans les travaux quotidiens du Secrétariat et d'encourager le personnel à consulter la documentation technique et scientifique publiée dans le plus grand nombre de langues possibles, officielles et non officielles, de manière économique ;
- 5) de s'assurer que les descriptions de poste précisent qu'il est nécessaire de posséder des compétences multilingues et notamment de maîtriser une des langues de travail du Secrétariat ;
- 6) de nommer un administrateur pouvant faire office de coordonnateur pour le multilinguisme, qui sera chargé, entre autres, de superviser et de faciliter l'application généralisée du multilinguisme, et de demander à tous les départements de l'OMS d'appuyer pleinement l'action du coordonnateur pour ce qui est de l'exécution des mandats relatifs au multilinguisme ;
- 7) de continuer à améliorer et à mettre à jour de façon économique le site Internet de l'OMS dans toutes les langues officielles afin de le rendre plus largement accessible, et de mettre sur pied une stratégie de communication multilingue auprès du grand public ;
- 8) de prendre les mesures nécessaires pour garantir, y compris moyennant l'amélioration de la planification et de la coordination, la traduction dans des délais appropriés des informations techniques essentielles de l'Organisation et des lignes directrices de l'OMS dans toutes les langues officielles, que ce soit sous forme écrite, audiovisuelle ou numérique, et rendre ainsi ces informations plus largement disponibles sans retard indu ;
- 9) de rédiger un rapport sur les pratiques antérieures, sur les options et les solutions techniques possibles, y compris les mesures innovantes et économiques, ainsi que sur toutes les incidences programmatiques et budgétaires, dans le but d'améliorer la situation actuelle et de garantir la disponibilité des informations techniques essentielles de l'Organisation et des lignes directrices de l'OMS, que ce soit sous forme écrite, audiovisuelle ou numérique, dans les six langues officielles, lequel sera soumis à l'examen de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, troisième rapport)

WHA71.16 Poliomyélite : confinement des poliovirus¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;²

Rappelant les résolutions WHA65.5 (2012) sur l'intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et WHA68.3 (2015) sur la poliomyélite, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a invité instamment tous les États Membres à, entre autres mesures, procéder de la manière voulue au confinement de tous les poliovirus en commençant par ceux du sérotype 2 ;

Prenant note de l'éradication mondiale des poliovirus sauvages de type 2, déclarée par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite en septembre 2015 ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A71/26.

Consciente des progrès constants réalisés en vue de l'éradication des poliovirus de types 1 et 3 ;

Considérant que le passage synchronisé à l'échelle mondiale, en avril 2016, du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, actif uniquement contre les poliovirus de types 1 et 3, a été couronné de succès ;

Prenant note de l'élaboration du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, y compris l'objectif 3 – confinement et certification, examiné par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ;¹

Se félicitant de l'action de l'OMS et de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite visant à promouvoir le confinement de tous les poliovirus, en commençant par ceux du premier sérotype éradiqué, le type 2 ;

Notant avec préoccupation les retards enregistrés dans la mise en place et la certification du confinement des poliovirus de type 2 prévues pour 2016, ainsi que la dissémination accidentelle, en 2017, de poliovirus sauvages de type 2 à partir d'une unité de production de vaccins ;

Réaffirmant la nécessité d'accélérer d'urgence au niveau mondial les activités visant à mettre en place et à certifier le confinement des poliovirus ;

Soulignant que le succès du confinement de tous les poliovirus permettra d'éradiquer durablement la poliomyélite,

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :²

1) à mettre pleinement en œuvre toutes les approches stratégiques décrites dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 ;

2) à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès en vue de la certification du confinement des poliovirus comme indiqué dans les prescriptions nationales³ et dans le Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III) ;⁴

3) à achever les inventaires des poliovirus de type 2, à détruire les matériels inutiles de type 2 et à commencer des inventaires des matériels inutiles de types 1 et 3 et leur destruction conformément aux dernières orientations de l'OMS publiées ;

4) à veiller à ce que tout événement confirmé associé à une rupture du confinement de poliovirus soit immédiatement notifié au point focal national RSI ;

2. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres conservant des poliovirus :

1) à réduire au minimum le nombre d'établissements désignés pour la conservation des poliovirus, en privilégiant ceux qui exercent des fonctions nationales ou internationales essentielles ;

¹ Document WHA66/2013/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, neuvième séance, section 1 (en anglais seulement).

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

³ Groupe consultatif sur le confinement, voir <http://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/advisory-reports/containment-advisory-group/> (consulté le 1^{er} mars 2018).

⁴ Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf (consulté le 1^{er} mars 2018).

- 2) à nommer, dès que possible et au plus tard à la fin de 2018, une autorité nationale chargée du confinement¹ qui traitera les demandes de certification du confinement présentées par les établissements désignés pour le stockage et/ou la manipulation de poliovirus après l'éradication, et à en communiquer les coordonnées à l'OMS d'ici au 31 mars 2019 ;
 - 3) à fournir à l'autorité nationale chargée du confinement toutes les ressources, notamment techniques, financières et en personnel, nécessaires pour mener à bien la certification complète de la mise en œuvre des mesures appropriées de confinement des poliovirus ;
 - 4) à prier les établissements désignés pour la conservation des poliovirus de type 2 de participer officiellement au dispositif de certification du confinement² en présentant à leur autorité nationale chargée du confinement leur demande de participation, qui constitue la première étape du processus mondial de certification, dès que possible et au plus tard le 31 décembre 2019 ;¹
 - 5) à prendre des dispositions pour le confinement des matériels contenant des poliovirus sauvages de types 1 et 3 de façon à ce que, d'ici à la certification de l'éradication mondiale, tous les établissements conservant des poliovirus répondent aux exigences en matière de confinement ;
 - 6) à élaborer un cadre national de riposte à appliquer en cas de rupture du confinement et de risque d'exposition de la communauté, et à procéder à un exercice de simulation d'une flambée de poliomyélite couvrant le risque de dissémination du poliovirus à partir d'un établissement ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir un appui technique aux États Membres ayant entrepris de mettre en œuvre des mesures de protection pour le confinement des poliovirus et de certifier que les établissements conservant des poliovirus répondent aux exigences indiquées dans le Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III) ;
 - 2) de faciliter l'harmonisation des mécanismes de certification en vue de la mise en place durable du confinement des poliovirus au cours de l'ère postéradication ;
 - 3) d'actualiser, s'il y a lieu et le moment venu, toutes les recommandations et orientations de l'OMS sur le confinement des poliovirus ;
 - 4) de faire rapport régulièrement au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis et sur la situation concernant le confinement des poliovirus au niveau mondial, en s'alignant sur les autres dispositions régissant l'établissement de rapports sur la poliomyélite.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, quatrième rapport)

¹ Comme l'a recommandé la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite à sa réunion spéciale sur le confinement des poliovirus (Genève, 23-25 octobre 2017) ; le rapport de la réunion est disponible en anglais à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/01/polio-global-certification-commission-report-2017-10-final-en.pdf> (consulté le 1^{er} mars 2018).

² Disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-FR.pdf (consulté le 26 mai 2018).

DÉCISIONS

WHA71(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Bahreïn, El Salvador, Îles Salomon, Islande, Jamaïque, Lesotho, Mongolie, Népal, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Serbie et Turkménistan.

(Première séance plénière, 21 mai 2018)

WHA71(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

Président : D^f Pagwesese David Parirenyatwa (Zimbabwe)

Vice-Présidents : D^f F. Duque III (Philippines)
M^{me} K. Abdul Samad Abdulla (Maldives)
D^f Y. Birtanov (Kazakhstan)
D^f D. Elmi Okieh (Djibouti)
D^f R. Sánchez Cárdenas (République dominicaine)

(Première séance plénière, 21 mai 2018)

WHA71(3) Élection du bureau des commissions principales

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Président M. Arun Singhal (Inde)
Commission B : Président D^f Feroz Firozuddin (Afghanistan)

(Première séance plénière, 21 mai 2018)

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

Commission A : Vice-Présidents D^f Søren Brostrøm (Danemark)
M^{me} Mónica Martínez Menduïño (Équateur)

Rapporteur D^f Alain Etoundi Mballa (Cameroun)

Commission B : Vice-Présidents D^f Stewart Jessamine (Nouvelle-Zélande)
Professeur Nicolas Méda (Burkina Faso)

Rapporteur D^f José Eliseo Orellana (El Salvador)

(Premières séances des Commissions A et B,
21 et 23 mai 2018, respectivement)

WHA71(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Argentine, Barbade, Botswana, Bulgarie, Chine, Cuba, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Fidji, France, Gabon, Madagascar, Mauritanie, Nigéria, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Somalie et Turquie.

(Première séance plénière, 21 mai 2018)

WHA71(5) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session, après avoir supprimé six points, exclu un point supplémentaire et transféré un rapport du point 20 au point 12.

(Deuxième séance plénière, 21 mai 2018)

WHA71(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des États Membres suivants : Afghanistan ; Afrique du Sud ; Albanie ; Algérie ; Allemagne ; Andorre ; Angola ; Antigua-et-Barbuda ; Arabie saoudite ; Argentine ; Arménie ; Australie ; Autriche ; Azerbaïdjan ; Bahamas ; Bahreïn ; Bangladesh ; Barbade ; Bélarus ; Belgique ; Belize ; Bénin ; Bhoutan ; Bolivie (État plurinational de) ; Bosnie-Herzégovine ; Botswana ; Brésil ; Brunéi Darussalam ; Bulgarie ; Burkina Faso ; Burundi ; Cabo Verde ; Cambodge ; Cameroun ; Canada ; Chili ; Chine ; Chypre ; Colombie ; Comores ; Congo ; Costa Rica ; Côte d'Ivoire ; Croatie ; Cuba ; Danemark ; Djibouti ; Égypte ; El Salvador ; Émirats arabes unis ; Équateur ; Érythrée ; Espagne ; Estonie ; Eswatini ; États-Unis d'Amérique ; Éthiopie ; Ex-République yougoslave de Macédoine ; Fédération de Russie ; Fidji ; Finlande ; France ; Gabon ; Gambie ; Géorgie ; Ghana ; Grèce ; Grenade ; Guatemala ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Hongrie ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Iraq ; Irlande ; Islande ; Israël ; Italie ; Jamaïque ; Japon ; Jordanie ; Kazakhstan ; Kenya ; Kirghizistan ; Kiribati ; Koweït ; Lesotho ; Lettonie ; Liban ; Libéria ; Libye ; Lituanie ; Luxembourg ; Madagascar ; Malaisie ; Malawi ; Maldives ; Mali ; Malte ; Maroc ; Maurice ; Mauritanie ; Mexique ; Micronésie (États fédérés de) ; Monaco ; Mongolie ; Monténégro ; Mozambique ; Myanmar ; Namibie ; Nauru ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Palaos ; Panama ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Paraguay ; Pays-Bas ; Pérou ; Philippines ; Pologne ; Portugal ; Qatar ; République arabe syrienne ; République centrafricaine ; République de Corée ; République démocratique du Congo ; République démocratique populaire lao ; République de Moldova ; République dominicaine ; République populaire démocratique de Corée ; République tchèque ; République-Unie de Tanzanie ; Roumanie ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rwanda ; Sainte-Lucie ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Marin ; Saint-Vincent-et-les-Grenadines ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Serbie ; Seychelles ; Sierra Leone ; Singapour ; Slovaquie ; Slovénie ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Sri Lanka ; Suède ; Suisse ; Suriname ; Tadjikistan ; Tchad ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Togo ; Tonga ; Trinité-et-Tobago ; Tunisie ; Turkménistan ; Turquie ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Vanuatu ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

(Cinquième séance plénière, 23 mai 2018, et sixième séance plénière, 25 mai 2018)

WHA71(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Allemagne, Australie, Chili, Chine, Djibouti, États-Unis d'Amérique, Finlande, Gabon, Indonésie, Israël, Roumanie, Soudan.

(Sixième séance plénière, 25 mai 2018)

WHA71(8) Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès »,² a décidé de prier le Directeur général :

- 1) d'élaborer, en concertation avec les États Membres, une feuille de route présentant la programmation des travaux de l'OMS sur l'accès aux médicaments et aux vaccins, y compris les activités, mesures et prestations pour la période 2019-2023 ;
- 2) de présenter cette feuille de route pour examen à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en 2019, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session.

(Sixième séance plénière, 25 mai 2018 –
Commission A, premier rapport)

WHA71(9) Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : examen programmatique général¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général concernant l'examen programmatique général de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle,³ et son annexe, a décidé :

- 1) d'inviter instamment les États Membres à appliquer, selon qu'il convient et compte tenu du contexte national, les recommandations du tableau d'experts⁴ qui sont adressées aux États Membres et en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
- 2) d'inviter en outre instamment les États Membres à examiner plus avant les recommandations du tableau d'experts qui n'émanent pas de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A71/12.

³ Document A71/13.

⁴ Voir l'annexe 5.

- 3) de prier le Directeur général d'appliquer les recommandations adressées au Secrétariat dans l'ordre de priorité indiqué par le tableau d'experts, dans un plan de mise en œuvre, en harmonie avec la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
- 4) de prier également le Directeur général de présenter un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente décision à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020.

(Sixième séance plénière, 25 mai 2018 –
Commission A, premier rapport)

WHA71(10) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, prenant note du rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA70(12) (2017),² a décidé de prier le Directeur général :

- 1) de rendre compte à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général, en s'appuyant sur une évaluation de terrain ;
- 2) de fournir un appui aux services de santé palestiniens, notamment par des programmes de renforcement des capacités et l'élaboration de plans stratégiques d'investissement dans des capacités locales spécifiques de traitement et de diagnostic ;
- 3) d'apporter une assistance technique sanitaire à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;
- 4) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien, notamment des prisonniers et des détenus, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des handicapés et des blessés ;
- 5) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, en mettant l'accent sur le développement des ressources humaines, pour faire en sorte que les services de santé soient disponibles localement, ce qui permettra de diminuer les orientations-recours, de réduire les coûts et d'assurer durablement des soins primaires solides moyennant des services de santé appropriés, complets et intégrés ; et
- 6) de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces objectifs.

(Sixième séance plénière, 25 mai 2018 –
Commission B, premier rapport)

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A71/27.

WHA71(11) Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général sur les progrès dans la mise en œuvre de la décision WHA70(10) (2017),² a approuvé les recommandations figurant au paragraphe 19 dudit rapport³ et a demandé que le texte final de l'analyse prescrite au paragraphe 8.b) de la décision WHA70(10) soit soumis à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, troisième rapport)

WHA71(12) Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2016-2017, avec les états financiers vérifiés pour 2017

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017 », avec les états financiers vérifiés pour 2017 ;⁴ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,⁵ a décidé d'accepter le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017 », avec les états financiers vérifiés pour 2017.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA71(13) Rapport du Commissaire aux comptes

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé ;⁶ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé,⁷ a décidé d'accepter le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A71/24.

³ Voir l'annexe 6.

⁴ Documents A71/28 et A71/29.

⁵ Document A71/45.

⁶ Document A71/32.

⁷ Document A71/48.

WHA71(14) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le D^r Assad Hafeez, délégué du Pakistan, et le D^r Alan Ludowyke, délégué de Sri Lanka, membres pour la durée restant à courir de leur mandat, c'est-à-dire jusqu'en mai 2020.

L'Assemblée de la Santé a également nommé la D^{re} Chieko Ikeda, déléguée du Japon, et le D^r Christoph Hauschild, délégué de l'Allemagne, membres suppléants du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2021.

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA71(15) Application du Règlement sanitaire international (2005) : plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, 2018-2023¹

La Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique ;² rappelant la décision WHA70(11) (2017), dans laquelle la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du rapport figurant dans le document A70/16 intitulé « Application du Règlement sanitaire international (2005) – Plan mondial de mise en œuvre » et a prié le Directeur général, entre autres, « d'élaborer, en totale consultation avec les États Membres, y compris par l'intermédiaire des comités régionaux, un projet de plan stratégique mondial quinquennal visant à améliorer la préparation et la riposte en santé publique et fondé sur les principes directeurs figurant à l'annexe 2 du document A70/16,³ qui sera présenté pour examen et adoption à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session » ; rappelant que les États Membres peuvent utiliser n'importe quels instruments volontaires de suivi et d'évaluation, y compris ceux mentionnés dans le plan stratégique mondial quinquennal ; et appréciant la contribution des États Membres au vaste processus consultatif visant à élaborer le projet de plan stratégique mondial quinquennal, y compris les discussions tenues lors des sessions des six comités régionaux en 2017, la consultation sur le Web organisée par le Secrétariat entre le 19 septembre et le 13 octobre 2017, et la consultation des États Membres tenue par l'intermédiaire des missions permanentes à Genève le 8 novembre 2017,

1) a décidé :

- a) d'accueillir avec satisfaction le plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, notant que cela ne crée aucune obligation juridiquement contraignante pour les États Membres, et ayant à l'esprit le caractère juridiquement contraignant des obligations du Règlement sanitaire international (2005) ;
- b) que les États Parties et le Directeur général continueront à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement sanitaire international (2005), en utilisant l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels ;

¹ Voir à l'annexe 8 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A71/8.

³ Voir l'annexe 7.

- 2) a prié le Directeur général :
- a) de fournir les ressources financières et humaines nécessaires pour appuyer la mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal et, selon les besoins, son adaptation aux contextes régionaux et aux cadres pertinents existants ;
 - b) de continuer à soumettre chaque année un rapport unique à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005), comprenant les informations fournies par les États Parties et rendant compte des activités du Secrétariat, conformément au paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) ;
 - c) de continuer à apporter un soutien aux États Membres pour l'acquisition, le maintien et le renforcement des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

(Septième séance plénière, 26 mai 2018 –
Commission A, troisième rapport)

WHA71(16) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé

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

(Septième séance plénière, 26 mai 2018)

ANNEXES

ANNEXE 1

CONFÉRENCE MONDIALE DE L'OMS SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES RECHERCHE D'UNE COHÉRENCE DES POLITIQUES POUR ATTEINDRE LA CIBLE 3.4 DES ODD SUR LES MNT (MONTEVIDEO, URUGUAY, 18-20 OCTOBRE 2017)

FEUILLE DE ROUTE DE MONTEVIDEO 2018-2030 SUR LES MNT EN TANT QUE PRIORITÉ DU DÉVELOPPEMENT DURABLE¹

[WHA71.2, annexe – 26 mai 2018]

1. Nous, Chefs d'État et de gouvernement, Ministres et Représentants des États et des gouvernements participant à cette conférence, sommes réunis pour renouveler notre engagement d'adopter des mesures audacieuses et d'accélérer les progrès pour, d'ici à 2030, réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles (MNT) conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030. Nous continuons à trouver une source d'inspiration dans l'action suscitée par la Déclaration politique de la Réunion de haut-niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée en 2011, et le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Nous réaffirmons notre engagement en faveur de leur mise en œuvre, en fonction du contexte national.

2. Nous constatons que la mortalité prématurée due aux MNT² reste l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, induit par les déterminants économiques, environnementaux et sociaux de la santé. Même si des progrès remarquables ont été accomplis dans certains pays ou Régions, ils restent très irréguliers et insuffisants pour que la cible fixée à l'échelle mondiale pour les MNT soit atteinte. Chaque année, 15 millions de personnes entre 30 et 69 ans décèdent d'une maladie non transmissible ; plus de 80 % de ces décès prématurés surviennent dans les pays en développement et touchent de manière disproportionnée les plus pauvres et les plus défavorisés. En mettant en œuvre des politiques cohérentes et en faisant en sorte que des interventions d'un bon rapport coût/efficacité, accessibles financièrement, reposant sur des données factuelles et adaptées aux priorités et aux contextes nationaux soient disponibles dans tous les pays, il est possible de réduire les inégalités et les décès prématurés dus aux MNT.

3. Nous reconnaissons l'importance de l'ODD 3 et nous reconnaissons aussi qu'il convient de faire en sorte non seulement que les populations survivent, mais aussi qu'elles vivent longtemps et en bonne santé, et qu'il importe de prévenir les MNT comme le prévoit la cible 3.4 des ODD pour atteindre cet objectif mondial. Nous reconnaissons aussi que les pays doivent surmonter certains obstacles existants pour atteindre la cible 3.4 des ODD.³ Pour faire face à la complexité des principaux facteurs de risque, notamment le tabagisme, la sédentarité, l'usage nocif de l'alcool et une mauvaise alimentation, mais

¹ Voir la résolution WHA71.2.

² Quatre types de maladies non transmissibles (MNT) essentiellement : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète.

³ D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

aussi la pollution de l'air, et à la complexité des déterminants des MNT – parmi lesquels les connaissances en matière de santé –, il est indispensable de recourir à des ripostes multisectorielles qui sont difficiles à élaborer et à mettre en œuvre, en particulier lorsqu'il n'existe pas au niveau national de suivi rigoureux des facteurs de risque des MNT. Par conséquent, pour réussir, il convient d'améliorer le leadership politique pour promouvoir des mesures stratégiques, axées sur les résultats dans tous les secteurs, et une cohérence des politiques pour lutter contre les MNT, en se conformant aux approches engageant l'ensemble des pouvoirs publics et visant à inclure la santé dans toutes les politiques.

4. L'un des obstacles au niveau national est le manque de capacités pour atteindre effectivement les objectifs en matière de santé publique lorsqu'ils sont en conflit avec les intérêts du secteur privé, et tirer judicieusement parti des rôles et des contributions de toute la gamme des parties prenantes dans la lutte contre les MNT. Les politiques visant à prévenir et combattre les MNT, y compris les mesures réglementaires et fiscales efficaces, peuvent être négativement influencées par les intérêts du secteur privé et d'autres acteurs non étatiques, et peuvent faire l'objet de plaintes juridiques ou d'autres moyens de retarder, freiner ou prévenir leur utilisation effective pour atteindre les objectifs de santé publique. Les systèmes de santé doivent améliorer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des MNT, et assurer une réelle promotion de la santé tout au long de la vie, dans le cadre des efforts visant à instaurer la couverture sanitaire universelle et à réduire les inégalités en santé, y compris dans le contexte du vieillissement des populations. Il convient d'accorder un rang de priorité plus élevé à la réduction des MNT dans l'ensemble des institutions des Nations Unies, des ONG, des fondations philanthropiques et des établissements universitaires concernés. L'augmentation de la charge de morbidité imputable aux MNT doit être pleinement prise en compte dans les politiques de coopération internationale et de développement dans le but de répondre à la demande non satisfaite de coopération technique pour renforcer les capacités nationales.

5. Si l'on ne donne pas un nouvel élan à l'action politique pour éliminer ces obstacles, en mobilisant tous les secteurs et toutes les parties prenantes, le rythme actuel de baisse de la mortalité prématurée due aux MNT sera insuffisant pour atteindre la cible 3.4 des ODD d'ici 2030. Afin de nous attaquer à la mortalité prématurée et à l'excès de morbidité causés par les MNT, nous nous engageons à prendre les mesures suivantes :

Donner un nouvel élan à l'action politique

6. Nous continuerons à nous confronter à la complexité et à la difficulté de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques multisectorielles cohérentes dans l'ensemble des secteurs publics moyennant une approche visant à inclure la santé dans toutes les politiques afin de parvenir à une amélioration des résultats dans les domaines de la santé, de l'équité en santé et du fonctionnement des systèmes de santé.

7. Nous donnerons la priorité aux meilleures interventions d'un rapport coût/efficacité satisfaisant, abordables, équitables, reposant sur des données factuelles et adaptées aux priorités et aux contextes nationaux, qui permettront d'obtenir le retour sur investissement le plus élevé. Nous mettrons l'accent sur la santé en tant que priorité politique, moyennant des mesures de lutte contre l'impact des principaux facteurs de risque des MNT, telles que la réglementation, la définition de normes et les politiques fiscales, entre autres, dans le respect des cadres juridiques internes des pays et de leurs obligations internationales.

8. Nous agirons dans les secteurs publics concernés pour créer des environnements favorables à la santé et identifier les possibilités d'établir des engagements transsectoriels concrets afin de favoriser les avantages communs et de réduire les impacts négatifs sur la santé, y compris moyennant des évaluations des impacts sanitaires. Nous encouragerons la recherche opérationnelle sur les MNT pour améliorer la mise en pratique des stratégies nationales et les intégrer, dans la mesure du possible, à la planification stratégique globale pour le secteur de la santé. Nous collaborerons pour améliorer la mise en œuvre des meilleures pratiques et échanger sur celles-ci en vue d'appliquer des approches novatrices garantissant une amélioration des systèmes de surveillance et de suivi pour appuyer les mesures prises.

Permettre aux systèmes de santé de répondre plus efficacement aux MNT

9. Nous renforcerons, le cas échéant, les fonctions et les institutions de santé publique essentielles au niveau de la population, centrées sur la personne, pour une prévention efficace des MNT et la lutte contre celles-ci, y compris les soins palliatifs, et pour promouvoir la santé mentale et le bien-être.

10. Nous continuerons à investir dans les agents de santé, qui jouent un rôle essentiel dans le renforcement des systèmes de santé et la protection sociale. Nous travaillerons pour garantir la présence d'un personnel de santé hautement qualifié, bien formé et doté de ressources suffisantes pour diriger et mettre en œuvre les mesures visant à promouvoir la santé et lutter contre les MNT.

11. Nous nous engageons à améliorer la mise en œuvre de mesures d'un bon rapport coût/efficacité pour la promotion de la santé, y compris l'éducation sanitaire, et la prévention des maladies tout au long de la vie, le dépistage précoce, la surveillance sanitaire et la réduction des facteurs de risque, notamment l'exposition aux facteurs de risque environnementaux, les efforts prolongés orientés sur les personnes à risque, ainsi que le traitement et les soins pour les personnes atteintes de MNT.

12. Reconnaissant que les troubles mentaux et les autres affections dans le domaine de la santé mentale contribuent au fardeau mondial des MNT et que les personnes souffrant de ce type de troubles et affections sont exposées à un risque accru d'autres MNT et connaissent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité, nous nous engageons à mettre en œuvre des mesures pour améliorer la santé mentale et le bien-être, agir sur les déterminants sociaux et prendre en charge les autres besoins sanitaires des personnes souffrant de troubles mentaux et d'autres affections en santé mentale, à veiller à leurs droits humains et à prévenir le suicide dans le cadre d'une riposte globale aux MNT.

13. Nous nous efforcerons d'améliorer les synergies dans les domaines de la prévention des maladies transmissibles et des MNT, et de la lutte contre celles-ci, aux niveaux national, régional et mondial, le cas échéant, en prenant en considération les possibilités d'obtenir des bénéfices par des approches intégrées.

14. Nous nous emploierons à assurer la disponibilité des ressources et à renforcer la capacité de faire face de manière plus efficace et équitable aux MNT dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, y compris moyennant un renforcement, au niveau des communautés, de la prévention, de la prestation des services de santé et de l'accès de tous aux médicaments et technologies essentiels contre les MNT. Dans nos systèmes de santé, nous nous efforcerons de garantir l'accès à des services de santé de base et spécialisés de qualité, y compris moyennant une protection contre le risque financier afin d'éviter les difficultés économiques et sociales.

15. Rappelant nos engagements précédents, nous mesurerons mieux et appréhenderons de manière mieux adaptée les différences essentielles entre les facteurs de risque et les déterminants spécifiques ayant une incidence sur la morbidité et la mortalité dues aux MNT pour les enfants, les adolescents, les femmes et les hommes tout au long de la vie, et nous adopterons et favoriserons des approches fondées sur le « genre » pour prévenir et combattre les MNT afin de tenir compte de ces différences essentielles. Nous invitons l'OMS à fournir des orientations sur la manière d'accélérer la mise en œuvre des efforts nationaux visant à tenir compte des différences essentielles entre hommes et femmes, entre garçons et filles, dans les risques de morbidité et de mortalité dues aux MNT.

Augmenter de manière significative le financement des ripostes nationales aux MNT et la coopération internationale

16. Nous sommes conscients que les ripostes nationales aux MNT – soutenues par des moyens nationaux, bilatéraux et multilatéraux – nécessitent un financement approprié, prévisible et durable, proportionnel au fardeau sanitaire et socioéconomique que celles-ci imposent au niveau mondial. Nous commencerons par accorder la priorité aux crédits budgétaires internes pour lutter contre les MNT, dans la mesure du possible.

17. Lorsque cela sera nécessaire, nous élaborerons un argumentaire en faveur d'investissements nationaux dans la lutte contre les MNT, leurs facteurs de risque et leurs déterminants, pour créer l'espace budgétaire nécessaire à l'action. Nous envisagerons d'appliquer des options de politique générale qui, outre leur effet positif sur la réduction de l'occurrence des MNT tout au long de la vie, ont aussi la capacité de générer des recettes complémentaires pour financer les ripostes nationales aux MNT, comme il convient. Ces options peuvent inclure, conformément aux politiques nationales et aux obligations internationales, la taxation, notamment du tabac et d'autres produits. Nous continuerons à envisager d'autres options de financement complémentaires, y compris les mécanismes de financement novateurs volontaires, selon qu'il convient.

18. Nous appelons les institutions des Nations Unies et les autres acteurs de la santé mondiale à renforcer leur soutien aux gouvernements dans l'élaboration et la mise en œuvre des ripostes nationales pour la prévention et la lutte contre les MNT, y compris les soins palliatifs, conformément aux priorités nationales. Nous comptons sur l'OMS pour continuer à exercer son rôle de chef de file et de coordonnateur au niveau mondial, et pour étudier comment les mécanismes existants pourraient être mieux mis à profit pour rechercher et échanger des informations sur les sources existantes ou potentielles de financement et les mécanismes de coopération au développement permettant de lutter contre les MNT aux niveaux local, national, régional et mondial, afin de soutenir l'action visant à atteindre la cible 3.4 des ODD sur les MNT et de mieux intégrer les MNT dans les mécanismes de financement du développement.

19. Les MNT peuvent perpétuer la pauvreté. Pour les populations qui vivent dans la pauvreté ou la quasi-pauvreté, une maladie ou une incapacité chronique peut être synonyme de catastrophe économique. Un salaire âprement gagné peut être rapidement englouti, en particulier lorsque les services de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs ne sont pas disponibles ou accessibles. Les femmes portent doublement la charge des MNT, puisqu'elles assument souvent sans être rémunérées le rôle d'aidantes auprès des malades qui leur est dévolu sur la base du « genre ». Nous prendrons des mesures pour influencer sur l'impact des MNT sur la pauvreté et le développement en utilisant des approches « genrées ». Nous encourageons vivement à intégrer la lutte contre les MNT dans l'aide publique au développement pour compléter les ressources nationales et favoriser la mobilisation de ressources supplémentaires pour l'action, notamment la recherche.

Redoubler d'efforts pour mobiliser les secteurs autres que la santé

20. Nous reconnaissons que travailler de manière constructive avec les secteurs publics autres que la santé est essentiel pour réduire les facteurs de risque des MNT et obtenir des gains en termes de santé qui permettent de réduire les décès prématurés dus à ces maladies. En outre, nous sommes conscients des liens étroits entre la lutte contre les MNT et la réalisation des ODD, au-delà de la cible 3.4, y compris les cibles qui concernent la pauvreté, l'abus de substances, la nutrition, l'exposition aux risques environnementaux et les villes durables, entre autres. Une action coordonnée en amont dans tous les secteurs, y compris l'agriculture, l'environnement, l'industrie, le commerce et la finance, l'éducation et l'urbanisme, ainsi que la recherche, contribuera à créer un environnement sain et propice qui encouragera des politiques cohérentes et efficaces et favorisera les comportements et les modes de vie sains. Le secteur de la santé a un rôle à jouer en défendant ces actions, en présentant des informations reposant sur des données factuelles, en appuyant les évaluations de l'impact sur la santé et en fournissant des études et des analyses politiques de la manière dont les décisions influent sur la santé, y compris des travaux de recherche opérationnelle visant à élargir l'application des meilleures pratiques. Nous nous engageons par conséquent à jouer un rôle directeur fort et à encourager la collaboration entre les secteurs pour mettre en œuvre des politiques visant à atteindre des objectifs communs.

21. Nous renforcerons les compétences politiques et juridiques permettant d'élaborer des ripostes face aux MNT afin d'atteindre les ODD. Nous appelons l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et ses membres, dans le cadre de leur mandat, à renforcer et à élargir les travaux intersectoriels intégrant les compétences sur les questions juridiques liées à la santé publique dans le soutien apporté aux pays aux fins de la lutte contre les MNT, notamment en

fournissant des données factuelles, des conseils techniques et des études de cas sur les questions juridiques. Nous encourageons l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles à étudier les liens existant entre les MNT et la législation, afin d'améliorer le soutien aux États Membres dans ce domaine, et à accorder une priorité plus élevée à ces travaux.

22. Nous sommes conscients que l'accès à une éducation qui favorise les connaissances en matière de santé à tous les niveaux de la société et dans tous les contextes est un déterminant majeur de la santé. En particulier, l'environnement scolaire sera doté des moyens de fournir une éducation reposant sur des données probantes, y compris des informations et des compétences. Nous ferons mieux prendre conscience des questions de santé et de bien-être dans l'ensemble de la société, y compris la prévention des MNT et la lutte contre celles-ci, par des campagnes de sensibilisation du grand public et grâce à des environnements bénéfiques à la santé qui font que les choix sains sont les choix les plus aisés et qui facilitent les changements de comportement. Au-delà de la responsabilité générale des secteurs concernés de promouvoir la santé, il appartient en particulier au secteur de la santé de concevoir et de proposer des informations appropriées pour que les connaissances dans le domaine de la santé s'améliorent.

23. Nous redoublerons d'efforts pour utiliser les technologies de l'information et de la communication, y compris les applications en cybersanté et santé mobile, ainsi que d'autres solutions non traditionnelles et novatrices pour accélérer l'action devant permettre d'atteindre la cible 3.4 des ODD d'ici 2030.

24. Nous sommes préoccupés par l'augmentation de la production et de la consommation d'aliments très énergétiques et pauvres en nutriments qui contribuent à une alimentation riche en graisses saturées, sucres et sel. Nous nous emploierons à faire progresser la mise en œuvre de stratégies et de recommandations mondiales qui visent à renforcer les politiques alimentaires et nutritionnelles au niveau national, et leur suivi. Cela passera, notamment, par l'élaboration de lignes directrices et de recommandations qui favorisent et encouragent une alimentation saine tout au long de la vie de nos citoyens, en améliorant la disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments sains, sûrs et nutritifs, notamment de fruits et légumes, tout en permettant des choix alimentaires plus sains dans le cadre d'un régime équilibré, et en veillant à l'accès à une eau propre et sans risque. Nous appelons l'OMS, la FAO et les autres organisations internationales concernées à tirer pleinement parti de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition pour promouvoir des systèmes de production et d'approvisionnement en produits alimentaires favorables à la santé, réduire les MNT liées au régime alimentaire et contribuer à assurer une alimentation saine pour tous.

25. Nous appelons l'OMS à accélérer son examen des données d'expérience nationales et régionales issues de l'application des politiques intersectorielles visant à atteindre l'ODD 3, et en particulier la cible 3.4 sur les MNT, pour mettre à jour ses orientations sur l'action multisectorielle et multipartite à mener contre les MNT et diffuser les connaissances et les meilleures pratiques par l'intermédiaire des communautés de pratique du mécanisme mondial de coordination GCM/NCD¹ d'une manière qui soutienne l'action au niveau national.

Renforcer le rôle des acteurs non étatiques

26. Nous reconnaissons qu'il est nécessaire de collaborer avec les acteurs non étatiques compte tenu de l'importance de leur contribution à la promotion et à l'instauration du niveau de santé le plus élevé possible et de les encourager à tirer parti de leurs propres activités pour protéger et promouvoir la santé publique, conformément aux priorités et aux contextes nationaux.

¹ Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles (WHO GCM/NCD).

27. Nous multiplierons les possibilités de participation fructueuse, selon les besoins, des organisations non gouvernementales, des entités du secteur privé, des fondations philanthropiques et des établissements universitaires à la constitution de coalitions et d'alliances dans tous les domaines du développement durable pour la lutte contre les MNT, sachant qu'elles peuvent compléter les efforts des gouvernements à différents niveaux et soutenir la réalisation de la cible 3.4 des ODD, en particulier dans les pays en développement.

28. Nous appelons le secteur privé, depuis les microentreprises jusqu'aux coopératives et aux multinationales, à contribuer à la lutte contre les MNT en tant que priorité du développement, dans le contexte de la réalisation des ODD, en particulier de l'ODD 17.¹

Chercher des mesures pour lutter contre l'impact négatif des produits et des facteurs environnementaux nocifs pour la santé et renforcer la contribution et la responsabilité du secteur privé et des autres acteurs non étatiques

29. Un défi majeur dans la lutte contre les MNT tient au fait que les objectifs de santé publique et les intérêts du secteur privé peuvent être antagonistes. Nous nous engageons à améliorer la capacité nationale de travailler de manière constructive avec le secteur privé pour lutter contre les MNT de façon à ce que les bénéfices pour la santé publique soient maximaux.

30. Nous reconnaissons que nous devons continuer à élaborer des politiques coordonnées et cohérentes, à renforcer les cadres politiques et réglementaires reposant sur des données factuelles, et à aligner les mesures d'incitation du secteur privé sur les objectifs de santé publique, pour que des choix bons pour la santé soient possibles et abordables dans des environnements sains, et en particulier pour donner aux gens les moyens, les ressources et connaissances nécessaires, y compris l'éducation sanitaire indispensable, pour faire des choix sains et adopter des modes de vie actifs.

31. Nous encourageons en outre le secteur privé à produire et à promouvoir davantage de produits alimentaires et de boissons conformes à une alimentation saine, notamment en reformulant les produits, en particulier ceux qui ont le plus fort impact sur la santé, pour offrir des options plus saines qui soient abordables et accessibles pour tous et qui soient conformes aux normes convenues en matière d'informations nutritionnelles et d'étiquetage, y compris les informations sur les sucres, le sel et les graisses et, le cas échéant, la teneur en acides gras trans. Nous encourageons aussi le secteur privé à réduire l'exposition des enfants à la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées et l'impact que celle-ci peut avoir sur eux, conformément aux recommandations et lignes directrices de l'OMS, à la législation et aux politiques nationales et aux obligations internationales dans ce domaine.

32. Nous reconnaissons l'importance de l'amélioration des déterminants environnementaux et de la réduction des facteurs de risque dans la lutte contre les MNT et les liens étroits existant entre les cibles 3.4 et 3.9² des ODD. Ces liens illustrent le fait que la lutte contre les MNT peut aussi contribuer de manière positive à l'objectif 13 des ODD sur les changements climatiques. Nous encouragerons les actions mutuellement bénéfiques et soutiendrons la réalisation de ces objectifs et cibles.

33. Nous continuerons à travailler avec l'ensemble des parties prenantes, y compris l'industrie, les acteurs de l'agroalimentaire, les ONG agissant pour la santé et la défense du consommateur, et les milieux universitaires, pour atteindre d'ici à 2025 les neuf cibles volontaires pour la lutte contre les MNT. Il s'agira, le cas échéant, de promouvoir l'enregistrement et la diffusion auprès du grand public des engagements vérifiables pris par les acteurs non étatiques, ainsi que la présentation, par eux, de rapports sur la suite qu'ils ont donnée à ces engagements. Nous appelons l'OMS à continuer à mettre au point des compétences, des outils, des lignes directrices et des approches qui puissent être utilisés pour

¹ Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser.

² D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

enregistrer et publier les contributions des acteurs non étatiques à la réalisation de ces cibles, et à aider les États Membres à mobiliser efficacement les acteurs non étatiques et à tirer parti de leurs points forts pour mettre en œuvre les ripostes nationales aux MNT.

34. Nous appelons les États Parties à accélérer la pleine mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui est l'une des pierres angulaires de la riposte mondiale aux MNT, et encourageons les pays qui ne l'ont pas encore fait à envisager de devenir Partie à la Convention. Conscients des conflits d'intérêts fondamentaux et inconciliables entre l'industrie du tabac et la santé publique, nous continuerons à mettre en œuvre des mesures de lutte antitabac sans aucune ingérence de l'industrie du tabac.

35. Nous encourageons le mécanisme mondial de coordination GCM/NCD à étudier l'impact des facteurs économiques et commerciaux et des mécanismes de marché sur la lutte contre les MNT afin de mieux comprendre leurs incidences sur les résultats et les possibilités en matière de santé pour faire avancer la lutte mondiale contre les MNT.

Continuer à compter sur le leadership et le rôle clé de l'OMS dans la riposte mondiale face aux MNT

36. Nous réaffirmons le rôle de l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, et l'ensemble des fonctions correspondantes qui sont les siennes, y compris son travail normatif et son rôle fédérateur. Le soutien de l'OMS est essentiel pour élaborer les ripostes nationales dans le domaine des MNT et de la santé mentale, qui font partie intégrante de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les conseils de l'OMS aux États Membres sur la manière de s'attaquer aux déterminants et aux facteurs de risque restent indispensables pour l'action mondiale dans le domaine des MNT et de la santé mentale.

37. Nous réaffirmons aussi le rôle de chef de file et de coordonnateur de l'OMS dans la promotion et le suivi de l'action mondiale contre les MNT s'agissant du travail fait par d'autres institutions des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales pour lutter contre les MNT de manière coordonnée.

38. Nous appelons l'OMS à renforcer sa capacité de fournir des conseils techniques et politiques et d'intensifier la collaboration et le dialogue multipartites, par l'intermédiaire de plateformes telles que le mécanisme mondial de coordination GCM/NCD et l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

39. Nous appelons en outre l'OMS à envisager d'établir des priorités dans la mise en œuvre des mesures stratégiques, notamment des politiques et des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et reposant sur des données factuelles, dans l'optique de la Troisième Réunion de haut niveau sur les MNT en 2018.

Unis dans l'action

40. Nous considérons que l'inclusion des MNT dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 offre une excellente occasion de placer la santé et en particulier les MNT au cœur des efforts déployés en vue de progrès communs et du développement durable. Le Programme 2030 traduit fondamentalement l'aspiration à créer un monde juste et prospère où chacun puisse exercer ses droits et vivre longtemps et en bonne santé.

41. Pour se montrer unis dans l'action face aux MNT, il convient de renouveler et de renforcer notre engagement afin de montrer que nous pouvons agir efficacement pour libérer le monde du fardeau évitable des MNT. Ce faisant, nous continuerons à écouter et à mobiliser les populations du monde entier – celles qui sont exposées aux facteurs de risque des MNT et celles qui ont besoin de soins dans le domaine des MNT et de la santé mentale. Nous continuerons à construire un avenir qui garantisse aux générations actuelles et futures le meilleur état de santé et de bien-être qu'elles sont capables d'atteindre.

ANNEXE 2

PREMIÈRE CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE MONDIALE DE L'OMS « METTRE FIN À LA TUBERCULOSE À L'ÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE : UNE RÉPONSE MULTISECTORIELLE » (MOSCOU, FÉDÉRATION DE RUSSIE, 16-17 NOVEMBRE 2017)

DÉCLARATION DE MOSCOU POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE¹

Préambule :

Nous, Ministres de la santé et des différents secteurs de gouvernement, reconnaissons que malgré des efforts concertés, la tuberculose, y compris ses formes les plus résistantes, cause plus de décès dans le monde^a que toute autre maladie infectieuse et représente une grave menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

La tuberculose tue plus de 5000 enfants, femmes et hommes chaque jour et aucun pays n'est épargné.^a C'est l'une des maladies les plus meurtrières dans la population active, qui engendre un cercle vicieux de mauvaise santé et de pauvreté dont les conséquences sociales et économiques sont potentiellement catastrophiques pour les familles, les communautés et les pays. Tout en reconnaissant la plus forte prévalence de la tuberculose chez les hommes, il convient de rappeler que les femmes et les enfants sont aussi vulnérables face aux conséquences de la tuberculose dues aux inégalités sociales et sanitaires liées au sexe et à l'âge, telles que le faible niveau d'éducation à la santé, l'accès limité aux services de santé, la stigmatisation et la discrimination, et l'exposition à l'infection en tant qu'aidants. La tuberculose multirésistante (MR) représente un tiers de tous les décès liés à la résistance aux antimicrobiens (RAM), faisant du programme mondial de lutte contre la résistance aux antimicrobiens un élément central du combat contre la tuberculose. La tuberculose est aussi la première cause de décès parmi les personnes vivant avec le VIH/sida. Les cibles fixées au niveau mondial pour combattre la tuberculose ne pourront pas être atteintes si l'on ne dispose pas de nouveaux outils et d'approches novatrices plus efficaces pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins. Le manque persistant de financement est un obstacle aux progrès sur la voie de l'élimination de la tuberculose.

Bien qu'il s'agisse d'une préoccupation dans toutes les populations, la tuberculose touche de manière disproportionnée les populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et l'abus d'autres substances, la pollution de l'air, l'exposition à la poussière de silice, l'infection par le VIH/sida, le diabète et la malnutrition augmentent le risque de contracter la tuberculose. La stigmatisation et la discrimination restent des obstacles essentiels aux soins de la maladie.

Nous réaffirmons notre engagement de mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030 comme le prévoit le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses objectifs de développement durable (ODD), la Stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour mettre fin à la tuberculose, et le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 du Partenariat Halte à la tuberculose. Nous reconnaissons que pour transformer de façon fondamentale la lutte contre la tuberculose, nous devons :

- i) tenir compte de tous les déterminants^b de l'épidémie de tuberculose notamment moyennant un engagement de haut niveau en faveur d'une approche multisectorielle,^c et la mise en œuvre de celle-ci ;

¹ Voir la résolution WHA71.3.

- ii) progresser rapidement vers la couverture sanitaire universelle moyennant le renforcement des systèmes de santé, tout en garantissant aussi l'accès universel à des services de prévention et de soins de la tuberculose de qualité, centrés sur le patient, en veillant à ce que personne ne soit laissé de côté ;
- iii) mettre en œuvre des mesures visant à réduire au minimum le risque de développement et de propagation de la résistance aux antimicrobiens en tenant compte des efforts mondiaux pour lutter contre celle-ci ;
- iv) obtenir un financement suffisant et durable, en particulier à partir de sources internes, et mobiliser, selon les besoins, un financement supplémentaire auprès des banques de développement, des partenaires du développement et des organismes donateurs ;
- v) faire progresser la recherche-développement pour disposer d'outils nouveaux et plus efficaces pour le diagnostic, le traitement, les schémas thérapeutiques et la prévention, y compris la vaccination, et les adopter rapidement ; et veiller à ce que les connaissances existantes et émergentes soient traduites en actes concrets pour parvenir rapidement à des résultats ;
- vi) mobiliser activement les populations et les communautés touchées par la tuberculose ou exposées au risque de contracter la maladie.

En outre, une réponse efficace face à la tuberculose requiert une approche mondiale, régionale, transfrontières et nationale spécifique et des actions multisectorielles et multipartites, compte tenu : i) des différences notables existant d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays, l'incidence de la tuberculose et de la tuberculose-MR pouvant être élevée, moyenne ou faible ; ii) des tendances démographiques et sociales, telles que le vieillissement de la population et l'urbanisation ; et iii) des besoins des personnes et des communautés touchées, ainsi que des difficultés à surmonter pour atteindre et recenser toutes les personnes atteintes de tuberculose, et leur fournir des soins appropriés.

Nous reconnaissons que cette première conférence ministérielle mondiale de l'OMS, *Mettre fin à la tuberculose à l'ère du développement durable : une réponse multisectorielle*, organisée par l'OMS et le Gouvernement de la Fédération de Russie, représente une étape fondamentale en vue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose qui se tiendra en 2018. Pour satisfaire aux engagements et aux appels à l'action qui figurent dans la présente déclaration, et pour tirer au mieux parti de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, il convient d'obtenir l'engagement et la collaboration à part entière des chefs d'État, des hauts responsables des Nations Unies et des autres leaders mondiaux ; des institutions techniques et des milieux universitaires ; du secteur privé et des fondations philanthropiques ; de la société civile et des autres partenaires pertinents (tels que les groupes de patients, les professionnels de la santé, les organisations du secteur social et communautaire et les organismes de financement).

Engagements et appels à l'action

Nous nous engageons à mettre fin à la tuberculose, une priorité politique définie dans le Programme 2030 qui contribue aussi à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, dans le cadre des législations et des politiques nationales, et à mettre en œuvre les actions suivantes moyennant des approches visant à protéger et à promouvoir l'équité, l'éthique, l'égalité entre les sexes, et les droits humains dans la prise en charge de la tuberculose, et reposant sur des principes de santé publique solides, sur la base de données factuelles. Nous invitons instamment l'OMS, et appelons les autres organisations des Nations Unies et l'ensemble des partenaires, à apporter le soutien nécessaire à la réussite de cette entreprise :

1) Faire progresser la lutte contre la tuberculose dans le cadre du programme des ODD

Nous nous engageons à :

- *élargir la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose, et à progresser vers la couverture sanitaire universelle par l'intermédiaire des prestataires de soins publics*

et privés, pour parvenir à détecter au moins 90 pour cent des cas et à traiter avec succès au moins 90 pour cent des cas détectés^d dans tous les pays en utilisant des outils de diagnostic rapide (y compris le diagnostic moléculaire), des traitements appropriés, des soins et un soutien centrés sur le patient, en appliquant les normes de soins recommandées par l’OMS,^e et en tirant parti des technologies numériques au service de la santé ;^f

- *considérer comme prioritaires, selon les besoins, notamment moyennant la participation des communautés et de la société civile et de manière non discriminatoire, les groupes à haut risque et les populations qui sont dans des situations vulnérables telles que les femmes et les enfants, les peuples autochtones, les agents de soins de santé, les personnes âgées, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l’intérieur de leur pays, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH/sida, les consommateurs de drogues, les mineurs, les populations urbaines et rurales défavorisées et les populations marginalisées, sans lesquelles l’élimination de la tuberculose ne sera pas possible ;*
- *lutter contre la tuberculose-MR en tant que crise de santé publique de portée internationale, notamment moyennant une riposte d’urgence au niveau national dans tous les pays où la charge de morbidité due à la tuberculose-MR est élevée, tout en garantissant que des systèmes robustes sont mis en place durablement dans tous les pays pour prévenir l’émergence et la propagation de la résistance aux médicaments ;*
- *élargir rapidement l’accès à des services et des activités de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH qui soient centrés sur les patients, intégrés et conjoints pour mettre fin aux décès évitables dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/sida ;^{g,h}*
- *susciter des synergies dans la prise en charge de la tuberculose, des co-infections et des maladies non transmissibles concernées, de la sous-nutrition, de la santé mentale, de l’usage nocif de l’alcool et de l’abus d’autres substances, y compris l’injection de drogues ;*
- *s’efforcer d’accroître, le cas échéant, l’accès à des médicaments antituberculeux nouveaux et efficaces dans le cadre d’une surveillance et d’un suivi rigoureux des programmes ;*
- *veiller, selon les besoins, à disposer de ressources humaines appropriées pour la prévention, le traitement et les soins de la tuberculose ;*
- *réduire la stigmatisation, la discrimination et l’isolement des communautés, et promouvoir les soins centrés sur le patient, y compris les options de traitement s’appuyant sur la communauté, ainsi que le soutien psychosocial et socioéconomique.*

Nous appelons :

- *l’OMS, les autres institutions des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Partenariat Halte à la tuberculose, UNITAID, les donateurs et les partenaires, y compris du secteur privé, des milieux universitaires et des fondations philanthropiques, et la société civile à soutenir la mise en œuvre de la présente déclaration ;*
- *l’OMS, les organismes de financement bilatéral et multilatéral ainsi que les autres partenaires à soutenir d’urgence les pays où la charge de morbidité due à la tuberculose-MR est élevée dans leur riposte d’urgence au niveau national ;*
- *l’OMS, les autres institutions des Nations Unies, les organismes de financement bilatéral et multilatéral et les partenaires techniques à lutter contre la tuberculose-MR en tant que menace majeure pour la sécurité de la santé publiqueⁱ en soutenant la mise en œuvre du Plan d’action*

mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans tous les pays, tandis que nous réaffirmons la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la résistance aux agents antimicrobiens.^j

2) Veiller à un financement suffisant et durable

Nous nous engageons à :

- *collaborer avec les chefs d'État et les différents ministères et secteurs, selon les besoins, pour mobiliser le financement interne nécessaire pour renforcer les systèmes de santé, notre objectif ultime étant de parvenir à la couverture sanitaire universelle, conformément aux cadres législatifs nationaux, et au Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la Troisième Conférence internationale sur le financement du développement ;^k*
- *élaborer et mettre en œuvre, selon les besoins, des politiques et des plans stratégiques nationaux de lutte contre la tuberculose plus ambitieux, pleinement financés, y compris pour la recherche sur la tuberculose, qui soient alignés sur les plans et les cadres sanitaires nationaux et sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, et conformes aux cadres législatifs nationaux ;*
- *identifier et mettre en œuvre, selon les besoins, les actions requises pour résoudre les problèmes qui entraînent des coûts catastrophiques^l pour les patients et leurs foyers, pour veiller à la mise en place de mesures de protection sociale, tout en s'assurant que ces actions sont conformes aux obligations en matière de droits humains.*

Nous appelons :

- *les partenaires du financement international de la santé, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le mécanisme mondial de financement de l'initiative Chaque femme, chaque enfant, les organismes bilatéraux, la Banque mondiale et les banques régionales de développement, à chercher, à obtenir et à préconiser un financement supplémentaire, y compris en ayant recours au financement mixte^m et/ou à d'autres formes de financement novateur, moyennant des mesures de protection appropriées pour garantir l'impact sur la santé publique et la prise en compte des populations clés ;*
- *l'OMS à continuer à jouer un rôle directeur dans les domaines stratégique et technique, à fournir des conseils et à apporter un soutien aux États Membres ainsi qu'aux institutions internationales ;*
- *les milieux académiques, les partenaires techniques, la société civile, le secteur privé, et les autres partenaires concernés, à poursuivre leurs efforts pour aider les pays à parfaire leur argumentation en faveur de l'investissementⁿ tout en soutenant le renforcement des systèmes de santé et une plus grande capacité d'absorption.^o*

3) Favoriser la science, la recherche et l'innovation

Nous nous engageons à :

- *accroître les capacités et le financement au niveau national et/ou régional, selon les besoins, pour élargir de toute urgence la recherche antituberculose multidisciplinaire et l'innovation, ainsi que la recherche appliquée en santé, en établissant et/ou en renforçant les réseaux de recherche antituberculose au niveau national, y compris les mécanismes reposant sur la société civile et les communautés ; en considérant la recherche antituberculose comme un élément central des stratégies nationales de recherche-développement et de lutte antituberculose ; en élargissant les réseaux existants pour intégrer la recherche antituberculose ; et en réduisant les obstacles réglementaires liés à la recherche et à la mise en œuvre ;*

- *travailler, selon les besoins, avec les ministères, les donateurs, la communauté scientifique et le secteur privé, les milieux universitaires, et d'autres parties prenantes clés aux fins de la recherche :*
 - a) *pour la mise au point et l'évaluation :*
 - i) *de produits diagnostiques rapides sur le lieu des soins ;*
 - ii) *de médicaments nouveaux et plus efficaces, et de schémas thérapeutiques plus courts, de grande qualité et d'un bon rapport coût/efficacité pour toutes les formes de tuberculose (y compris l'infection tuberculeuse latente et la tuberculose résistante aux médicaments) ; et iii) de vaccins antituberculose efficaces et sûrs d'ici à 2025 ; et b) sur les déterminants environnementaux et sociaux de la tuberculose et les stratégies d'intervention efficaces ;*
- *améliorer, selon qu'il convient, la coordination des efforts de recherche au niveau national et au niveau mondial, et veiller à ce que les connaissances émergentes soient rapidement mises en œuvre, y compris en mettant en place des cadres politiques appropriés et de nouvelles technologies médicales ;*
- *renforcer, selon qu'il convient, les systèmes de surveillance, en améliorant la collecte des données et la notification à tous les niveaux, moyennant des approches novatrices et l'introduction de la surveillance dans les programmes de recherche antituberculose.*

Nous appelons :

- *l'OMS, en collaboration avec ses partenaires mondiaux, les organisations de recherche, les donateurs, la communauté scientifique et les pays, à envisager d'élaborer une stratégie mondiale pour la recherche antituberculose, en tenant compte des projets en cours ou nouveaux, tels que le réseau pour la recherche antituberculose mentionné dans la déclaration de Xiamen des leaders du Groupe BRICS ;*
- *l'OMS, en collaboration avec ses partenaires dans le domaine de la santé mondiale et de la recherche et avec les pays, à poursuivre les progrès visant à améliorer la coopération et la coordination dans la recherche-développement antituberculose, en s'efforçant dans la mesure du possible d'intégrer la recherche antituberculose en tirant parti des réseaux de recherche existants, tels que le nouveau centre de collaboration mondiale pour la recherche-développement en matière de résistance aux antimicrobiens proposé dans la Déclaration 2017 des leaders du G20, notamment pour faciliter l'intensification rapide à grande échelle des approches et des outils novateurs pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose.*

4) Élaborer un cadre de responsabilisation multisectoriel

Pour mettre fin à la tuberculose d'ici 2030, nous aurons besoin de données fiables pour garantir que nos connaissances collectives soient transposées rapidement en mesures efficaces, à la fois au niveau mondial et au niveau national, et que les engagements pris dans la présente déclaration se concrétisent. Un nouveau cadre de responsabilisation multisectoriel doit permettre l'examen et le suivi de la mise en œuvre et proposer une approche systématique pour déterminer les mesures supplémentaires requises pour atteindre les ODD et les cibles et étapes de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Le cadre de responsabilisation devrait reposer sur des données probantes, une analyse indépendante et une collaboration constructive entre tous les partenaires pertinents, en mettant l'accent sur les pays à forte charge de morbidité, et éviter les chevauchements et une augmentation des obligations en matière de notification. Pour obtenir un impact maximal, un cadre de responsabilisation multisectoriel reposant sur des approches visant à protéger et promouvoir l'équité, l'égalité entre les sexes, les droits humains et l'éthique, pourrait inclure, en fonction des besoins :

- a) la mise sur pied de commissions interministérielles nationales sur la tuberculose, ou leur équivalent, par les ministères de la santé en partenariat avec la société civile, et le cas échéant, avec l'engagement direct des chefs d'État, et l'élargissement, dans la mesure du possible, des

initiatives intersectorielles existantes pour inclure les actions de lutte contre la tuberculose, en consultation avec les entités existantes dont les objectifs sont notamment de combattre la tuberculose pour éviter les chevauchements ;

b) des mécanismes pour renforcer une prise de conscience à tous les niveaux dans l'ensemble des secteurs pertinents ;

c) un processus de notification clairement défini, incluant des données ventilées par âge et sexe, et des processus d'examen pour suivre les progrès accomplis vers des objectifs clairs ; et

d) des possibilités d'engagement actif, de suivi, de notification et/ou de contrôles par la société civile, ainsi que par d'autres parties prenantes clés.

Nous nous engageons à :

- *soutenir l'élaboration d'un cadre de responsabilisation multisectoriel en vue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose en 2018, pour suivre les progrès vers la cible des ODD qui est de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, au moyen des indicateurs pertinents des ODD et des indicateurs opérationnels de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, et à appliquer les jalons en matière de financement fixés par le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2016-2020 du Partenariat Halte à la tuberculose.*

Nous appelons :

- *l'OMS, travaillant en étroite collaboration avec l'Envoyé spécial des Nations Unies pour la tuberculose, les États Membres, y compris, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale, les représentants de la société civile, les organisations des Nations Unies, la Banque mondiale et d'autres banques de développement multilatérales, UNITAID, le Partenariat Halte à la tuberculose, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, les instituts de recherche et d'autres partenaires, à élaborer en vue de son examen par les organes directeurs de l'OMS, tout en tenant compte des cadres multisectoriels et multipartites existants, un cadre de responsabilisation multisectoriel qui permette de mesurer les progrès accomplis à la fois au niveau mondial et au niveau national moyennant une approche indépendante, constructive et positive, en particulier dans les pays où la charge de morbidité est la plus forte, et de procéder à un examen indépendant des progrès par ces pays ;*
- *l'OMS, en collaboration avec les États Membres et les principales parties prenantes, à élaborer un cadre pour la présentation d'un rapport de situation multisectoriel mondial sur la tuberculose qui fera l'objet d'un examen indépendant, et en définir la périodicité.*

Prochaines étapes

Nous concluons par un engagement à agir immédiatement dans le cadre de la présente Déclaration, en coordination avec l'OMS, et à nous mobiliser auprès des leaders et de tous les secteurs pertinents des gouvernements, des institutions des Nations Unies, des organismes de financement bilatéraux et des donateurs, des milieux universitaires, des organismes de recherche, de la communauté scientifique, de la société civile et du secteur privé pour nous préparer à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose qui se tiendra à New York en 2018 et à en assurer le suivi.

Notes explicatives

^a Veuillez vous reporter au *Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016* : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/.

^b Les déterminants ou facteurs de risque de la tuberculose : les conditions qui favorisent la transmission de la tuberculose ou rendent les personnes vulnérables à la maladie sont appelées déterminants de la tuberculose. Parmi les importants déterminants sociaux de la tuberculose figurent la pauvreté, et les mauvaises conditions de vie et de travail. Les maladies et autres affections transmissibles et non transmissibles qui augmentent le risque pour un individu de contracter la tuberculose sont appelées les facteurs de risque. Parmi ceux-ci figurent le VIH/sida et d'autres affections qui affaiblissent le système immunitaire, le diabète, la silicose, le tabagisme, la sous-nutrition, l'usage nocif de l'alcool et l'abus d'autres substances.

^c Approche multisectorielle : pour prévenir la tuberculose ou minimiser le risque de contracter la maladie, des mesures sont nécessaires non seulement dans le secteur de la santé (notamment la réalisation de la couverture sanitaire universelle et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles qui sont des facteurs de risque majeurs de la tuberculose), mais aussi dans d'autres secteurs de développement (notamment, la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la sécurité sanitaire, de meilleures conditions de vie et de travail).

^d Conformément aux orientations de l'OMS relatives à la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254089/1/9789242509939-fre.pdf?ua=1>.

^e Normes de soins : normes recommandées par l'OMS pour la prestation optimale de soins et de services de prévention de la tuberculose, présentées dans le *Compendium of WHO guidelines and associated standards: ensuring optimum delivery of the cascade of care for patients with TB*.

^f Veuillez vous reporter au document intitulé Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, <http://www.who.int/tb/publications/digitalhealth-TB-agenda/en/>.

^g Éliminer les décès évitables parmi les personnes vivant avec le VIH : conformément à la cible qui vise à réduire de 75 pour cent le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2020, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

^h Veuillez vous reporter au document intitulé *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44814/1/9789242503005_fre.pdf?ua=1&ua=1.

ⁱ Comme il est indiqué dans la résolution WHA62.15 de 2009 : « Constatant avec préoccupation que les taux très élevés de polypharmacorésistance indiqués dans le quatrième rapport mondial de l'OMS sur la résistance aux antituberculeux – un nombre estimatif de 500 000 cas de tuberculose multirésistante dans le monde, dont 50 000 cas de tuberculose ultrarésistante – menacent la sécurité sanitaire dans le monde », http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-fr-P2.pdf.

^j Veuillez vous reporter aux documents suivants : Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/fr/> (adopté par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R7-fr.pdf?ua=1), et *Projet de Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens*, http://www.un.org/pga/71/wp-content/uploads/sites/40/2016/09/DGACM_GAEAD_ESCAB-AMR-Draft-Political-Declaration-1616108-French.pdf.

^k Veuillez vous reporter au *document final de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement : Programme d'action d'Addis-Abeba*, <https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/FFD3-2015/document-final.pdf>.

^l Coûts catastrophiques : les coûts dus à la tuberculose mesurent la charge économique totale pesant sur les patients tuberculeux et leurs familles ; ils sont considérés comme catastrophiques lorsqu'ils menacent les moyens de subsistance des patients et de leurs familles. Ces coûts incluent le paiement des soins (les services de diagnostic et de traitement, et les médicaments), les coûts associés à la recherche des soins (les frais de transport, par exemple) et les « coûts d'opportunité » associés à la recherche de soins (les revenus perdus, par exemple). Ils sont déterminés par les enquêtes menées auprès des patients tuberculeux dans les établissements de santé.

^m Financement mixte : utilisation complémentaire des subventions (provenant du Fonds mondial ou d'autres donateurs) et du financement – autre que sous forme de subvention – provenant de sources privées et/ou publiques (les prêts de la Banque mondiale, par exemple) à des conditions qui assurent la viabilité financière à long terme du programme concerné.

ⁿ Argumentation en faveur de l'investissement : il s'agit de la description des changements que le pays souhaite voir pour atteindre les cibles et les étapes en vue de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, et d'un ensemble d'investissements considérés comme prioritaires qui sont nécessaires pour atteindre ces résultats.

^o Capacité d'absorption : capacité du système de santé d'un pays à faire un usage efficace d'un flux de ressources notablement supérieur, laquelle dépend généralement de la gouvernance, des capacités institutionnelles, de l'appropriation au niveau national, et de la stabilité sociale et politique.

ANNEXE 3

PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018-2030 : OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS RECOMMANDÉES¹

[A71/18 – 22 mars 2018]

Objectif stratégique 1. Créer une société active – normes et attitudes sociales

Créer un changement de paradigme dans l'ensemble de la société en renforçant la connaissance, la compréhension et la prise de conscience des avantages multiples d'une activité physique régulière, selon les capacités de chacun et à tous âges.

Action 1.1 Organiser des campagnes de communication sur les meilleures pratiques, en les corrélant à des programmes communautaires, de manière à améliorer la connaissance, la compréhension et la prise de conscience des avantages multiples pour la santé d'une activité physique régulière et d'un comportement moins sédentaire, selon les capacités de chacun, au service du bien-être individuel, familial et communautaire.

Action 1.2 Mener des campagnes nationales et communautaires visant à renforcer la connaissance, la compréhension et la prise de conscience des avantages socioéconomiques et environnementaux conjoints d'une activité physique et, plus particulièrement, d'une pratique accrue de la marche, du vélo et d'autres formes de mobilité sur roues (y compris les chaises roulantes, les trottinettes et les patins à roulettes), et contribuer ainsi de manière substantielle à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (objectifs 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 15, et 16 de développement durable).

Action 1.3 Lancer périodiquement, dans des espaces publics, des initiatives sollicitant la participation massive de communautés entières, pour assurer un accès libre à des activités physiques agréables et économiquement abordables, socialement et culturellement adaptées.

Action 1.4 Renforcer la formation préalable et en cours d'emploi des professionnels, au sein du secteur de la santé et en dehors, afin d'accroître les connaissances et les compétences nécessaires pour jouer leur rôle et pour contribuer à créer les conditions d'équité et d'intégration propices à une société active, y compris, mais pas seulement dans les secteurs des transports, de l'urbanisme, de l'éducation, du tourisme et des loisirs, des sports et de la mise en forme, ainsi que dans les groupes communautaires locaux et les organisations de la société civile.

Objectif stratégique 2. Créer des environnements actifs – espaces et lieux spécifiques

Créer et maintenir des environnements susceptibles de promouvoir et de protéger le droit de chacun, quel que soit son âge, d'accéder équitablement, dans sa ville et sa communauté, à des lieux et des espaces sûrs dans lesquels pratiquer une activité physique régulière, selon ses capacités.

Action 2.1 Renforcer l'intégration des politiques d'urbanisme et de transports qui donnent priorité aux principes d'une utilisation compacte et mixte des sols, à tous les niveaux administratifs appropriés, afin de créer des quartiers très bien desservis permettant et favorisant la pratique de la marche, du vélo et d'autres formes de mobilité sur roues (y compris les chaises roulantes, les trottinettes et les patins à roulettes) et l'utilisation des transports publics dans les communautés urbaines, périurbaines et rurales.

¹ Voir la résolution WHA71.6.

<p>Action 2.2 Améliorer le niveau des services¹ offerts par les infrastructures destinées aux piétons et aux cyclistes de manière à faciliter et à promouvoir la pratique de la marche à pied, du vélo et d'autres formes de mobilité sur roues (y compris les chaises roulantes, les trottinettes et les patins à roulettes) ainsi que l'utilisation des transports publics dans les communautés urbaines, périurbaines et rurales, en respectant le principe d'accès sécurisé, universel et équitable pour les personnes de tous âges et de toutes capacités, et conformément à d'autres engagements.²</p>
<p>Action 2.3 Accélérer la mise en œuvre de mesures stratégiques visant à améliorer la sécurité routière et la sécurité personnelle des piétons, des cyclistes, des personnes utilisant d'autres formes de mobilité sur roues (y compris les chaises roulantes, les trottinettes et les patins à roulettes) et celle des passagers des transports publics, en donnant priorité aux mesures susceptibles de réduire le risque pour les usagers de la route les plus vulnérables, conformément à l'approche du « système sûr » en matière de sécurité routière et conformément à d'autres engagements.³</p>
<p>Action 2.4 Renforcer l'accès de tout un chacun, quels que soient son âge et ses capacités, à des espaces publics et à des espaces verts de qualité, des réseaux verts, des lieux récréatifs (y compris à proximité des cours d'eau et en bord de mer) et des installations sportives dans les communautés urbaines, périurbaines et rurales, en veillant à ce que la configuration de ces entités soit conforme au principe d'accès sécurisé, universel, équitable et facile pour les personnes âgées, et en donnant priorité à la réduction des inégalités.</p>
<p>Action 2.5 Renforcer, aux niveaux national et infranational, les lignes directrices et les cadres portant sur la politique à mener en général, la réglementation et la conception des aménagements, en tant que de besoin, dans le but de promouvoir des équipements collectifs, des établissements scolaires, des centres de soins, des infrastructures sportives et récréatives, des lieux de travail et des logements sociaux qui soient conçus de manière à permettre aux occupants et aux visiteurs ayant des capacités diverses d'avoir une activité physique dans les bâtiments et alentour, et privilégier une accessibilité universelle pour les piétons, les cyclistes et les transports publics.</p>
<p>Objectif stratégique 3. Rendre les personnes actives – programmes et opportunités</p> <p>Créer et promouvoir l'accès à des opportunités et à des programmes, dans différents milieux, afin d'aider les personnes de tous âges et de toutes capacités à pratiquer une activité physique régulière aux niveaux individuel, familial et communautaire.</p>
<p>Action 3.1 Renforcer l'offre d'une éducation physique de qualité et multiplier les expériences positives ainsi que les possibilités de loisirs actifs, de sports et de jeux proposées aux filles et aux garçons en appliquant les principes de l'approche pédagogique intégrée dans tous les établissements préscolaires et d'enseignement primaire, secondaire et supérieur de façon à instaurer durablement une culture de la santé et de l'éducation physique tout au long de la vie, et à promouvoir la possibilité de pratiquer une activité physique selon les aptitudes et capacités de chacun.</p>
<p>Action 3.2 Mettre en place des systèmes d'évaluation du patient et de conseil – ou les renforcer – en vue d'accroître l'activité physique et de diminuer l'inactivité physique, assurés par des dispensateurs de soins de santé, des agents communautaires et des travailleurs sociaux compétents, selon que de besoin, dans les services de soins de santé primaires et secondaires et dans les services sociaux, dans le cadre des soins de santé universels, en veillant à associer la communauté et les patients et en assurant la corrélation avec des ressources communautaires, le cas échéant.</p>

¹ On entend par « niveau des services » tout ce qui se rapporte à la sécurité, à la qualité, à la connectivité et au caractère complet des infrastructures ; De nombreux pays disposent d'instruments d'évaluation des déplacements à pied et à vélo.

² Nouveau programme pour les villes adopté en 2016 par la Conférence des Nations Unies sur le logement et le développement urbain durable (Habitat III) et approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 71/256 (2016). Voir également Planifier et configurer une mobilité urbaine plus durable : rapport mondial sur les établissements humains 2013. Oxford, Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), 2013.

³ Voir les documents suivants : Plan mondial pour la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2011-2020 (http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en, consulté le 1^{er} mars 2018) et résolution 64/255 (2010) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/255&Lang=F, consulté le 1^{er} mars 2018) ; Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ; Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ; groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement pour la protection des droits fondamentaux des personnes âgées, rapport sur les travaux de la huitième session (en anglais, <https://social.un.org/ageing-working-group/eighthsession.shtml>, consulté le 23 février 2018) ; et Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014, coparrainé par le PNUD et l'ONUSD (rapport complet en anglais : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/, consulté le 1^{er} mars 2018 ; résumé d'orientation en français : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/fr/).

Action 3.3 Accroître l'offre et les possibilités de bénéficier de programmes et de moyens de promotion de l'activité physique dans les parcs et autres environnements naturels (comme les plages, estrans et cours d'eau) ainsi que dans les lieux de travail publics et privés, les centres communautaires, les infrastructures récréatives et sportives et les centres confessionnels afin d'encourager la pratique d'une activité physique par tout un chacun, quelles que soient ses capacités.

Action 3.4 Accroître l'offre et les possibilités de bénéficier de programmes et de services sur mesure destinés à augmenter l'activité physique et à réduire l'inactivité physique chez les personnes âgées, selon leurs capacités, dans des environnements essentiels comme les lieux de rencontre au niveau local ou communautaire, les centres de santé, les services sociaux, les établissements de soins de longue durée ou pour personnes âgées dépendantes et l'environnement familial, afin d'encourager le vieillissement en bonne santé.

Action 3.5 Renforcer, dans les différents contextes communautaires, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de services qui s'adressent aux groupes les moins actifs, tels que recensés par chaque pays, à savoir les filles, les femmes, les personnes âgées, les communautés rurales et autochtones, et les populations vulnérables ou marginalisées, en vue d'améliorer les possibilités d'activité physique qui s'offrent à eux, en invitant chacun à apporter une contribution positive.

Action 3.6 Mettre en œuvre des initiatives impliquant toute la communauté, aux niveaux municipal, local ou communautaire, de manière à encourager la participation de tous les protagonistes et à optimiser la conjugaison de plusieurs approches stratégiques, dans différents milieux, afin de promouvoir une plus grande participation à l'activité physique et de réduire l'inactivité physique chez les personnes de tous âges, quelles que soient leurs capacités, en axant l'effort sur la mobilisation communautaire locale, l'élaboration concertée et le sentiment d'être partie prenante.

Objectif stratégique 4. Créer des systèmes actifs de nature à catalyser la gouvernance et les politiques

Mettre en place, dans les différents secteurs, des systèmes d'encadrement, de gouvernance, de partenariats multisectoriels, de ressources humaines, de sensibilisation et d'information – ou les renforcer – pour atteindre l'excellence dans le domaine de la mobilisation des ressources et de la mise en œuvre d'actions infranationales, nationales et internationales coordonnées en vue d'accroître l'activité physique et de réduire l'inactivité physique.

Action 4.1 Renforcer les cadres stratégiques, les systèmes d'encadrement et de gouvernance, aux niveaux national et infranational, afin d'appuyer la mise en œuvre d'actions visant à développer l'activité physique et à diminuer l'inactivité physique, y compris des mécanismes de participation et de coordination multisectorielles ; la cohérence des politiques entre différents secteurs ; des lignes directrices, des recommandations et des plans d'action relatifs à l'activité physique et à l'inactivité physique dans tous les groupes d'âge ; ainsi que le suivi et l'évaluation des progrès accomplis en matière de responsabilisation.

Action 4.2 Consolider les systèmes de données ainsi que les capacités aux niveaux national et, le cas échéant, infranational, afin de faciliter la surveillance régulière de l'activité physique et de l'inactivité physique de la population, dans tous les groupes d'âge et dans de multiples domaines ; l'élaboration et l'expérimentation de nouvelles technologies numériques pour renforcer les systèmes de surveillance ; l'élaboration de systèmes de suivi des déterminants socioculturels et environnementaux plus vastes de l'activité physique ; et le suivi et la notification multisectoriels périodiques sur la mise en œuvre pour une plus grande responsabilisation et pour étayer la théorie et la pratique.

Action 4.3 Renforcer la recherche et la capacité d'évaluation institutionnelles et nationales et encourager l'application des technologies numériques ainsi que l'innovation dans le but d'accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de solutions stratégiques efficaces pour accroître l'activité physique et réduire l'inactivité physique.

Action 4.4 Intensifier les efforts de sensibilisation visant à mieux renseigner sur l'action commune menée aux niveaux mondial, régional et national, et à encourager la participation à cette action en ciblant les principaux publics, y compris, mais pas seulement les dirigeants de haut niveau, les responsables de l'élaboration des politiques dans de multiples secteurs, les médias, le secteur privé, les responsables municipaux et communautaires ainsi que la communauté au sens large.

Action 4.5 Renforcer les mécanismes financiers afin de garantir la mise en œuvre pérenne d'une action nationale et infranationale, ainsi que l'élaboration de systèmes propices à la mise au point et à l'application de politiques visant à accroître l'activité physique et à réduire l'inactivité physique.

ANNEXE 4

DIRECTEURS GÉNÉRAUX ADJOINTS¹

[A71/37 – 22 mars 2018]

TEXTE DES ARTICLES AMENDÉS DU STATUT DU PERSONNEL

STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE I

Devoirs, obligations et privilèges

...

1.11 Le Directeur général fera oralement ce serment ou cette déclaration en séance publique de l'Assemblée mondiale de la Santé ; chaque Directeur général adjoint, Sous-Directeur général et Directeur régional s'en acquittera en présence du Directeur général ; les autres membres du personnel le feront par écrit.

.....

STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE III

Traitements et indemnités

3.1 Les traitements afférents aux postes de Directeur général adjoint, de Sous-Directeur général et de Directeur régional sont fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la recommandation du Directeur général et sur l'avis du Conseil exécutif.

.....

STATUT DU PERSONNEL – ARTICLE IV

Nominations, transferts, mutations et promotions

...

4.5 Chaque Directeur général adjoint, Sous-Directeur général et Directeur régional est nommé pour une période de cinq ans au maximum, renouvelable ; la possibilité de renouveler la nomination des Directeurs régionaux est soumise aux conditions fixées par le Conseil exécutif. Les autres membres du personnel sont nommés pour une certaine durée, suivant telles conditions, compatibles avec le présent Statut, que peut fixer le Directeur général.

¹ Voir la résolution WHA71.11.

ANNEXE 5

STRATÉGIE MONDIALE ET PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE, L'INNOVATION ET LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE¹

MESURES RECOMMANDÉES PAR LE TABLEAU D'EXPERTS CHARGÉ DE L'EXAMEN PROGRAMMATIQUE GÉNÉRAL DE LA STRATÉGIE MONDIALE ET DU PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE, L'INNOVATION ET LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

[A71/13, annexe – 15 mars 2018]

1. Le mandat de l'examen programmatique général charge le tableau d'experts de « formuler des recommandations sur les prochaines étapes, notamment en précisant quels éléments ou mesures doivent être ajoutés, améliorés ou menés à terme au cours des phases suivantes de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, d'ici à 2022 ». ²
2. Même si des progrès ont été faits en ce qui concerne certains aspects relatifs à l'innovation et à l'accès, nombre des difficultés ayant motivé l'élaboration de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle restent d'actualité, et de nouveaux défis ont fait leur apparition. Il s'agit notamment de l'absence de nouveaux produits sanitaires dans des domaines où ils seraient nécessaires et de l'absence de financements pérennes, du coût inabordable de nombre de nouveaux médicaments, de la pénurie de produits sanitaires essentiels et de leur utilisation inappropriée, de l'inefficacité de la chaîne d'approvisionnement et de distribution ainsi que de l'absence de cadres réglementaires solides et de personnel formé, en particulier, mais pas exclusivement dans les pays en développement.
3. Le tableau d'experts a considéré que les huit éléments de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle restaient globalement valables. Le problème essentiel concernant la Stratégie mondiale et le Plan d'action est le manque d'effets au niveau de la mise en œuvre. Cela laisse entendre que l'examen pourrait se révéler particulièrement utile par la formulation de recommandations plus précises en termes de portée et d'échelle, comprenant un ensemble de mesures prioritaires pour chaque élément de la Stratégie mondiale et du Plan d'action afin de répondre aux besoins actuels en matière de recherche-développement et d'accès aux médicaments. Ces mesures prioritaires doivent être précises et réalisables, avec des indicateurs déterminés et des résultats qu'il est possible de mesurer.
4. Le tableau d'experts a pris le parti d'adresser les recommandations au Secrétariat et/ou aux États Membres de l'OMS plutôt qu'au grand nombre de parties concernées. Même si la contribution des parties prenantes est essentielle pour la réussite de la Stratégie mondiale et du Plan d'action, il appartient au Secrétariat de l'OMS et aux États Membres de les inciter à s'impliquer comme il convient.

¹ Voir la décision WHA71(9).

² Décision EB140(8) (2017) et document EB140/2017/REC/1, annexe 6, paragraphe 1.e).

5. Les États Membres et les autres parties prenantes devraient prendre pleinement part à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action dès les premières étapes de la planification. Un mécanisme de bonne gouvernance de la Stratégie mondiale et du Plan d'action est également nécessaire, de même que des capacités et des outils adaptés pour la mise en œuvre et le suivi. Une stratégie et des matériels de communication devraient être élaborés par le Secrétariat de l'OMS afin de mieux faire connaître la Stratégie mondiale et le Plan d'action aux États Membres et à d'autres parties prenantes.
6. Sur cette base, le tableau d'experts a formulé les propositions suivantes concernant les mesures prioritaires à prendre entre 2018 et 2022. Les mesures hautement prioritaires sont soulignées. Les dates proposées pour mener à bien les mesures sont des indications.

RECOMMANDATIONS

Hiérarchiser les besoins en matière de recherche-développement

1. Les États Membres mettront en place un financement durable pour l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé et le Comité d'experts de la recherche-développement en santé. (Indicateur : *Financement garanti d'ici à 2019 pour couvrir le budget prévu jusqu'en 2022.*)
2. Le Secrétariat de l'OMS concevra une méthodologie pour hiérarchiser les besoins en matière de recherche-développement portant sur les maladies des types II et III, ainsi que les besoins particuliers de recherche-développement portant sur les maladies du type I dans les pays en développement, à l'intention du Comité d'experts de la recherche-développement en santé et des États Membres afin de les aider à cerner les priorités mondiales et nationales, respectivement, en matière de recherche-développement. (Indicateur : *D'ici à 2018, conception d'une méthodologie pour hiérarchiser les besoins en matière de recherche-développement.*)
3. Le Comité d'experts de la recherche-développement en santé rédigera un rapport concernant les priorités de la recherche-développement en santé afin de répondre aux besoins médicaux non satisfaits en se fondant sur les données factuelles de l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé et sur les informations transmises par les experts et les parties prenantes. (Indicateur : *D'ici à 2019, établissement de la liste des besoins prioritaires en matière de recherche-développement pour les maladies des types II et III, et d'ici à 2020, établissement d'une liste définitive comprenant les maladies du type I.*)

Promouvoir la recherche-développement

4. Les États Membres appuieront le Secrétariat de l'OMS dans ses activités de promotion de la transparence et d'analyse des coûts de la recherche-développement. (Indicateur : *En 2019 et 2021, établissement de rapports relatifs aux coûts de la recherche-développement sur les produits de santé.*)
5. Le Secrétariat de l'OMS créera un mécanisme d'échange d'informations afin de promouvoir la collaboration et la coordination en matière de recherche-développement en lien avec le Comité d'experts de la recherche-développement en santé et l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé. (Indicateur : *D'ici à 2020, établissement d'un mécanisme d'échange d'informations afin d'améliorer la collaboration et la coordination de l'allocation de ressources conformément aux priorités de recherche-développement.*)
6. Les États Membres feront la promotion des programmes de collaboration avec les pays en développement (et d'appui à ces pays) afin de renforcer les capacités en matière d'essais cliniques et les réseaux d'experts à l'échelle régionale et, le cas échéant, à l'échelle nationale. (Indicateur : *D'ici à 2021, établissement d'un rapport qui recense les programmes destinés à renforcer les capacités en matière d'essais cliniques et les réseaux d'experts à l'échelle régionale et nationale.*)

7. Les États Membres et le Secrétariat de l'OMS encourageront les bailleurs de fonds de la recherche-développement à mettre l'ensemble des publications qui découlent de cette recherche en libre accès immédiatement ou, au plus tard, dans les six mois qui suivent leur parution. (*Indicateur : D'ici à 2022, rapport sur les nouvelles initiatives prises par les bailleurs de fonds de la recherche-développement pour faire en sorte que les publications qui découlent de cette recherche dans les revues à comité de lecture soient en libre accès.*)

Renforcer et améliorer la capacité de recherche

8. Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres mettront sur pied et appuieront des programmes de collaboration entre des centres de recherche-développement de réputation internationale et les institutions concernées dans les pays en développement afin de permettre à ces pays d'accroître leurs capacités d'un bout à l'autre de la filière de recherche-développement. (*Indicateur : D'ici à 2021, rapport sur les nouveaux programmes de collaboration créés et appuyés.*)

9. Le Secrétariat de l'OMS continuera d'apporter son soutien au renforcement des capacités des fonctions et des systèmes de réglementation nationaux et régionaux, y compris pour améliorer l'examen et la surveillance réglementaires des essais cliniques. (*Indicateur : D'ici à 2019 et 2021, rapport sur les initiatives nationales et régionales visant à renforcer les capacités de réglementation des essais cliniques dans les pays en développement.*)

10. Le Secrétariat de l'OMS, en collaboration avec les États Membres, créera une base de données regroupant les matériels et les programmes de formation pertinents à l'intention des scientifiques et des autres experts prenant part à la recherche-développement dans les secteurs public et privé des pays en développement, et encouragera son utilisation. (*Indicateur : D'ici à 2021, création et alimentation d'une base de données regroupant les matériels et les programmes de formation pertinents, et promotion de son utilisation.*)

11. Les États Membres favoriseront l'offre de cours de formation de qualité garantie, notamment des cours en ligne, à l'intention des personnels prenant part à la recherche-développement. (*Indicateur : Surveillance de l'offre de cours de formation à la recherche-développement de qualité garantie.*)

12. Avec l'appui du Secrétariat de l'OMS, les États Membres mettront au point des stratégies et renforceront leurs capacités en ce qui concerne l'élaboration de politiques, la réglementation, la méthodologie de recherche et l'éthique, et la préservation des ressources utilisées en médecine traditionnelle selon la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. (*Indicateur : D'ici à 2022, rapport sur les programmes nationaux et régionaux d'élaboration de stratégies et de renforcement des capacités en matière de recherche-développement pour la médecine traditionnelle.*)

Promouvoir le transfert de technologie

13. Le Secrétariat de l'OMS déterminera les mécanismes permettant d'accroître le transfert de technologies de la santé dans le cadre du Mécanisme de facilitation des technologies établi au titre des objectifs de développement durable. (*Indicateur : D'ici à 2020, rapport sur la détermination des mécanismes permettant d'accroître le transfert de technologies de la santé dans le cadre des activités en lien avec le Mécanisme de facilitation des technologies.*)

14. Le Secrétariat de l'OMS collaborera avec le Secrétariat de l'OMC afin de déterminer comment l'article 66.2) de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) pourrait être mieux appliqué dans les pays en ce qui concerne le transfert de technologies de la santé. (Indicateur : D'ici à 2021, rapport sur les progrès accomplis en matière de transfert de technologies de la santé en lien avec l'application de l'article 66.2) de l'Accord sur les ADPIC.)

15. Le Secrétariat de l'OMS déterminera les nouvelles possibilités de collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies (par exemple l'ONUDI, la CNUCED) afin de promouvoir le transfert de technologies dans le cadre des programmes de production locale de technologies de la santé dans les pays en développement, en fonction des besoins des pays. (Indicateur : D'ici à 2022, élaboration et diffusion d'un rapport interorganisations sur les programmes nationaux de transfert de technologies.)

Gérer la propriété intellectuelle de façon à contribuer à l'innovation et à la santé publique

16. Le Secrétariat de l'OMS, en collaboration avec d'autres organisations internationales œuvrant dans le domaine de la propriété intellectuelle, plaidera en faveur de l'élaboration d'une législation nationale reflétant la totalité des flexibilités prévues par l'Accord sur les ADPIC, y compris celles qui ont été entérinées par la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, ainsi que dans les articles 27, 30 (y compris l'exception pour la recherche et la disposition « Bolar »), 31 et 31 bis de l'Accord sur les ADPIC. (Indicateur : D'ici à 2021, établissement d'un rapport interorganisations sur la législation nationale et les lignes directrices relatives aux brevets incluant les flexibilités prévues par l'Accord sur les ADPIC.)

17. Le Secrétariat de l'OMS, en collaboration avec les partenaires, encouragera le développement des bases de données sur les brevets et sur les accords de licence non confidentiels concernant les produits de santé, et facilitera l'accès à ces bases de données. (Indicateur : Mesure de la couverture et de l'utilisation des bases de données existantes et nouvelles contenant des informations sur les brevets et les licences.)

18. Avec l'appui du Secrétariat de l'OMS, les États Membres et d'autres bailleurs de fonds renforceront le Medicines Patent Pool, ce qui peut comprendre un soutien pour étendre son portefeuille à d'autres maladies ou technologies pour lesquelles ce modèle peut avoir un impact majeur. (Indicateur : Nombre de maladies et/ou de technologies couvertes par le portefeuille du Medicines Patent Pool et fonds engagés par de nouveaux donateurs d'ici à 2020.)

19. Les États Membres tiendront compte, dans la négociation d'accords commerciaux, de l'impact qu'a sur la santé publique l'adoption de dispositions allant au-delà des exigences de l'Accord sur les ADPIC. (Indicateur : D'ici à 2022, évaluation des données factuelles prouvant que les négociateurs de nouveaux accords commerciaux ont tenu compte de l'impact sur la santé publique de l'adoption de tels accords.)

Améliorer la distribution et l'accès

20. Le Secrétariat de l'OMS élaborera et diffusera des bonnes pratiques d'évaluation des technologies de la santé et de sélection, sur la base de données scientifiques, concernant les produits de santé destinés à une utilisation nationale, et appuiera la collaboration bilatérale et régionale entre les pays. (Indicateur : D'ici à 2019, élaboration et diffusion de bonnes pratiques d'évaluation des technologies de la santé et de sélection sur la base de données scientifiques. D'ici à 2022, rapport sur les programmes de collaboration bilatérale et régionale établi par l'OMS.)

21. Le Secrétariat de l'OMS donnera des orientations aux États Membres sur la promotion et le contrôle de la transparence des prix des médicaments et sur la mise en œuvre de politiques de fixation de prix et de remboursement. (Indicateur : D'ici à 2020, élaboration et diffusion des orientations dans les pays.)
22. Le Secrétariat de l'OMS, en coopération avec les États Membres et d'autres partenaires, établira des mécanismes pour mesurer les dépenses à la charge du patient pour l'achat de produits sanitaires. (Indicateur : Mesure des dépenses à la charge du patient pour l'achat de produits sanitaires.)
23. Le Secrétariat de l'OMS continuera à appuyer les États Membres pour le renforcement de la capacité nationale de réglementation, l'harmonisation régionale et d'autres initiatives de collaboration visant à améliorer l'accès à des médicaments et à des produits sanitaires nouveaux et existants de qualité garantie. (Indicateur : D'ici à 2021, rapport sur l'état d'avancement des activités de renforcement des capacités de réglementation des pays en développement menées à l'échelle nationale et régionale.)
24. Les États Membres et les bailleurs de fonds apporteront leur soutien au programme OMS de préqualification des médicaments dans le but d'inclure les produits sanitaires essentiels récents, qu'il s'agisse de médicaments, de vaccins, de produits de diagnostic ou de produits biologiques. (Indicateur : Nombre de produits sanitaires récents inclus dans le portefeuille du programme de préqualification des médicaments d'ici à 2020 et 2022.)
25. Le Secrétariat de l'OMS élaborera des pratiques optimales et mettra en œuvre des programmes de renforcement des capacités dans le but d'améliorer l'utilisation des médicaments et des produits nouveaux et existants dans la pratique clinique nationale. (Indicateur : D'ici à 2021, élaboration de pratiques optimales et mise en œuvre de programmes de renforcement des capacités dans les pays.)
26. Le Secrétariat de l'OMS fera la promotion des pratiques optimales dans les pays et les organisations régionales pour améliorer l'efficacité de l'approvisionnement et de la chaîne logistique, notamment pour ce qui est des achats conjoints. (Indicateur : D'ici à 2022, évaluation des initiatives nationales et régionales de promotion de bonnes pratiques pour améliorer l'efficacité de l'approvisionnement et de la chaîne logistique.)
27. Les États Membres détermineront les médicaments essentiels qui risquent de manquer ainsi que les mécanismes permettant d'éviter les pénuries et diffuseront les informations pertinentes, au besoin. (Indicateur : D'ici à 2020, mise à disposition et diffusion des listes de médicaments risquant de manquer ainsi que des informations sur les mécanismes de prévention des pénuries.)

Promouvoir des mécanismes de financement durable

28. Les États Membres s'engageront à consacrer au moins 0.01 % de leur produit intérieur brut à des travaux de recherche fondamentale et appliquée répondant aux besoins sanitaires des pays en développement. (Indicateur : Pourcentage du produit intérieur brut consacré, d'ici à 2021, à des travaux de recherche fondamentale et appliquée selon les chiffres de G-Finder.)
29. Les États membres s'engageront à accroître la mobilisation de ressources intérieures et à appuyer l'Initiative fiscale d'Addis-Abeba dans le but, entre autres, d'atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé. (Indicateur : D'ici à 2021, collecte des données des États Membres sur la mobilisation de ressources intérieures.)

30. Les États Membres encourageront la mise en place de systèmes dissociant partiellement ou totalement le prix des produits des coûts de la recherche-développement, notamment l'application des mesures recommandées par le Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement. (Indicateur : D'ici à 2022, élaboration, approbation et mise en place de nouveaux systèmes visant à dissocier partiellement ou totalement le prix des produits des coûts de la recherche-développement.)

31. Avec l'aide du Secrétariat de l'OMS, les États Membres encourageront, une augmentation et une diversification des financements pour les partenariats de développement de produits. (Indicateur : D'ici à 2022, augmentation et diversification du financement pour les partenariats de développement de produits, et avancées selon les chiffres de G-Finder.)

Mettre en place un mécanisme de suivi et de responsabilisation

32. Le Secrétariat de l'OMS dressera un plan de mise en œuvre détaillé et établira un mécanisme pour faciliter l'application et le suivi de la Stratégie mondiale et du Plan d'action. (Indicateur : Publication du plan de mise en œuvre et création d'un mécanisme pour l'application et le suivi de la Stratégie mondiale et du Plan d'action en 2018, et publication de rapports de situation au moins une fois par an.)

33. Les États Membres s'engageront à fournir des données à G-Finder. (Indicateur : Nombre de pays ayant fourni des données à G-Finder.)

ANNEXE 6

CADRE DE PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE POUR L'ÉCHANGE DES VIRUS GRIPPAUX ET L'ACCÈS AUX VACCINS ET AUTRES AVANTAGES¹

[A71/24 – 5 avril 2018]

[Les paragraphes 1 à 18 exposaient les progrès accomplis dans l'application de la décision WHA70(10) (2017) sur l'examen du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique.]

Recommandations sur les mesures ultérieures

19. Comme demandé au paragraphe 8.g) de la décision, le Directeur général formule les recommandations suivantes sur les mesures ultérieures :

a) **Paragraphe 8.a)**

Sous réserve de l'achèvement de l'analyse mentionnée au paragraphe 8.b) ci-dessous, le Secrétariat entend prendre des mesures pour mener à bien toutes les activités relevant de son mandat avant la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé.

b) **Paragraphe 8.b)**

Le Secrétariat entend achever l'analyse en vue de soumettre un projet complet à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session. Ce projet tiendra compte d'un large éventail de contributions des États Membres et des parties concernées, notamment le Groupe consultatif PIP et les représentants du système mondial de surveillance de la grippe et de riposte. À la suite des décisions qu'aura prises la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé et à l'issue de toute autre activité entreprise conformément à ces décisions, un texte final de l'analyse sera soumis à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.

c) **Paragraphes 8.c), d) et f)**

Le Secrétariat continuera à renforcer la préparation essentielle aux pandémies, notamment :

i) en appliquant le plan de mise en œuvre de haut niveau pour la contribution de partenariat 2018-2023, qui facilitera le renforcement des capacités de laboratoire, de surveillance et de réglementation, et les études sur la charge de morbidité ;

ii) en concluant davantage d'Accords types sur le transfert de Matériels 2 ;

¹ Voir la décision WHA71(11).

iii) en collaborant régulièrement avec les secrétariats de la Convention sur la diversité biologique et d'autres organisations internationales concernées qui participent à la mise en œuvre des mécanismes d'accès et de partage des avantages ;

iv) en présentant à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, un rapport du Directeur général sur ce qui précède.

d) **Paragraphe 8.e)**

Le Secrétariat prendra des mesures en vue de donner suite aux recommandations du Commissaire aux comptes et en rendra compte à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session.

ANNEXE 7

PLAN STRATÉGIQUE MONDIAL QUINQUENNAL POUR AMÉLIORER LA PRÉPARATION ET L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE, 2018-2023¹

[A71/8, annexe – 11 avril 2018]

1. Le plan stratégique mondial quinquennal repose sur les principes directeurs suivants : consultation ; prise en main par les pays et leadership national ; leadership et gouvernance de l'OMS ; partenariats élargis ; approche intersectorielle ; intégration avec le système de santé ; participation communautaire ; accent sur les pays où les risques de situations d'urgence et de flambées sont les plus élevés ; intégration régionale ; financement intérieur ; lien entre le plan stratégique mondial quinquennal et les obligations au titre du Règlement sanitaire international (2005) ; et priorité accordée aux résultats, y compris le suivi et la redevabilité (voir l'appendice 1 pour plus de précisions). Il est aussi conforme aux définitions figurant à l'article 1 du Règlement sanitaire international (2005).

2. Le plan stratégique présente l'approche de l'Organisation pour renforcer la capacité des États Membres à mettre en place les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005), en tant qu'obligation juridiquement contraignante, et les moyens d'assurer la préparation et la riposte, aux niveaux national et mondial, aux événements de santé publique, y compris les situations d'urgence. Il s'appuie et s'aligne sur les instruments existants au niveau mondial (le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens,² le schéma directeur de la recherche-développement pour la prévention des épidémies³ et le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique⁴) et les approches, réseaux et mécanismes régionaux pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire, tels que le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030,⁵ la Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 pour la Région africaine,⁶ la Stratégie Asie-Pacifique pour les maladies émergentes – cadre stratégique commun pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental,⁷ Santé 2020⁸ – cadre

¹ Voir la décision WHA71(15).

² OMS. *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/fr/>, consulté le 2 mars 2018).

³ OMS. *An R&D Blueprint for action to prevent epidemics*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/blueprint/en/>, consulté le 2 mars 2018).

⁴ OMS. *Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (https://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/, consulté le 2 mars 2018).

⁵ OMS/OPS. *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région* (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42118&Itemid=270&lang=fr, consulté le 2 mars 2018), approuvé par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine dans la résolution CSP29.R2 (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42291&Itemid=270&lang=fr, consulté le 2 mars 2018).

⁶ Bureau régional OMS de l'Afrique. *Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020* (https://afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/afrc66-6-fr-2207_0.pdf, consulté le 2 mars 2018).

⁷ OMS. *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases and Public Health Emergencies (APSED III): Advancing implementation of the International Health Regulations (2005)*. Manille, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental, 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/259094>, consulté le 2 mars 2018).

⁸ OMS. Bureau régional de l'Europe. *Santé 2020 : Une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, consulté le 2 mars 2018).

politique pour la Région européenne, la Commission d'évaluation régionale indépendante mise en place par le Comité régional de la Méditerranée orientale,¹ et d'autres approches régionales.

3. Les activités du Secrétariat relatives à la mise en œuvre du plan stratégique quinquennal font partie des activités essentielles du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et en tant que telles seront couvertes par le processus biennal général de planification et de budgétisation de ce programme, comme il est indiqué dans le treizième programme général de travail, 2019-2023.²

BUT ET OBJECTIFS

4. Le plan stratégique mondial quinquennal a pour but de renforcer les capacités du Secrétariat comme des États Membres pour garantir l'application du Règlement sanitaire international (2005) (ci-après le « Règlement » ou « RSI ») et améliorer ainsi constamment la préparation et l'action de santé publique.

5. Les piliers et les objectifs du plan stratégique sont les suivants :

Pilier 1. Acquérir et maintenir les principales capacités requises des États Parties en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

Les objectifs au titre de ce pilier sont les suivants :

- donner la priorité au soutien fourni par le Secrétariat aux pays les plus vulnérables dont les capacités sont faibles ;
- mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application du Règlement aux niveaux national, régional et mondial ;
- coupler l'acquisition des principales capacités requises en vertu du Règlement et le renforcement des systèmes de santé.

Pilier 2. Renforcer la gestion des événements et le respect des obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

Les objectifs au titre de ce pilier sont les suivants :

- renforcer les capacités du Secrétariat pour la surveillance des événements, leur gestion et la riposte ;
- soutenir et renforcer encore les points focaux nationaux RSI ;
- faire en sorte que les États Parties respectent mieux leurs obligations en vertu du Règlement ;
- renforcer les capacités techniques du Secrétariat en maintenant en place les groupes consultatifs et techniques d'experts opportuns et en en constituant de nouveaux.

¹ Résolution EM/RC62/R.3 (2015).

² Document A71/4.

Pilier 3. Mesurer les progrès et promouvoir l'obligation de rendre compte

Les objectifs au titre de ce pilier sont les suivants :

- pour le Secrétariat, poursuivre et renforcer encore l'application du principe de responsabilité moyennant la présentation à l'Assemblée de la Santé de rapports annuels sur les progrès accomplis ;
- pour les États Parties, continuer à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement en utilisant l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports ;
- pour le Secrétariat, apporter un soutien technique aux bureaux régionaux et aux États Parties souhaitant utiliser les instruments volontaires de suivi et d'évaluation de l'application du Règlement, qui fournissent des informations complémentaires précieuses pour l'élaboration de plans d'action nationaux pour la préparation aux situations d'urgence.

PILIERS

Pilier 1. Acquérir et maintenir les principales capacités requises des États Parties en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

6. Le Règlement sanitaire international (2005) est juridiquement contraignant pour 196 États Parties, dont l'ensemble des 194 États Membres de l'OMS. Il a été adopté par l'Assemblée de la Santé en mai 2005¹ et il est entré en vigueur le 15 juin 2007. Dans les cinq ans suivant son entrée en vigueur, chaque État Partie « acquiert, renforce et maintient (...) la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale », ² et compris les principales capacités requises concernant les aéroports, les ports et les postes-frontières désignés, indiquées dans l'annexe 1 du Règlement. Pour les États Parties qui n'ont pas été en mesure de satisfaire à ces exigences minimales au cours des cinq premières années, le Règlement prévoyait deux délais supplémentaires de deux ans (2012-2014 et 2014-2016) afin de permettre à ces États de se mettre en conformité.

7. Compte tenu des enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015 et d'autres événements de santé publique récents, il conviendrait que les États Parties se concentrent sur la mise en place et le maintien de systèmes de santé résilients et qu'ils considèrent les principales capacités comme des fonctions essentielles de santé publique au sein de leurs systèmes de santé. Tout en observant les prescriptions de responsabilité mutuelle au niveau international eu égard à l'application et à la mise en œuvre du Règlement, les pays doivent créer des mécanismes nationaux de suivi et d'évaluation dans le cadre de leurs systèmes de santé, ce qui faciliterait également le suivi de la mise en place des principales capacités, en tant que fonctions essentielles de santé publique.

8. Après la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, les États Membres ont très largement pris conscience du fait que des systèmes de santé solides et résilients sont le fondement même du bon fonctionnement des principales capacités requises en vertu du Règlement. Au cours du

¹ Résolution WHA58.3 (2005).

² Article 13.1 du Règlement sanitaire international (2005). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016, troisième édition.

processus de consultation, les États Membres ont reconnu à l'unanimité l'importance cruciale de systèmes de santé solides et résilients pour appliquer le Règlement, ainsi que la nécessité d'intégrer les principales capacités requises en vertu du Règlement aux fonctions essentielles de santé publique, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Ils ont demandé au Secrétariat d'élaborer des orientations spécifiques sur la manière dont les pays, en particulier ceux confrontés à un manque de ressources, pourraient bénéficier d'un soutien pour mettre en place ces capacités.

9. Un forum sur la couverture sanitaire universelle s'est tenu en décembre 2017, organisé conjointement par la Banque mondiale, l'OMS, le Gouvernement japonais, la plateforme multipartite CSU-2030, l'UNICEF et l'Agence japonaise de coopération internationale.¹ Les participants ont réaffirmé leur engagement en faveur d'investissements ciblés dans les domaines de la prévention des flambées épidémiques et des autres situations d'urgence, de leur détection et de la riposte, notamment dans les systèmes de surveillance, afin de préserver la sécurité sanitaire et la collaboration internationale au titre du Règlement, ces deux dimensions constituant des fonctions essentielles de santé publique au sein des systèmes de santé. En tirant parti des résultats de ce forum et de l'expérience des Régions de l'OMS en termes de conceptualisation, de mise en œuvre et de suivi des fonctions essentielles de santé publique,² le Secrétariat élaborera un cadre commun pour l'harmonisation des principales capacités requises en vertu du Règlement avec les fonctions essentielles de santé publique des systèmes de santé. Ce cadre favorisera en outre la viabilité à long terme des investissements consentis pour créer des systèmes de santé résilients et la planification de tels systèmes.

10. Il faudra prendre en compte les implications et les avantages potentiels, en termes de continuité de certaines capacités nationales, du passage de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à une stratégie postcertification. La Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général, entre autres, « d'élaborer d'ici fin 2017 un plan d'action stratégique pour la transition qui sera soumis à l'examen de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session, et qui : i) définit clairement les capacités et les actifs, surtout au niveau des pays et, le cas échéant, au niveau des communautés, nécessaires pour : pérenniser les progrès dans d'autres domaines programmatiques tels que la surveillance des maladies ; la vaccination et le renforcement des services de santé ; l'alerte précoce et la riposte aux situations d'urgence et aux flambées, et notamment le renforcement et le maintien des principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005) ». ³

11. Les États Parties ont eu plus de 10 ans pour mettre en place les principales capacités permettant de prévenir, de détecter, d'évaluer, de notifier les risques, événements et urgences de santé publique susceptibles de se propager à l'échelle internationale, et d'y répondre, conformément aux prescriptions du Règlement. Les États Parties doivent continuer à acquérir et à maintenir ces principales capacités en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé, en vue de l'application effective du Règlement, y compris les capacités relatives aux points d'entrée.

¹ UHC Forum 2017 (http://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf?ua=1, consulté le 19 mars 2018).

² Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 2017 (<http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/index.html>, consulté le 2 mars 2018) ; et Organisation panaméricaine de la Santé, 42^e Conseil directeur, document CD42/15 (2000) sur les fonctions essentielles de la santé publique (http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd42_15-f.pdf, consulté le 2 mars 2018) ; voir aussi Bureau régional de l'Europe, The 10 essential public health operations (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, consulté le 2 mars 2018).

³ Voir la décision WHA70(9), paragraphe 9.a).

12. Pour les États Parties dont les mécanismes nationaux existants de planification, de financement, de suivi et d'évaluation des systèmes de santé sont insuffisants, le Secrétariat soutiendra l'acquisition et le maintien des principales capacités, en tant que fonctions essentielles de santé publique. À cette fin, le Secrétariat élaborera des orientations et apportera un soutien technique aux États Membres en vue de l'élaboration de plans d'action nationaux pour la préparation aux situations d'urgence sanitaire, qui seront alignés sur les stratégies, les plans et les fonctions essentielles de santé publique du secteur de la santé au niveau national. Au stade de leur mise au point et de leur application, les plans d'action nationaux devront mettre l'accent sur la coordination des multiples secteurs et partenaires concernés comme l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale, selon une démarche fondée sur le principe « Un monde, une santé ». Il conviendra d'associer le secteur financier et d'autres secteurs au processus de planification pour assurer la coordination transversale et la répartition judicieuse des ressources financières. Le Secrétariat encourage l'allocation de ressources financières internes pour acquérir, mettre en place et maintenir les principales capacités requises en vertu du Règlement dans le cadre des mécanismes nationaux de planification et de financement existants.

13. Le Secrétariat collaborera avec les États Membres afin de faciliter l'élaboration ou le renforcement des plans d'action nationaux pour la préparation aux situations d'urgence sanitaire, en tenant compte des différences entre les pays en matière de gouvernance et de capacités de santé publique. Il fournira des orientations et un soutien technique tout au long du processus d'évaluation, de planification, de calcul des coûts, de mise en œuvre, de suivi et d'examen. Il conviendrait que les gouvernements élaborent leurs plans d'action nationaux sur la base des résultats d'évaluations complètes des capacités des pays, en privilégiant la prise en main par les pays, la coordination intersectorielle et les partenariats stratégiques. Il faudra également prendre en compte le rôle du secteur privé, des organisations locales et des organisations de la société civile ainsi que leur participation aux phases d'évaluation, de planification et de mise en œuvre. La phase de planification s'appuiera sur les processus existants dans les pays (par exemple la démarche fondée sur le principe « Un monde, une santé », les initiatives visant à combattre la résistance aux antimicrobiens, les plans de préparation en cas de pandémie, les plans d'action visant à mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030¹) afin de garantir une approche globale et d'éviter les doubles emplois.

14. Le Secrétariat collaborera avec les États Membres pour encourager l'engagement international et l'allocation de ressources financières internes à la mise en œuvre des plans d'action nationaux, en vue de mettre en place et de maintenir les principales capacités de surveillance et de riposte, comme il a été convenu dans le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement.² Après repérage des lacunes et des domaines d'investissement prioritaires, il est crucial que les États Membres établissent rapidement des estimations des dépenses d'équipement et de fonctionnement nécessaires pour combler ces lacunes. Le Secrétariat établira des modèles de calcul des coûts et de budgétisation pour les plans d'action nationaux, dans le contexte général du renforcement des systèmes de santé nationaux. Il appuiera les efforts déployés au niveau national pour renforcer les mécanismes institutionnels de coordination de la coopération internationale, sur la base des principes d'une coopération efficace au service du développement (prise en main par les pays, priorité accordée aux résultats, partenariats inclusifs, transparence et redevabilité).³

¹ Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, consulté le 2 mars 2018).

² Résolution 69/313 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Global Partnership for Effective Development Co-operation – principes (<http://effectivecooperation.org/about/principles/>, consulté le 2 mars 2018).

15. Le Secrétariat renforcera encore les liens opérationnels entre son action en matière de renforcement des systèmes de santé et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, en veillant particulièrement à la coordination du programme de travail suivi pour l'élaboration de plans d'action nationaux et la conduite des activités de renforcement des capacités dans les domaines des ressources humaines pour la santé, de la planification sanitaire (y compris le suivi et l'évaluation), du financement de la santé et de la résilience des systèmes de santé. Ces liens renforcés auront un effet positif sur la sécurité sanitaire par la mise en place des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et sur la couverture sanitaire universelle, en contribuant ainsi à la réalisation de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge).

Pilier 2. Renforcer la gestion des événements et le respect des obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

16. Le Secrétariat et les États Parties doivent continuer de satisfaire à leurs obligations en vertu du Règlement pour être en mesure de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer les risques et les événements de santé publique susceptibles de se propager à l'échelle internationale, et d'y répondre. Le fonctionnement des points focaux nationaux RSI devra être renforcé, par exemple moyennant la fourniture d'une assistance technique, des modes opératoires normalisés, la formation ainsi que l'échange d'informations et l'organisation d'activités sur les enseignements tirés de l'expérience.

17. Le Secrétariat continuera à renforcer le réseau mondial des points focaux nationaux RSI, en traçant les grandes lignes de stratégies visant à stimuler l'investissement, à créer un climat de confiance, à améliorer la prise en main par les pays et à renforcer les capacités, mais aussi à renforcer la communication et l'échange d'informations entre les points focaux. Le Secrétariat multipliera les efforts pour renforcer la capacité des points focaux nationaux RSI d'appliquer le Règlement, en préconisant notamment qu'ils soient appelés à jouer un rôle plus important dans le cadre élargi de l'administration publique nationale dans les domaines sanitaire et extrasanitaire. En outre, il accélérera l'élaboration ou la révision de modes opératoires normalisés et de principes directeurs concernant le rôle des points focaux nationaux RSI et il formulera des recommandations sur les moyens de les doter de ressources adaptées et de leur donner le pouvoir de s'acquitter de leurs obligations. La réalisation de ces objectifs passe, par exemple, par la formation et les activités menées dans le cadre de communautés de pratique dirigées par le Secrétariat et par l'adoption d'une législation nationale appropriée régissant les attributions des points focaux nationaux RSI. Le Secrétariat maintiendra un réseau solide de points focaux nationaux en organisant des réunions régionales et mondiales périodiques pour renforcer leurs capacités et échanger des données d'expérience. Le contenu des cours de formation ainsi que leur accessibilité seront élargis via la plateforme de formation à la sécurité sanitaire dans le contexte du RSI¹; les activités comprendront des exercices multipays d'apprentissage en ligne et en temps réel.

18. Le Secrétariat et les États Parties renforceront leurs fonctions et capacités de gestion des événements et de riposte. Les centres d'opérations d'urgence en santé publique dans les pays doivent se voir attribuer des ressources humaines et autres en quantité suffisante dans les plans nationaux de préparation et d'action de santé publique. Le Secrétariat continuera à collaborer avec ses partenaires du Réseau des centres d'opérations d'urgence en santé publique (EOC-NET) pour élaborer, en s'appuyant sur des bases factuelles, des orientations sur les moyens d'établir, de faire fonctionner et d'améliorer les centres d'opérations d'urgence. Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie renforcera encore son soutien à l'OMS et au développement des capacités mondiales de surveillance, d'évaluation des risques, de coordination rapide des enquêtes au niveau international et d'action en temps voulu.

¹ Health Security Learning Platform in the context of the IHR (<https://extranet.who.int/hslp/training/>, consulté le 2 mars 2018).

19. Le Secrétariat continuera à maintenir et développer l'utilisation des dispositifs de gestion des événements existants, tels que le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI, les alertes et notifications au niveau régional, les échanges bilatéraux et les autres canaux de communication liés au Règlement, ainsi que les liens avec les sites d'information utiles tels que le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) et le Réseau des ports, aéroports et postes-frontières (PAG-Net). Le Secrétariat renforcera ses fonctions de surveillance des événements grâce à la plateforme de veille épidémiologique « Epidemic Intelligence from Open Sources » mise au point récemment pour la détection précoce et l'évaluation des risques d'événements de santé publique.

20. L'initiative de veille épidémiologique est un réseau d'organisations qui partagent un but commun : la réduction de la morbidité et de la mortalité mondiales moyennant un système d'alerte précoce pour une action rapide. C'est à la fois un réseau d'experts et une source d'outils et de plateformes efficaces à l'appui de ce réseau. Une fois qu'elle sera opérationnelle, la plateforme offrira un accès à des données provenant de plus de 6500 sources dans de nombreuses langues, parmi lesquelles des sites gouvernementaux et officiels, des médias sociaux spécifiques, des agrégateurs de nouvelles et des groupes d'experts (plus d'un million d'articles par semaine). La plateforme collectera, compilera, classera les informations en supprimant les doublons et les diffusera aux utilisateurs finaux. La plateforme deviendra progressivement accessible aux établissements de santé publique nationaux dans les États Membres, mais elle n'a pas pour vocation d'être un outil de notification officielle au titre du Règlement. Elle contribuera à l'élaboration d'un système mondial intégré d'alerte et d'action en cas d'urgence de santé publique, qui répond aux exigences concernant les principales capacités prévues par le Règlement.

21. Le Secrétariat renforcera son rôle d'administration des groupes consultatifs d'experts établis pour faciliter l'application et la mise en œuvre du Règlement, et le respect des obligations découlant de celui-ci, à savoir la Liste d'experts des Comités d'urgence et d'examen, le Groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie du risque amaril et le Groupe consultatif ad hoc de l'OMS sur la désinsectisation des aéronefs pour lutter contre la propagation internationale des maladies à transmission vectorielle. Les experts appelés à faire partie des groupes consultatifs techniques seront choisis conformément au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts.¹

22. Un élément essentiel pour le fonctionnement optimal du système mondial d'alerte et d'action est le respect, par les États Parties, des prescriptions du Règlement relatives aux mesures sanitaires supplémentaires prises en réponse aux risques de santé publique ou aux urgences de santé publique de portée internationale. Le terme « mesure sanitaire » est défini à l'article 1 du Règlement.² Le Secrétariat, conformément aux dispositions de l'article 43 du Règlement (Mesures sanitaires supplémentaires), communique aux autres États Parties les informations concernant les mesures sanitaires supplémentaires appliquées par les États Parties. Il recueillera systématiquement les informations sur les mesures supplémentaires, et, concernant celles qui entravent de manière importante le trafic international, fournira aux autres États Parties, en application de l'article 43, les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui les justifient, que lui auront communiquées les États Parties appliquant ces mesures.

23. Le Secrétariat de l'OMS continuera à recenser, à suivre et à notifier les mesures sanitaires supplémentaires mises en œuvre par les États Parties, en collaboration avec des partenaires tels que l'Organisation de l'aviation civile internationale et l'Association du transport aérien international. Dans le cadre de ce processus, le Secrétariat :

¹ Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-fr.pdf>, consulté le 2 mars 2018).

² Selon l'article 1 du Règlement, une « mesure sanitaire » s'entend des moyens utilisés pour prévenir la propagation des maladies ou la contamination ; une mesure sanitaire ne comprend pas des mesures d'application de la loi ni de sécurité.

- a) continuera de publier sur son site Web les mesures sanitaires requises en réponse à des risques particuliers pour la santé publique et les recommandations temporaires associées aux urgences de santé publique de portée internationale ;
- b) recueillera de manière systématique des informations sur les mesures sanitaires supplémentaires prises par les États Parties qui sont susceptibles d'entraver le trafic international, et publiera l'ensemble des mesures de santé publique sur son site Web, en indiquant les sources d'information ;
- c) demandera aux États Parties de fournir les raisons de santé publique et les informations scientifiques justifiant l'application de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante¹ le trafic international, au sens de l'article 43 du Règlement, et favorisera un dialogue structuré avec les États Parties appliquant des mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante le trafic international, au sens de l'article 43 du Règlement, moyennant l'application de modes opératoires normalisés ;
- d) diffusera, sur le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI (protégé par un mot de passe), les raisons de santé publique et les informations scientifiques fournies par les États Parties appliquant des mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante le trafic international, au sens de l'article 43 du Règlement ; et
- e) présentera à l'Assemblée de la Santé un rapport sur les mesures sanitaires supplémentaires entravant de manière importante le trafic international qui ont été prises par les États Parties, dans le cadre des rapports que le Directeur général soumet régulièrement sur l'application et la mise en œuvre du Règlement.

24. L'OMS entretiendra des contacts réguliers avec l'Organisation mondiale du commerce afin de mettre au point un mécanisme permettant de traiter les questions liées au commerce durant les urgences de santé publique de portée internationale. En outre, le Directeur général continuera à s'acquitter des mandats afférents au règlement des différends tels qu'ils sont énoncés dans l'article 56 du Règlement.

25. Le Secrétariat fera plus d'efforts pour déterminer dans quelle mesure les États Parties respectent les prescriptions du Règlement et pour les inciter à mieux les respecter. Suivant une approche stratégique et plus systématique pour préciser les éléments clés de la conformité au Règlement, le Secrétariat définira plus clairement les mesures d'incitation que l'on peut utiliser pour que les États Parties continuent à respecter les prescriptions et élaborera des modes opératoires normalisés pour attirer l'attention des autorités responsables sur les cas de non-respect. Parmi ceux-ci figurent notamment une plus grande transparence dans l'échange d'informations, la pression exercée par les pairs et l'encouragement au dialogue entre les États Parties.

Pilier 3. Mesurer les progrès et promouvoir l'obligation de rendre compte

26. Pour la préparation et la riposte en santé mondiale, il est important d'assurer un suivi régulier des progrès accomplis, à la fois dans l'établissement et le maintien par les États Parties des principales capacités définies à l'annexe 1 du Règlement, et dans la capacité du Secrétariat de parer et de réagir à la propagation internationale des maladies et aux risques de santé publique susceptibles de se propager à l'échelle internationale.

¹ « Entrave importante s'entend généralement du refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés, ou du report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ » (article 43.3 du Règlement sanitaire international (2005)).

27. Selon l'article 54.1 du Règlement, les « États Parties et le Directeur général font rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du présent Règlement selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé ». Ces rapports comprennent le suivi de la mise en place des principales capacités définies à l'annexe 1 du Règlement. La fréquence annuelle de la présentation de rapports à l'Assemblée de la Santé a été déterminée par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2008.¹ Depuis 2010, le Secrétariat propose un outil d'autoévaluation, axé sur les principales capacités, à utiliser par les États Parties afin de s'acquitter de leur obligation de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé. Un aperçu chronologique du suivi de l'application du Règlement est présenté à l'appendice 2.

28. Le Secrétariat continuera à proposer aux États Parties l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels² adopté en 2010. Le Secrétariat révisé actuellement cet outil et sa version révisée sera proposée aux États Parties, par l'intermédiaire des organes directeurs, pour la présentation des rapports annuels à l'avenir. L'outil d'autoévaluation restera l'instrument utilisé par les États Parties pour s'acquitter de leur obligation de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé.

29. Conformément à la résolution WHA68.5 (2015) sur les recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, y compris la recommandation selon laquelle le Secrétariat devrait mettre au point des options « permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants », le plan propose trois instruments supplémentaires et volontaires pour compléter l'évaluation et le suivi des principales capacités requises en vertu du Règlement. Parmi ces instruments figurent des évaluations extérieures conjointes volontaires, des exercices de simulation et des examens a posteriori. Le Secrétariat a élaboré les outils techniques correspondants et il les révisera et les adaptera à la lumière de l'expérience. Les résultats des différents processus de suivi et d'évaluation serviront à élaborer les plans d'action nationaux pour la préparation et l'action de santé publique. Toutefois, le soutien général apporté par le Secrétariat aux États Membres en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'action nationaux n'est pas subordonné à la réalisation de ces évaluations volontaires.

30. Les évaluations extérieures conjointes volontaires permettent aux États Membres de mieux cerner les points forts et les points faibles de leurs systèmes de santé nationaux pour ce qui est de la préparation aux urgences de santé publique et de la riposte. Elles prennent la forme d'un dialogue entre experts nationaux et experts extérieurs sur la base de l'examen conjoint de l'autoévaluation faite par le pays par rapport à l'évaluation faite par les experts extérieurs. Le choix des experts qui formeront l'équipe d'évaluation et de la méthode d'évaluation feront l'objet d'un accord préalable avec le pays qui a volontairement demandé l'évaluation extérieure. Un score convenu d'un commun accord sera ensuite déterminé. L'outil d'évaluation extérieure conjointe, mis au point par le Secrétariat avec l'aide d'experts extérieurs, permet d'évaluer 19 domaines techniques et est disponible sur le site Web de l'OMS.³ Il est utilisé dans le cadre des évaluations extérieures conjointes. L'outil sera revu sur la base de l'expérience acquise par les pays qui se sont volontairement prêtés à l'évaluation.

¹ Résolution WHA61.2 (2008).

² Règlement sanitaire international (2005) : Outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (document WHO/WHE/CPI/2018.16 ; <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2018.16/en/>, consulté le 10 mai 2018).

³ OMS. Cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) : outil d'évaluation extérieure conjointe. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/fr/, consulté le 2 mars 2018).

31. Deux autres instruments supplémentaires ont été mis au point par le Secrétariat pour aider les pays à évaluer le fonctionnement de leurs capacités nationales de préparation et d'action de santé publique. L'utilisation de ces deux instruments est volontaire et suppose la participation d'experts extérieurs. Ils comprennent deux éléments : a) des exercices de simulation, pour tester le fonctionnement réel des dispositifs d'alerte et de riposte, en particulier pour ce qui est de l'échange d'informations, de la communication, de la coordination générale, de la mobilisation des capacités et de la rapidité de la riposte – des lignes directrices spécifiques ont été élaborées par l'OMS pour les exercices de simulation ;¹ et b) un examen a posteriori, pour évaluer la riposte effective à une urgence de santé publique passée afin d'en tirer des enseignements et de mettre en évidence les possibilités d'amélioration. Le Secrétariat apporte la touche finale à un guide pour l'examen a posteriori, qui fait actuellement l'objet d'essais dans des États Membres volontaires.

32. Le plan stratégique mondial définit les résultats attendus et un calendrier pour mesurer les progrès accomplis aux niveaux régional et mondial (voir l'appendice 3). La plupart des Régions de l'OMS disposent déjà de stratégies et de cadres qui seront pris en compte lors de la mise en œuvre et du suivi du plan.

33. En mai 2016, le Directeur général a établi le Comité consultatif indépendant de surveillance du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.² Les principales fonctions du Comité consistent notamment à évaluer la performance des principales fonctions du Programme dans les situations d'urgence sanitaire ; à déterminer si le financement et les ressources dont dispose le Programme sont appropriés et adaptés ; à conseiller le Directeur général ; et à faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Directeur général et du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme. Étant donné que le plan stratégique mondial quinquennal est destiné à faire partie intégrante du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, une fois adopté il fera aussi l'objet d'un examen et d'un suivi réguliers par le Comité consultatif indépendant de surveillance.

34. Les résultats attendus, le calendrier et les indicateurs qui composent le cadre de suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal sont présentés à l'appendice 3.

¹ OMS. Manuel OMS d'exercices de simulation. Un guide pratique, ainsi qu'un outil pour la planification, la réalisation et l'évaluation d'exercices de simulation pour la préparation et l'action en cas de flambées et d'urgences de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017, document WHO/WHE/CPI/2017.10 (<http://who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/>, consulté le 2 mars 2018).

² Pour plus d'informations, voir http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/ (consulté le 2 mars 2018).

Appendice 1

Principes directeurs pour le plan stratégique mondial quinquennal

Le présent appendice expose les principes directeurs qui figuraient dans le document A70/16 et ont été révisés à la suite des observations et suggestions formulées lors des discussions qui ont eu lieu aux sessions des comités régionaux de l'OMS en 2017, de la consultation ultérieure sur le Web et de la réunion des États Membres (Genève, 8 novembre 2017). Le plan vise à renforcer les capacités du Secrétariat comme des États Membres pour garantir l'application du Règlement sanitaire international (2005) et améliorer ainsi constamment la préparation et l'action de santé publique. Les principes directeurs sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau. Principes directeurs du plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique¹

Principe directeur	Informations détaillées
1. Consultation	Processus de consultation de mai à novembre 2017 par la voie des comités régionaux, d'une consultation en ligne et d'une consultation formelle avec les États Membres, par l'intermédiaire des points focaux des missions permanentes à Genève, suivi d'un débat entre les États Membres lors de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif et d'un nouvel examen par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018.
2. Prise en main par les pays et leadership national	Les gouvernements ont la responsabilité première d'acquérir et de maintenir les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé, aux niveaux national et infranational, en tenant compte du contexte national dans les domaines social, économique et politique, et dans les domaines de la santé et de la sécurité sanitaire.
3. Leadership et gouvernance de l'OMS	Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dirigera le processus d'élaboration et de mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal. Le Directeur général fera rapport sur les progrès accomplis aux organes directeurs, dans le cadre des rapports qu'il soumet régulièrement sur l'application et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).
4. Partenariats élargis	De nombreux États Parties ont besoin d'un soutien technique pour l'évaluation, l'acquisition et le maintien des principales capacités requises en vertu du Règlement en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé. De nombreux partenaires mondiaux soutiennent les pays dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, de la préparation et de l'action en santé publique. Conformément à la décision de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ² l'OMS est appelée à coopérer et à coordonner ses activités, le cas échéant, et entre autres, avec les organisations et organismes suivants : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Association du transport aérien international, Agence internationale de l'énergie atomique, Organisation de l'aviation civile internationale, Organisation internationale du travail, Organisation maritime internationale, Comité international de la Croix-Rouge, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Fédération internationale des armateurs et Organisation mondiale de la santé

¹ Sur la base de l'annexe 2 du document A70/16.

² Résolution WHA58.3 (2005).

Principe directeur	Informations détaillées
	animale. L'OMS coopérera et coordonnera également ses activités, le cas échéant, avec les organisations politiques et économiques régionales (Union africaine, Association des nations de l'Asie du Sud-Est, Union européenne, Communauté de développement de l'Afrique australe et Communauté du Pacifique, notamment). La coopération avec d'autres acteurs non étatiques et associations industrielles concernés sera également envisagée conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. ¹
5. Approche intersectorielle	Faire face aux risques, aux événements et aux urgences de santé publique nécessite une approche multisectorielle et coordonnée (par exemple avec les secteurs de l'agriculture, des transports, du tourisme et de la finance). De nombreux pays disposent déjà de structures ou de mécanismes de coordination dans le domaine de la santé, tels que l'approche « Un monde, une santé ». Le plan stratégique mondial quinquennal fournira des orientations stratégiques en vue de la planification pour la préparation et l'action de santé publique dans différents secteurs.
6. Intégration avec le système de santé	Suite à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, la sécurité sanitaire et la résilience des systèmes de santé figurent désormais parmi les priorités de développement. Considérer les principales capacités indiquées à l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005) comme des fonctions essentielles de santé publique aura pour effet que la sécurité sanitaire et les systèmes de santé se renforceront mutuellement, ce qui rendra les systèmes de santé résilients.
7. Participation communautaire	Une préparation effective en santé publique ne peut être obtenue que grâce à la participation active des gouvernements locaux, des organisations de la société civile, des dirigeants locaux et de chaque citoyen. Les communautés doivent s'approprier le processus de préparation et renforcer celle-ci pour faire face aux situations d'urgence qui vont des événements d'envergure locale ou nationale aux pandémies et aux catastrophes.
8. Accent sur les pays où les risques de situations d'urgence et de flambées sont les plus élevés	Si le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire apporte effectivement un soutien à tous les pays dans la préparation et la riposte aux risques, événements et urgences de santé publique, l'accent sera mis initialement sur un ensemble de pays qui ont été reconnus par le Programme comme étant en situation de vulnérabilité. Pour la préparation aux situations d'urgence sanitaire, le soutien du Secrétariat aux pays sera conforme aux priorités définies par le treizième programme général de travail, 2019-2023. ²
9. Intégration régionale	S'appuyant sur le plan stratégique mondial quinquennal, les bureaux régionaux envisageront d'élaborer des plans opérationnels régionaux, en tenant compte des rôles exercés aux trois niveaux de l'OMS et des cadres et mécanismes régionaux qui existent déjà, tels que : le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région ; ³ la Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 – stratégie adoptée par le Comité régional de l'Afrique ; ⁴ la Stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes et la gestion des

¹ OMS. Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, adopté dans la résolution WHA69.10 (2016). Voir le document WHA69/2016/REC/1, annexe 1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf#page=1, consulté le 2 mars 2018).

² Document A71/4.

³ Adopté dans la résolution CSP29.R2 (2017).

⁴ Adoptée dans la résolution AFR/RC66/R3 (2016).

Principe directeur	Informations détaillées
	urgences de santé publique – cadre stratégique commun pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ; ¹ Santé 2020 – cadre politique et stratégie pour la Région européenne ; ² la Commission d'évaluation régionale du Règlement sanitaire international (2005) mise en place par le Comité régional de la Méditerranée orientale ; ³ et d'autres approches régionales ; et en privilégiant les approches collectives pour mettre en place les principales capacités requises en vertu du Règlement.
10. Financement intérieur	Pour parvenir à une viabilité à long terme, la budgétisation et le financement des principales capacités requises en vertu du Règlement en tant que fonctions essentielles de santé publique doivent faire appel, dans la mesure du possible, aux ressources nationales. Le Secrétariat collaborera avec les États Membres afin d'encourager l'allocation de ressources financières intérieures pour acquérir et assurer durablement les fonctions de santé publique essentielles dans le cadre des mécanismes nationaux de planification et de financement existants. Dans les États Membres qui ont besoin de ressources externes importantes, le Secrétariat fournira un soutien pour le renforcement des mécanismes institutionnels de coordination de la coopération internationale, sur la base des principes d'une coopération efficace au service du développement (la prise en main par les pays, l'accent mis sur les résultats, les partenariats inclusifs, la transparence et la redevabilité). ⁴
11. Lien entre le plan stratégique mondial quinquennal et les obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	Le plan stratégique mondial quinquennal propose des orientations stratégiques pour les obligations que le Règlement impose aux États Parties et au Secrétariat, ainsi que pour les aspects techniques et opérationnels volontaires qui ne constituent pas une obligation en vertu du Règlement.
12. Priorité accordée aux résultats, y compris le suivi et la redevabilité	Le plan stratégique mondial quinquennal a son propre cadre de suivi, comprenant des indicateurs et un calendrier. Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan stratégique sont présentés à l'appendice 3.

¹ Adoptée dans la résolution WPR/RC67.R6 (2016).

² Adoptés dans la résolution EUR/RC62/R4 (2012).

³ Résolution EM/RC62/R.3 (2015).

⁴ Global Partnership for Effective Development Co-operation – principes (<http://effectivecooperation.org/about/principles/>, consulté le 2 mars 2018).

Appendice 2

Aperçu chronologique du suivi des progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005)

1. En vertu de l'article 54.1 du Règlement sanitaire international, « les États Parties et le Directeur général font rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du présent Règlement selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé » ; cette obligation englobe aussi implicitement le suivi de la mise en place des principales capacités. En 2008, dans la résolution WHA61.2, l'Assemblée de la Santé a décidé que « les États Parties et le Directeur général fer[ai]ent rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement ». L'Assemblée de la Santé a aussi prié le Directeur général « de soumettre tous les ans à l'Assemblée de la Santé pour examen un rapport unique, comprenant les informations fournies par les États Parties et des informations sur les activités du Secrétariat ». En 2008 et 2009, un questionnaire, portant essentiellement sur le processus de notification par les États Membres quant à la mise en place et au fonctionnement des points focaux nationaux RSI, a été envoyé par le Secrétariat aux États Parties.¹

2. En 2010, le Secrétariat a élaboré et communiqué aux États Membres un cadre de suivi des principales capacités,² avec un questionnaire sur l'état d'avancement de l'application du Règlement à remplir par chaque État Partie sur une base volontaire. Le cadre comportait une liste de contrôle et 20 indicateurs sur l'état d'avancement de huit capacités principales, sur les capacités aux points d'entrée ainsi que sur quatre risques spécifiques visés par le Règlement, en particulier de caractère biologique (zoonoses, événements liés à la sécurité sanitaire des aliments et autres risques infectieux), chimique, radiologique et nucléaire. L'outil d'autoévaluation, rempli et soumis chaque année par les États Parties au Secrétariat (de 2010 à 2017), a constitué le fondement de la rédaction du rapport du Secrétariat sur l'application du Règlement qui a été présenté à l'Assemblée de la Santé. Les résultats spécifiques des États Parties en ce qui concerne le degré de mise en place de chacune des principales capacités figuraient dans le rapport annuel du Secrétariat sur l'application du Règlement sanitaire international présenté à l'Assemblée de la Santé de 2013 à 2015.³ À partir de 2015, ces résultats ont été mis à disposition en ligne sur le site Web de l'Observatoire mondial de la santé.⁴

3. En 2015, le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI a recommandé au Secrétariat de mettre au point « des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants ». ⁵ Dans la résolution WHA68.5 (2015), l'Assemblée de la Santé invitait instamment les États Membres à appuyer la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen et priait le Directeur général de présenter un rapport de situation à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen. Le Secrétariat a par la suite élaboré une note de synthèse

¹ Voir les documents A62/6 et A63/5.

² Règlement sanitaire international – Cadre de suivi de la mise en place des principales capacités : Liste de contrôle et indicateurs pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États Parties. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<https://extranet.who.int/ihrportal/Presentation/PublicReports/French/Checklist%20and%20Indicators%20for%20Monitoring%20Progress%20FRENCH.pdf>, consulté le 2 mars 2018).

³ Documents A64/9, A65/17, A66/16, A66/16 Add.1, A67/35, A67/35 Add.1 et A68/22.

⁴ Global Health Observatory data: International Health Regulations (2005) Monitoring Framework (<http://www.who.int/gho/ihr>, consulté le 2 mars 2018).

⁵ Voir le document WHA68/2015/REC/1, annexe 2.

présentant une nouvelle approche en matière de suivi et d'évaluation des principales capacités requises en vertu du Règlement.¹ La note de synthèse a été examinée par les comités régionaux en 2015, et un cadre révisé de suivi et d'évaluation a été présenté à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016, qui en a pris note.

¹ Mise en place, suivi et évaluation des principales capacités fonctionnelles requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Note de synthèse (http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/, consulté le 2 mars 2018).

Appendice 3

Résultats attendus, calendrier et indicateurs pour suivre la mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal, 2018-2023

Piliers et objectifs du plan stratégique mondial quinquennal	Résultats attendus et calendrier	Indicateurs
<p>Pilier 1. Acquérir et maintenir les principales capacités requises des États Parties en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner la priorité au soutien fourni par le Secrétariat aux pays les plus vulnérables dont les capacités sont faibles Mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application du Règlement aux niveaux national, régional et mondial Coupler l'acquisition des principales capacités requises en vertu du Règlement et le renforcement des systèmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre conceptuel pour l'intégration des obligations relatives aux principales capacités imposées par le Règlement dans les systèmes de santé nationaux et les fonctions essentielles de santé publique mis au point d'ici mai 2018, en s'appuyant sur les résultats du forum sur la couverture sanitaire universelle qui s'est tenu à la fin de 2017 Actualisation régulière du portail des partenariats stratégiques de l'OMS pour suivre les progrès et recenser les ressources disponibles Orientations sur la préparation pour les activités transfrontières 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays ayant reçu un soutien chaque année pour l'élaboration ou la mise à jour de leur plan d'action national pour la préparation aux urgences sanitaires
<p>Pilier 2. Renforcer la gestion des événements et le respect des obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités du Secrétariat pour la surveillance des événements, leur gestion et la riposte Soutenir et renforcer encore les points focaux nationaux RSI Faire en sorte que les États Parties respectent mieux leurs obligations en vertu du Règlement Renforcer les capacités techniques du Secrétariat en maintenant en place les groupes consultatifs et techniques d'experts opportuns et en constituant de nouveaux 	<ul style="list-style-type: none"> Veille épidémiologique à partir d'une plateforme en libre accès pour la détection précoce et l'évaluation des risques d'événements de santé publique mise en place d'ici mars 2018, et actualisation annuelle Procédures de coordination mises en place et appliquées avec les partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour les évaluations, la planification de la riposte et la mobilisation d'un soutien aux pays en cas d'événement pouvant avoir une portée internationale Stratégie pour le renforcement des points focaux nationaux RSI établie d'ici octobre 2018 Mécanisme/approche stratégique pour le suivi et l'amélioration du respect par les États Parties des obligations que leur impose le Règlement établi/e par le Secrétariat d'ici juin 2018, et actualisé/e chaque année 	<ul style="list-style-type: none"> Temps moyen entre la survenue d'un événement et sa notification Nombre de partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie mobilisés chaque année pour les interventions d'urgence Nombre de cours de formation à la riposte aux flambées dispensés chaque année par le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie Outil « Go.Data » pour la gestion de la recherche des contacts et la visualisation des chaînes de transmission conçu et mis au point d'ici juin 2018 Nombre de points focaux nationaux RSI participant chaque année aux activités de renforcement des capacités régionales et mondiales

Piliers et objectifs du plan stratégique mondial quinquennal	Résultats attendus et calendrier	Indicateurs
	<ul style="list-style-type: none"> • Modes opératoires normalisés de l'OMS pour le suivi des mesures sanitaires supplémentaires et la notification à l'autorité nationale compétente des cas préoccupants élaborés d'ici février 2018 et transmis aux États Parties, et utilisés systématiquement en cas d'urgence de santé publique • Maintien et mise à jour régulière du répertoire en ligne des mesures sanitaires préconisées par l'OMS pour les risques de santé publique et des recommandations temporaires pour les urgences de santé publique de portée internationale • Rapport annuel du Directeur général sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) contenant des informations sur les mesures sanitaires supplémentaires prises par les États Parties au titre de l'article 43 du Règlement, à compter de 2018 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de modules sur l'application du Règlement pour les points focaux nationaux RSI élaborés et utilisés chaque année sur la plateforme de formation à la sécurité sanitaire • Nombre de Comités d'urgence du RSI convoqués • Pourcentage des États Parties ayant proposé un expert désigné par l'État pour figurer sur la Liste des experts du RSI • Nombre de pays ayant appliqué des mesures sanitaires supplémentaires non conformes à l'article 43 du Règlement • Répertoire des informations sur les raisons et les informations scientifiques fournies par les États Parties concernant les mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante le trafic international, régulièrement accessible sur le site Web de l'OMS via le système d'information sur les événements, et faisant l'objet d'un examen annuel • Nombre de réunions des groupes consultatifs et techniques d'experts tenues chaque année

Piliers et objectifs du plan stratégique mondial quinquennal	Résultats attendus et calendrier	Indicateurs
<p>Pilier 3. Mesurer les progrès et promouvoir l'obligation de rendre compte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le Secrétariat, poursuivre et renforcer encore l'application du principe de responsabilité moyennant la présentation régulière à l'Assemblée de la Santé de rapports annuels sur les progrès accomplis • Pour les États Parties, continuer à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement en utilisant l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports • Pour le Secrétariat, apporter un soutien technique aux bureaux régionaux et aux États Parties souhaitant utiliser les instruments volontaires de suivi et d'évaluation de l'application du Règlement 	<ul style="list-style-type: none"> • Outil annuel d'autoévaluation révisé proposé aux États Parties d'ici juin 2018 • Outil annuel d'autoévaluation utilisé par les États Parties pour faire rapport chaque année sur l'état d'avancement de l'application du Règlement • Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal soumis à l'Assemblée de la Santé chaque année, à compter de 2019, dans le cadre du rapport de situation présenté tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui année après année améliorent leur score pour ce qui est des principales capacités requises en vertu du Règlement • Nombre de pays bénéficiant chaque année d'un soutien du Secrétariat pour l'évaluation de leurs capacités à l'aide des instruments volontaires de suivi et d'évaluation

ANNEXE 8

INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRÉTARIAT LES RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

Résolution WHA71.2 Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera. Secteur de programme : 2. Maladies non transmissibles Réalisation : 2.1 Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque Produits : 2.1.1 Accélération de l'élaboration et de l'application de politiques et de plans multisectoriels nationaux pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2.1.2 Capacité donnée aux pays d'appliquer des stratégies visant à réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool), y compris les déterminants sociaux sous-jacents 2.1.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la couverture sanitaire pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des affections respiratoires chroniques et la gestion de leurs facteurs de risque, y compris dans les situations de crise et d'urgence
2.	En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution : Huit ans : l'ensemble des activités mentionnées dans la résolution seront exécutées au cours des exercices 2020-2021, 2022-2023 et 2024-2025.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$: US \$179 millions (2018-2019)
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Une somme de US \$179 millions était déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : par conséquent, il n'y a aucune dépense supplémentaire.
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Sans objet
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Dépenses identiques à celles prévues dans le budget programme 2018-2019.

<p>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Budget programme 2022-2023 : dépenses identiques à celles prévues dans le budget programme 2018-2019 Budget programme 2024-2025 : dépenses identiques à celles prévues dans le budget programme 2018-2019</p>
<p>5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$82 millions (46 % de la somme de US \$179 millions) – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$97 millions (US \$179 millions moins US \$82 millions) – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$97 millions

<p>Résolution WHA71.3 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose</p>
<p>A. Lien avec le budget programme</p>
<p>1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera. Secteur de programme : 1.2 Tuberculose Réalisation : 1.2 Accès universel à des soins antituberculeux de qualité conformément à la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose Produits : 1.2.1 Adaptation et mise en œuvre mondiales de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, conformément à la résolution WHA67.1 (2014) 1.2.2 Mise à jour des lignes directrices politiques et outils techniques à l'appui de l'application de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose afin d'atteindre les cibles en matière de prévention, de soins et de lutte après 2015 couvrant les trois piliers : 1) soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; 2) politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et 3) intensification de la recherche et de l'innovation</p>
<p>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet</p>
<p>3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Les activités que cette résolution appelle à mener sont déjà abordées dans le budget programme 2018-2019, y compris les orientations normatives et stratégiques, la coopération technique, le suivi et l'évaluation, la stratégie de recherche et les efforts de promotion, ainsi que les efforts de coordination avec les autres organisations du système des Nations Unies et les autres parties prenantes. Le budget disponible devrait permettre d'organiser de nouvelles consultations avec les parties prenantes et d'entreprendre une coopération technique pour soutenir l'action entreprise, y compris la responsabilisation de toutes les parties prenantes – acteurs gouvernementaux et non étatiques – aux niveaux national, régional et mondial.</p>
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution : Six ans (2018-2023)</p>

B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$: Pour 2018-2019 : US \$123,9 millions, comme indiqué dans le budget programme 2018-2019. Pour les exercices suivants, ces dépenses seront évaluées et confirmées lors de l'élaboration du budget programme correspondant.
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$123,9 millions (dépenses prévues pour la lutte contre la tuberculose dans le budget programme 2018-2019)
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Aucune dépense supplémentaire n'est attendue pour l'exercice en cours.
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Cette résolution appelle à intensifier les activités de lutte contre la tuberculose par rapport aux moyens mis en œuvre actuellement, et nécessitera une hausse d'au moins 4 % des dépenses prévues dans le budget programme 2018-2019. Ces estimations seront affinées et confirmées lors de l'élaboration du budget programme 2020-2021.
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: L'intensification de l'action menée contre la tuberculose en 2020-2021 devrait se poursuivre et nécessitera une hausse d'au moins 4 % des dépenses prévues dans le budget programme 2020-2021. Il faudra en tenir compte dans les ressources prévues au titre des futurs budgets programmes.
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$75 millions – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$49 millions – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$30 millions

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	25,0	11,3	0,95	5,3	5,75	3,3	7,4	59,0
	Activités	10,7	21,1	0,95	12,5	5,75	4,9	9,0	64,9
	Total	35,7	32,4	1,9	17,8	11,5	8,2	16,4	123,9
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	26,0	11,8	1,0	5,5	6,0	3,4	7,7	61,4
	Activités	11,1	21,9	1,0	13,0	6,0	5,1	9,4	67,5
	Total	37,1	33,7	2,0	18,5	12,0	8,5	17,1	128,9
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	27,0	12,2	1,03	5,8	6,2	3,5	8,0	63,8 ^a
	Activités	11,6	22,8	1,03	13,5	6,2	5,3	9,7	70,2 ^a
	Total	38,6	35,0	2,06	19,3	12,4	8,8	17,7	134,0

^a Certains totaux sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA71.4 Choléra : prévention et lutte	
A. Lien avec le budget programme	
1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.	<p>Secteur de programme : E.1 Gestion des risques infectieux</p> <p>Réalisation : E.1 Tous les pays sont dotés de moyens d'atténuer les risques infectieux majeurs</p> <p>Produit : E.1.1. Stratégies de lutte, plans et capacités mis en place contre des maladies telles que le choléra, la fièvre hémorragique virale, la méningite et la grippe, et les maladies provoquées par des agents pathogènes à support vectoriel, émergents et réémergents</p>
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?	Sans objet
3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :	Conformément au projet de résolution, les activités supplémentaires pendant l'exercice 2018-2019 comprennent le renforcement, à l'OMS, du secrétariat du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra par le recrutement de personnel supplémentaire, et le renforcement de la capacité d'aider les pays à développer leur potentiel de mise en œuvre et de suivi de plans multisectoriels de lutte anticholérique par l'organisation d'ateliers dans les pays et par le recrutement d'experts techniques qui seront basés dans au moins quatre pays touchés par la maladie.
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :	La résolution est alignée sur les délais prévus dans la feuille de route pour en finir avec le choléra (Ending cholera: a global roadmap to 2030), qui fixe pour objectif de réduire de 90 % d'ici à 2030 le nombre des décès par choléra.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:	Dépenses estimées à US \$121 millions de 2018 à 2030, avec une augmentation prévue de la dotation en personnel et des activités dans les pays pour appuyer la mise en œuvre de l'ensemble de la feuille de route dans les pays.
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	US \$7,93 millions
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:	US \$19,69 millions pour l'exercice 2020-2021
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:	US \$10,43 millions par an, montant correspondant à une augmentation de 20 % des effectifs et des activités nécessaires dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale jusqu'en 2030.
5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:	<ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : Montant de US \$4,10 millions disponible au titre du plan de travail contre le choléra pour 2018-2019 du budget programme du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$3,83 millions – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 0

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	3,87	1,00	0,25	0,20	s. o.	0,40	s. o.	5,72
	Activités	1,06	0,79	0,00	0,18	s. o.	0,18	s. o.	2,21
	Total	4,93	1,79	0,25	0,38	s. o.	0,58	s. o.	7,93
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	5,09	4,00	0,50	0,80	s. o.	1,20	s. o.	11,60
	Activités	1,70	3,56	0,53	0,57	s. o.	1,70	s. o.	8,09
	Total	6,79	7,56	1,03	1,37	s. o.	2,90	s. o.	19,69
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	5,09	6,00	0,50	0,96	s. o.	1,44	s. o.	13,99
	Activités	1,93	2,68	0,39	0,68	s. o.	1,19	s. o.	6,87
	Total	7,02	8,68	0,89	1,64	s. o.	2,63	s. o.	20,86

s. o. : sans objet

Résolution WHA71.5 Faire face à la charge de mortalité et de morbidité due aux envenimations par morsures de serpents

A. Lien avec le budget programme

1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.

Secteurs de programme :

1.4 Maladies tropicales négligées

4.3 Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires

Réalisations :

1.4 Élargissement et maintien de l'accès aux interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées

4.3 Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies

Produits :

1.4.2 La mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées sont facilités par des directives techniques fondées sur des bases factuelles et la fourniture d'un appui technique

4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux

4.3.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des médicaments et des autres technologies sanitaires par des normes, des critères et des lignes directrices, par le renforcement des systèmes de réglementation, et par la préqualification

2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?

Sans objet

<p>3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :</p> <p>Bien qu'elles n'aient pas été spécifiées lors de l'établissement du budget programme 2018-2019, les prestations prévues contribueront aux produits indiqués ci-dessus. Elles sont présentées ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accélérer les efforts au niveau mondial et coordonner la lutte contre les envenimations par morsures de serpents, en veillant à la qualité, à l'efficacité et à l'innocuité des antivenins et autres traitements, et en privilégiant les interventions à fort impact ; • continuer à offrir un appui technique aux établissements de recherche sur les envenimations par morsures de serpents, notamment les centres collaborateurs de l'OMS, pour pouvoir mieux lutter contre le phénomène en se fondant sur des bases factuelles ; • favoriser les efforts internationaux visant à renforcer la production, la réglementation et le contrôle de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des préparations d'immunoglobuline contre les venins de serpents, et à améliorer pour tous la disponibilité et l'accessibilité d'antivenins sûrs et efficaces à des prix abordables ; • apporter un soutien aux États Membres pour qu'ils renforcent leur capacité à sensibiliser au problème des envenimations par morsures de serpents, à améliorer la prévention et l'accès au traitement, ainsi qu'à réduire et à combattre le phénomène ; • favoriser la coopération technique entre pays comme moyen de renforcer les services de surveillance, de traitement et de réadaptation ; • coopérer, selon qu'il conviendra et conformément à leurs mandats respectifs, avec les institutions internationales, les organisations non gouvernementales, les fondations et les établissements de recherche, afin d'aider directement les pays à forte prévalence qui en font la demande à renforcer leurs activités de prise en charge des cas d'envenimations par morsures de serpents.
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :</p> <p>Aucune date butoir n'est actuellement prévue pour cette résolution, son application faisant partie des activités menées actuellement pour lutter contre les maladies tropicales négligées et les éliminer. Les informations financières présentées ici concernent la période de six ans allant de juillet 2018 à 2023.</p>
<p>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</p>
<p>1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:</p> <p>US \$29,66 millions pour les six premières années</p>
<p>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>0</p>
<p>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>US \$6,33 millions</p>
<p>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:</p> <p>US \$10,63 millions</p>
<p>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:</p> <p>US \$12,70 millions par exercice, plus le coût de l'indexation sur l'inflation</p>
<p>5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 0 – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$6,33 millions – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Aucune actuellement. La mobilisation des fonds sera liée au produit initial des prestations au cours de l'exercice 2018-2019. L'élaboration du plan d'action contre les envenimations par morsures de serpents et l'organisation de la réunion des parties prenantes correspondante devraient permettre de mobiliser des contributions volontaires de donateurs représentant au moins 50 % du budget pour l'exercice.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	1,32	0,15	0,13	0,12	0,07	0,12	0,14	2,05
	Activités	2,53	0,55	0,23	0,31	0,16	0,24	0,26	4,28
	Total	3,85	0,70	0,36	0,43	0,23	0,36	0,40	6,33
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	1,98	1,04	0,69	0,83	0,33	0,63	0,70	6,20
	Activités	2,85	0,47	0,21	0,28	0,16	0,22	0,24	4,43
	Total	4,83	1,51	0,90	1,11	0,49	0,85	0,94	10,63
Futurs exercices Dépenses à prévoir	Personnel	3,26	1,08	0,96	0,86	0,50	0,87	0,98	8,51
	Activités	2,55	0,49	0,22	0,29	0,16	0,23	0,25	4,19
	Total	5,81	1,57	1,18	1,15	0,66	1,10	1,23	12,70

Résolution WHA71.6 Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030**A. Lien avec le budget programme**

- Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.**
Secteur de programme : 2.1 Maladies non transmissibles
Réalisation : 2.1 Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque
Produits :
2.1.1 Accélération de l'élaboration et de l'application de politiques et de plans multisectoriels nationaux pour la lutte contre les maladies non transmissibles
2.1.2 Capacité donnée aux pays d'appliquer des stratégies visant à réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool), y compris les déterminants sociaux sous-jacents
2.1.4 Mise en place d'un cadre de suivi pour faire rapport sur les progrès accomplis au regard des engagements contenus dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?**
Sans objet
- Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :**
Néant
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :**
Huit ans

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:	US \$30,3 millions
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	US \$9,4 millions
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:	US \$8,1 millions
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:	2022-2023 : US \$6,4 millions 2024-2025 : US \$6,4 millions
5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:	
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :	0
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	US \$9,4 millions
– Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	0

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région					Total	
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale		Pacifique occidental
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,2	0,8	0,8	0,6	0,7	0,6	0,7	5,4
	Activités	2,8	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	4,0
	Total	4,0	1,0	1,0	0,8	0,9	0,8	0,9	9,4
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Activités	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	1,2	0,8	0,8	0,6	0,7	0,6	0,7	5,4
	Activités	1,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2,7
	Total	2,7	1,0	1,0	0,8	0,9	0,8	0,9	8,1
Futurs exercices Dépenses à prévoir	Personnel	2,4	1,6	1,6	1,2	1,4	1,2	1,4	10,8
	Activités	0,8	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2,0
	Total	3,2	1,8	1,8	1,4	1,6	1,4	1,6	12,8

Résolution WHA71.7 Santé numérique	
A.	Lien avec le budget programme
1.	<p>Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.</p> <p>Secteurs de programme :</p> <p>2.1 Maladies non transmissibles</p> <p>3.1 Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé</p> <p>Réalisations :</p> <p>2.1 Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque</p> <p>3.1 Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>4.4 Tous les pays sont dotés de systèmes d'information sanitaire, de cybersanté, de recherche, d'éthique et de gestion des connaissances visant à appuyer les priorités sanitaires nationales et fonctionnant correctement</p> <p>Produits :</p> <p>2.1.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la couverture sanitaire pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des affections respiratoires chroniques et la gestion de leurs facteurs de risque, y compris dans les situations de crise et d'urgence</p> <p>2.1.5 Renforcement de la coordination des activités, de la coopération entre plusieurs parties prenantes et de l'action multisectorielle, en collaboration avec les organisations du système des Nations Unies concernées, d'autres organisations intergouvernementales et des acteurs non étatiques, pour aider les gouvernements à tenir leurs engagements en matière de lutte contre les maladies non transmissibles</p> <p>3.1.6 Recherches entreprises et capacités de recherche renforcées en santé sexuelle, reproductive et maternelle, par l'intermédiaire du Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP)</p> <p>4.4.2 Les pays ont acquis la capacité de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie pour la cybersanté</p>
2.	<p>En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?</p> <p>Sans objet</p>
3.	<p>Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :</p> <p>Sans objet</p>
4.	<p>Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :</p> <p>48 mois, dans l'attente d'un nouvel examen</p>
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	<p>Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:</p> <p>US \$32,2 millions</p>
2.a	<p>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>US \$16,1 millions</p>
2.b	<p>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>0</p>
3.	<p>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:</p> <p>US \$16,1 millions</p>

4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Sans objet (dans l'attente d'un nouvel examen)
5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$11,5 millions
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$4,6 millions
– Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Une levée de fonds est en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	3,60	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	6,60
	Activités	5,00	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	9,50
	Total	8,60	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	16,10
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	3,60	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	6,60
	Activités	5,00	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	9,50
	Total	8,60	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	16,10

Résolution WHA71.8 Amélioration de l'accès aux technologies d'assistance
A. Lien avec le budget programme
1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.
Secteur de programme : 2.4 Handicaps et réadaptation
Réalisation : 2.4 Accès accru à des soins oculaires, à des soins auditifs et à des services de réadaptation complets
Produit : 2.4.1 Mise en œuvre, conformément aux priorités nationales, du Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées
Secteur de programme : 3.2 Vieillesse et santé
Réalisation : 3.2 Augmentation de la proportion des personnes pouvant vivre longtemps en bonne santé
Produit : 3.2.1 Moyens donnés aux pays d'élaborer, en se dotant de la capacité nécessaire, des politiques et des stratégies favorisant le vieillissement en bonne santé tout au long de la vie
Secteur de programme : 4.3 Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires
Réalisation : 4.3 Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies
Produit : 4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?
Sans objet

3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Aucune prestation supplémentaire n'est prévue, mais les prestations existantes qui soutiennent la création de réseaux régionaux ou infrarégionaux pour la fabrication, l'achat et la fourniture de technologies d'assistance (notamment l'établissement d'une première version du rapport mondial sur les technologies d'assistance) doivent être mises en œuvre à plus grande échelle et renforcées.
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution : L'application est actuellement prévue jusqu'en 2030. Les activités pourront se poursuivre après cette date, le cas échéant.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$: US \$32,5 millions jusqu'à 2030
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$2,45 millions
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$2,55 millions
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: US \$5,0 millions par exercice
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: US \$5,0 millions par exercice
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$2,45 millions – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$2,55 millions – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$15,0 millions jusqu'en 2030

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,60
	Activités	0,20	0,15	0,05	0,15	0,05	0,20	0,05	0,85
	Total	1,80	0,15	0,05	0,15	0,05	0,20	0,05	2,45
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,25	0,10	0,05	0,10	0,05	0,10	0,05	0,70
	Activités	0,60	0,20	0,10	0,20	0,25	0,25	0,25	1,85
	Total	0,85	0,30	0,15	0,30	0,30	0,35	0,30	2,55
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	1,85	0,10	0,10	0,10	0,05	0,10	0,05	2,35
	Activités	0,65	0,40	0,20	0,40	0,25	0,50	0,25	2,65
	Total	2,50	0,50	0,30	0,50	0,30	0,60	0,30	5,00
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,85	0,10	0,10	0,10	0,05	0,10	0,05	2,35
	Activités	0,65	0,40	0,20	0,40	0,25	0,50	0,25	2,65
	Total	2,50	0,50	0,30	0,50	0,30	0,60	0,30	5,00

Résolution WHA71.9 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera. Secteur de programme : 2.5 Nutrition Réalisation : 2.5 Réduction du risque nutritionnel pour améliorer la santé et le bien-être Produit : 2.5.1 Capacité donnée aux pays d'élaborer des plans d'action pour combattre la malnutrition sous toutes ses formes, d'en suivre la mise en œuvre et d'atteindre les cibles mondiales de 2025 sur la nutrition et les composantes nutritionnelles des objectifs de développement durable
2.	En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution : Quatre ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$: US \$5,1 millions
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$1,7 million
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: 0
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: US \$3,4 millions
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: 0
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$1,3 million – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$0,4 million – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$0,1 million

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	315 500	58 400	52 800	46 000	52 300	59 700	56 400	641 100
	Activités	640 000	100 000	70 000	50 000	50 000	80 000	80 000	1 070 000
	Total	955 500	158 400	122 800	96 000	102 300	139 700	136 400	1 711 100
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	526 500	142 200	129 600	110 000	127 700	126 700	128 800	1 291 500
	Activités	640 000	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	2 140 000
	Total	1 166 500	392 200	379 600	360 000	377 700	376 700	378 800	3 431 500

Résolution WHA71.11 Directeurs généraux adjoints	
Résolution WHA71.12 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels ces résolutions contribueront. Secteur de programme : 6.4 Gestion et administration Réalisation : 6.4 Gestion et administration efficaces, efficientes et cohérentes dans toute l'Organisation Produit : 6.4.2 Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines
2.	En quoi l'examen de ces résolutions se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de ces résolutions : Concernant le projet de résolution 1 , les amendements au Règlement du personnel entreront en vigueur : a) le 1 ^{er} janvier 2018 en ce qui concerne la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur ; et b) le 1 ^{er} février 2018 en ce qui concerne les définitions, l'allocation pour frais d'études des enfants, la prime d'installation, l'allocation de rapatriement, la mobilité, le congé spécial, le congé sans traitement, la démission, la révision administrative et le Comité d'appel mondial. Concernant le projet de résolution 2 , les amendements au Statut du personnel destinés à refléter l'organigramme actuel de l'Organisation entreront en vigueur le 1 ^{er} janvier 2018. Concernant le projet de résolution 3 , les modifications des traitements du personnel hors classes et du Directeur général entreront en vigueur le 1 ^{er} janvier 2018. Il n'y a aucune date définie de fin d'application.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de ces résolutions pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de ces résolutions, en millions de US \$: Les dépenses sont déjà prévues dans le budget programme 2018-2019. En ce qui concerne le paragraphe 1 du projet de résolution 1 et le projet de résolution 3, relatifs aux modifications des traitements du personnel, le coût des traitements est toujours soumis à une certaine variabilité en raison, entre autres facteurs, de l'ajustement de poste, des taux de change et de la situation des différents membres du personnel en termes de personnes à charge et de droits à l'allocation pour frais d'études des enfants. Ces coûts supplémentaires seront donc absorbés dans les fluctuations du budget global alloué aux traitements. Le paragraphe 2 du projet de résolution 1 n'entraîne aucune dépense. En ce qui concerne le projet de résolution 2, les amendements au Statut du personnel n'entraînent aucune dépense en tant que tels. Cependant, les postes supplémentaires dans l'organigramme actuel de l'Organisation seront financés par les allocations budgétaires actuelles.
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Sans objet
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Sans objet
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Sans objet
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Sans objet

<p>5. Ressources disponibles pour financer l'application de ces résolutions lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer les résolutions lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet
--

Résolution WHA71.13 Réforme du programme mondial de stages	
A. Lien avec le budget programme	
1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.	
Secteur de programme : 6.4 Gestion et administration	
Réalisation : 6.4 Gestion et administration efficaces, efficientes et cohérentes dans toute l'Organisation	
Produits :	
6.4.2 Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines	
6.4.1 Bonnes pratiques financières gérées au moyen d'un cadre de contrôle adéquat	
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?	
Sans objet	
3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :	
Sans objet	
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :	
Application immédiate afin d'atteindre, d'ici à 2022, la cible de 50 % des stagiaires acceptés dans le programme venant des pays les moins avancés et des pays à revenu intermédiaire, puis de maintenir ce niveau.	
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:	
US \$11,32 millions	
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	
US \$1,81 million	
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	
0	
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:	
US \$4,43 millions	
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:	
US \$5,08 millions	

5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$0,57 million
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$1,24 million
– Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$0,2 million, et la possibilité pour les unités techniques de couvrir les bourses à l'aide de fonds réservés à leurs activités (pas nécessairement dans le cadre de la catégorie 6).

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,375	0,000	s. o.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,375
	Activités	1,122	0,036	s. o.	0,012	0,143	0,043	0,081	1,437
	Total	1,497	0,036	s. o.	0,012	0,143	0,043	0,081	1,812
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	0,500	0,000	s. o.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,500
	Activités	2,855	0,124	s. o.	0,042	0,487	0,145	0,274	3,927
	Total	3,355	0,124	s. o.	0,042	0,487	0,145	0,274	4,427
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,530	0,000	s. o.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,530
	Activités	3,289	0,145	s. o.	0,049	0,574	0,171	0,323	4,551
	Total	3,819	0,145	s. o.	0,049	0,574	0,171	0,323	5,081

Résolution WHA71.14 Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales

A. Lien avec le budget programme

1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.

Secteur de programme : Maladies transmissibles

Réalisation : 1.4 Élargissement et maintien de l'accès aux interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées

Secteur de programme : Maladies non transmissibles

Réalisation : 2.1 Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque

Secteur de programme : Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Réalisation : 3.1 Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Réalisation : 3.5 Réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé

Secteur de programme : Systèmes de santé

Réalisation : 4.3 Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité, et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies

<p>Produits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produit 1.4.2 La mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées sont facilités par des directives techniques fondées sur des bases factuelles et la fourniture d'un appui technique • Produit 2.1.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la couverture sanitaire pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des affections respiratoires chroniques, et la gestion de leurs facteurs de risque, y compris dans les situations de crise et d'urgence • Produit 3.1.1 Capacité donnée aux pays d'améliorer la santé maternelle au moyen d'un accès encore élargi aux interventions efficaces visant à mettre un terme aux décès maternels évitables avant la grossesse et jusqu'au post-partum et aux décès périnataux (mortinaissances et décès néonataux précoces), privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance, et au moyen d'une amélioration de la qualité de ces interventions • Produit 3.5.2 Élaboration de normes, de critères et de lignes directrices relatifs aux risques et avantages pour la salubrité de l'environnement et la santé des travailleurs associés, par exemple, à la pollution atmosphérique, aux nuisances sonores, aux produits chimiques, aux déchets, à l'eau et à l'assainissement, aux rayonnements, et aux changements climatiques, et appui technique aux niveaux des Régions et des pays pour leur mise en œuvre • Produit 4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux
<p>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?</p> <p>Sans objet</p>
<p>3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :</p> <p>Sans objet</p>
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :</p> <p>Le Secrétariat élaborera au cours de l'exercice 2018-2019 un processus pour définir des cibles appropriées et établir un plan d'action complet. Les autres activités mentionnées dans la résolution seront exécutées au cours des exercices 2020-2021, 2022-2023 et 2024-2025.</p>
<p>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</p>
<p>1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:</p> <p>US \$13,75 millions</p>
<p>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>Une somme de US \$0,05 million était déjà prévue et les dépenses s'élèvent à US \$0,6 million.</p>
<p>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:</p> <p>Sans objet</p>
<p>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer l'ampleur et la nature du problème des cardiopathies rhumatismales selon des cibles convenues, en rendre compte et suivre le déroulement des activités de lutte contre les cardiopathies rhumatismales : <ul style="list-style-type: none"> – personnel de la classe P.3 pour soutenir au Siège le travail sur les cardiopathies rhumatismales : US \$0,45 million. 2. Seconder les États Membres dans la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre les cardiopathies rhumatismales et dans le renforcement des systèmes de santé par l'amélioration de la surveillance épidémiologique, une plus grande disponibilité et une meilleure formation des agents de santé communautaires et des personnels dispensant des soins de santé primaires, et garantir un accès fiable à des outils de prévention et de traitement à des prix abordables : <ul style="list-style-type: none"> – actualisation des directives techniques sur la prévention primaire et secondaire des cardiopathies rhumatismales : US \$0,50 million ; – appui technique aux pays : US \$3,50 millions. <p>Total : US \$4,45 millions</p>

<p>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:</p> <p><u>Exercice 2022-2023</u></p> <p>1. Évaluer l'ampleur et la nature du problème des cardiopathies rhumatismales selon des cibles convenues, en rendre compte et suivre le déroulement des activités de lutte contre les cardiopathies rhumatismales :</p> <ul style="list-style-type: none"> – personnel de la classe P.3 pour soutenir au Siège le travail sur les cardiopathies rhumatismales : US \$0,45 million – activités : US \$0,40 million. <p>2. Seconder les États Membres dans la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre les cardiopathies rhumatismales et dans le renforcement des systèmes de santé par l'amélioration de la surveillance épidémiologique, une plus grande disponibilité et une meilleure formation des agents de santé communautaires et des personnels dispensant des soins de santé primaires, et garantir un accès fiable à des outils de prévention et de traitement à des prix abordables :</p> <ul style="list-style-type: none"> – appui technique aux pays : US \$3,50 millions. <p>Total : US \$4,35 millions</p> <p><u>Exercice 2024-2025</u></p> <p>1. Évaluer l'ampleur et la nature du problème des cardiopathies rhumatismales selon des cibles convenues, en rendre compte et suivre le déroulement des activités de lutte contre les cardiopathies rhumatismales :</p> <ul style="list-style-type: none"> – personnel de la classe P.3 pour soutenir au Siège le travail sur les cardiopathies rhumatismales : US \$0,45 million – activités : US \$0,40 million. <p>2. Seconder les États Membres dans la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre les cardiopathies rhumatismales et dans le renforcement des systèmes de santé par l'amélioration de la surveillance épidémiologique, une plus grande disponibilité et une meilleure formation des agents de santé communautaires et des personnels dispensant des soins de santé primaires, et garantir un accès fiable à des outils de prévention et de traitement à des prix abordables :</p> <ul style="list-style-type: none"> – appui technique aux pays : US \$3,50 millions. <p>Total : US \$4,35 millions</p> <p>Les dépenses supplémentaires totales pour ces deux exercices (US \$8,70 millions) seront prévues dans les projets de budget programme respectifs.</p>
<p>5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : US \$0,05 million – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$0,55 million – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : US \$0,55 million

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,30	–	–	–	–	–	–	0,30
	Activités	0,20	0,10	–	–	–	–	–	0,30
	Total	0,50	0,10	–	–	–	–	–	0,60
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	0,45	0,90	–	–	–	–	0,70	2,05
	Activités	0,50	1,00	–	0,40	–	–	0,50	2,40
	Total	0,95	1,90	–	0,40	–	–	1,20	4,45
Exercices futurs 2022-2023 Dépenses à prévoir	Personnel	0,45	0,90	–	–	–	–	0,70	2,05
	Activités	0,40	1,00	–	0,40	–	–	0,50	2,30
	Total	0,85	1,90	–	0,40	–	–	1,20	4,35
Exercices futurs 2024-2025 Dépenses à prévoir	Personnel	0,45	0,90	–	–	–	–	0,70	2,05
	Activités	0,40	1,00	–	0,40	–	–	0,50	2,30
	Total	0,85	1,90	–	0,40	–	–	1,20	4,35

Résolution WHA71.15 Multilinguisme : respect de l'égalité entre les langues officielles	
A.	Lien avec le budget programme
1.	<p>Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera.</p> <p>Secteurs de programme :</p> <p>4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé</p> <p>6.1 Leadership et gouvernance</p> <p>6.5 Communication stratégique</p> <p>Réalisations :</p> <p>4.4 Tous les pays sont dotés de systèmes d'information sanitaire, de cybersanté, de recherche, d'éthique et de gestion des connaissances visant à appuyer les priorités sanitaires nationales et fonctionnant correctement</p> <p>6.1 Plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS permettant aux différents acteurs de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples de par son rôle de chef de file</p> <p>6.5 Meilleure compréhension des activités de l'OMS par le public et les parties prenantes</p> <p>Produits :</p> <p>4.4.3 L'OMS et les pays ont mis au point et utilisent des politiques, des outils, des réseaux et des ressources pour la gestion du savoir en vue de renforcer leurs capacités à produire, partager et appliquer des connaissances</p> <p>6.1.3 Gouvernance renforcée de l'OMS avec une supervision efficace des sessions des organes directeurs et des ordres du jour efficaces et harmonisés</p> <p>6.5.1 Informations sanitaires exactes, disponibles en temps opportun et accessibles grâce à une plateforme permettant une communication efficace et à des pratiques connexes</p>
2.	<p>En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?</p> <p>Sans objet</p>
3.	<p>Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :</p> <p>Traductions en langue russe, impression et distribution de publications techniques ; contenu du site Web et des revues, numérisation, analyses des citations et glossaires de termes.</p>

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution :
Quatre ans, pour les mesures limitées dans le temps que prévoit la résolution. L'application sera continue pour les services linguistiques permanents de l'Organisation.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1. Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$:
US \$83,94 millions pour les exercices 2018-2019 et 2020-2021
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:
US \$41,60 millions
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:
Sans objet
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:
US \$42,34 millions
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:
US \$42,34 millions
5. Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
US \$40,00 millions
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
US \$1,60 million
– Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
0

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)^a

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	19,73	2,60	3,10	–	3,25	1,43	0,14	30,25
	Activités	8,26	0,03 ^b	2,00	–	0,34 ^b	0,72	–	11,35
	Total	27,99	2,63	5,10	–	3,59	2,15	0,14	41,60
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	20,00	2,60	3,10	–	3,25	1,50	0,14	30,59
	Activités	8,00	0,50	2,00	–	0,50	0,75	–	11,75
	Total	28,00	3,10	5,10	–	3,75	2,25	0,14	42,34
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	20,00	2,60	3,10	–	3,25	1,50	0,14	30,59
	Activités	8,00	0,50	2,00	–	0,50	0,75	–	11,75
	Total	28,00	3,10	5,10	–	3,75	2,25	0,14	42,34

^a Estimation provisoire qui ne tient pas nécessairement compte du coût total de la publication dans les langues officielles dans tous les grands bureaux ou du coût total sur le plan des ressources humaines.

^b Coût des activités pour l'unité des services linguistiques uniquement.

Résolution WHA71.16 Poliomyélite : confinement des poliovirus	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur de programme, réalisation et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette résolution contribuera. Secteur de programme : Éradication de la poliomyélite Réalisation : Plus aucun cas de paralysie dû à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type 2 dans le monde Produit(s) : Les quatre produits
2.	En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? La pleine application de la résolution contribuera à ce que le monde entier soit libéré durablement de la poliomyélite, moyennant l'interruption de la transmission des poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales et le confinement sécurisé des poliovirus en laboratoire.
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la résolution : Durée estimée à quatre ans pour parvenir à la certification mondiale, puis années supplémentaires dans le cadre de la stratégie postcertification (présentée à la Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la résolution, en millions de US \$: La résolution n'entraîne pas de coûts supplémentaires – pour les activités ou le personnel –, les coûts correspondants ayant déjà été prévus et inscrits au budget dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, et ils seront inclus dans la stratégie postcertification.
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Total : US \$0 (personnel : US \$0 ; activités : US \$0), conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus.
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus.
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus.
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus.
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus. – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus. – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet, conformément à ce qui est indiqué à la section B.1 ci-dessus.

Décision WHA71(8) Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et en favoriser l'accès	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette décision contribuera. Secteur de programme : 4.3 Accès aux médicaments et aux autres technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires Réalisation : 4.3 Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité, et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies Produits : 4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux 4.3.3 Amélioration de la qualité et de la sécurité des médicaments et des autres technologies sanitaires par des normes, des critères et des lignes directrices, par le renforcement des systèmes de réglementation, et par la préqualification
2.	En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la décision : 18 mois
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la décision, en millions de US \$: US \$0,6 million
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$0,6 million
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Sans objet
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Sans objet
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Sans objet
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : US \$0,6 million – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 0 – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 0

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région						Total
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
	Activités	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
	Total	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6

Décision WHA71(9)	Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : examen programmatique général
A. Lien avec le budget programme	
1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette décision contribuera.	Secteur de programme : 4.3 Accès aux médicaments et aux autres technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires Réalisation : 4.3 Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité, et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies Produit : 4.3.2 Mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?	Sans objet
3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la décision :	Cinq ans (de 2018 à 2022)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales pour l'application de la décision, en millions de US \$:	US \$31,50 millions pour la période 2018-2022
2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	US \$10,80 millions
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$:	0
3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$:	US \$13,60 millions
4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$:	US \$7,10 millions
5. Ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	US \$3,00 millions
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	US \$7,80 millions
– Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Des discussions sont en cours avec les États Membres pour la mobilisation de ressources supplémentaires.

Décision WHA71(10) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette décision contribuera. Secteurs de programme : 6.1 Leadership et gouvernance 6.4 Gestion et administration Interventions en cas d'épidémies ou de crises Réalisations : 6.1 Plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS permettant aux différents acteurs de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples de par son rôle de chef de file 6.4 Gestion et administration efficaces, efficientes et cohérentes dans toute l'Organisation Interventions en cas d'épidémies ou de crises Produits : 6.1.1 Leadership et gestion efficaces de l'OMS et capacités renforcées du Secrétariat de l'OMS et des États Membres de promouvoir, d'aligner, de coordonner et de mettre en œuvre les efforts en vue de la réalisation des objectifs de développement durable 6.1.2 Collaboration efficace avec les autres organismes des Nations Unies et les acteurs non étatiques en vue de bâtir un programme sanitaire commun correspondant aux priorités des États Membres 6.4.1 Bonnes pratiques financières gérées au moyen d'un cadre de contrôle adéquat 6.4.2 Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines 6.4.3 Fourniture efficace et efficiente d'infrastructures informatiques, de systèmes et d'applications institutionnels et liés à la santé 6.4.4 Fourniture d'un appui opérationnel et logistique, de services d'achats, d'entretien des infrastructures, de gestion des actifs, et maintien d'un environnement sécurisé pour le personnel et les biens de l'OMS Interventions en cas d'épidémies ou de crises
2.	En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la décision : Une année : de juin 2018 à mai 2019
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la décision, en millions de US \$: US \$10,11 millions (personnel : US \$3,86 millions ; activités : US \$6,25 millions)
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Total : US \$8,25 millions (personnel : US \$3,75 millions ; activités : US \$4,50 millions) à absorber dans l'enveloppe existante du budget programme.
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Total : US \$1,86 million
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: Sans objet
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: Sans objet

<p>5. Ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : US \$6 millions – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : La recherche de financements (US \$4,11 millions) se poursuivra sous la forme de contributions volontaires, notamment dans le cadre du plan d'action stratégique pour le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est. – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet
--

<p>Décision WHA71(11) Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages</p>
<p>A. Lien avec le budget programme</p>
<p>1. Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette décision contribuera.</p> <p>Secteurs de programme : E.1 Gestion des risques infectieux ; E.2 Préparation des pays à faire face aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005)</p> <p>Réalisations : E.1 Tous les pays sont dotés de moyens d'atténuer les risques infectieux majeurs ; E.2 Tous les pays évaluent et combler les principales lacunes en matière de préparation aux situations d'urgence sanitaire, notamment en ce qui concerne les principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005), et de capacités de gestion de tous les risques sanitaires en situation d'urgence</p> <p>Produits : E.1.1 Stratégies de lutte, plans et capacités mis en place contre des maladies telles que le choléra, la fièvre hémorragique virale, la méningite et la grippe, et les maladies provoquées par des agents pathogènes à support vectoriel, émergents et réémergents ; E.1.2 Réseaux d'experts mondiaux et mécanismes innovants mis au point pour gérer les risques infectieux majeurs nouveaux ou qui évoluent (par exemple pour la prise en charge clinique, les laboratoires, les sciences sociales et la modélisation de données) ; E.2.2 Principales capacités essentielles concernant la préparation aux situations d'urgence sanitaire, la gestion des risques de catastrophe et le Règlement sanitaire international (2005) renforcées dans tous les pays.</p>
<p>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ?</p> <p>À la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont examiné le rapport du groupe chargé de l'examen de 2016 du Cadre PIP, comme l'exige la section 7.4.2 du Cadre. Suite à l'examen de ce rapport, l'Assemblée de la Santé a adopté la décision WHA70(10), dans laquelle le Directeur général est prié, entre autres dispositions, de faire rapport à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la décision et de formuler des recommandations sur d'éventuelles mesures ultérieures.</p>
<p>3. Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 :</p> <p>Le Secrétariat se propose d'appliquer toutes les mesures relevant de sa compétence d'ici à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé. Certains éléments, comme l'analyse demandée au paragraphe 8.b) de la décision WHA70(10), seront soumis aux États Membres sous la forme de projets pour qu'ils donnent leur avis, avant d'être présentés dans leur version définitive à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.</p>
<p>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la décision :</p> <p>Jusqu'à 18 mois</p>

Décision WHA71(15) Application du Règlement sanitaire international (2005) : plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, 2018-2023	
A. Lien avec le budget programme	
1.	Secteur(s) de programme, réalisation(s) et produit(s) définis dans le budget programme 2018-2019 auxquels cette décision contribuera. Secteur de programme : E.2 Préparation des pays à faire face aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005) Réalisation : E.2 Tous les pays évaluent et comblent les principales lacunes en matière de préparation aux situations d'urgence sanitaire, notamment en ce qui concerne les principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005), et de capacités de gestion de tous les risques sanitaires en situation d'urgence Produit : E.2.4 Services de secrétariat fournis pour l'application du Règlement sanitaire international (2005) L'application du plan stratégique mondial quinquennal suppose des activités dans l'ensemble du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, dont le coût est inclus dans le budget programme global du Programme. Le coût de l'application de la décision est considéré comme le seul coût de l'appui fourni par le Secrétariat pour coordonner la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique mondial quinquennal ainsi que l'établissement des rapports sur le plan.
2.	En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme 2018-2019 ? Sans objet
3.	Brève description de toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme 2018-2019 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour l'application de la décision : Cinq ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales pour l'application de la décision, en millions de US \$: US \$10,65 millions
2.a	Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: US \$2,40 millions
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme 2018-2019, en millions de US \$: Néant
3.	Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$: US \$3,94 millions
4.	Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$: US \$4,31 millions pour 2022-2023
5.	Ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$: – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Néant – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : US \$2,40 millions – Estimation des ressources prévues, mais non encore disponibles, qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : L'allocation des contributions fixées n'est pas encore connue.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

Exercice	Coûts	Siège	Région					Total ^a	
			Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale		Pacifique occidental
2018-2019 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,61	0,25	0,27	0,20	0,23	0,20	0,25	2,00
	Activités	0,10	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,40
	Total	0,71	0,30	0,32	0,25	0,28	0,25	0,30	2,40
2018-2019 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2020-2021 Dépenses à prévoir	Personnel	0,63	0,52	0,56	0,42	0,48	0,41	0,51	3,52
	Activités	0,10	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,42
	Total	0,73	0,57	0,61	0,47	0,53	0,46	0,56	3,94
Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,65	0,54	0,58	0,44	0,50	0,43	0,53	3,66
	Activités	0,16	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,65
	Total ^a	0,82	0,62	0,66	0,52	0,58	0,51	0,61	4,31

^a Certains totaux sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.