



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

# **SOIXANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**

**GENÈVE, 17-21 MAI 2010**

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS  
ANNEXES**

**GENÈVE  
2010**

---

## ABRÉVIATIONS

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

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

---

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

## **AVANT-PROPOS**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 17 au 21 mai 2010, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et les annexes qui s'y rapportent – document WHA63/2010/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHA63/2010/REC/2,

les procès-verbaux et les rapports des commissions – document WHA63/2010/REC/3.

---



## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Pages</b>
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

WHA63.1	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages .....	1
WHA63.2	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé .....	2
WHA63.3	Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments.....	6
WHA63.4	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1 <sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009.....	10
WHA63.5	Barème des contributions 2010-2011 .....	10
WHA63.6	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux .....	14
WHA63.7	Plan-cadre d'équipement .....	15
WHA63.8	Rapport du Commissaire aux Comptes .....	16
WHA63.9	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général.....	17
WHA63.10	Partenariats .....	17
WHA63.11	Accords avec des organisations intergouvernementales.....	19

	<b>Pages</b>
WHA63.12	Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins..... 19
WHA63.13	Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ..... 24
WHA63.14	Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ..... 25
WHA63.15	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ..... 27
WHA63.16	Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ..... 33
WHA63.17	Malformations congénitales..... 34
WHA63.18	Hépatite virale..... 37
WHA63.19	Stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015..... 40
WHA63.20	Maladie de Chagas : lutte et élimination ..... 42
WHA63.21	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé..... 45
WHA63.22	Transplantation d'organes et de tissus humains..... 48
WHA63.23	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ..... 51
WHA63.24	Progrès accélérés en vue d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant : prévention et traitement de la pneumonie ..... 55
WHA63.25	Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets ..... 58
WHA63.26	Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes..... 60
WHA63.27	Renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé ..... 64
WHA63.28	Constitution d'un groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement ..... 66
<b>Décisions</b>	
WHA63(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs ..... 70
WHA63(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ..... 70

	<b>Pages</b>
WHA63(3) Élection du bureau des commissions principales .....	70
WHA63(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée .....	71
WHA63(5) Adoption de l'ordre du jour .....	71
WHA63(6) Vérification des pouvoirs .....	71
WHA63(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif.....	72
WHA63(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS .....	72
WHA63(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé .....	72
WHA63(10) Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits .....	72

## ANNEXES

1	Politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement.....	83
2	Texte de l'amendement à l'accord entre l'Office international des Épizooties et l'Organisation mondiale de la Santé .....	90
3	Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool .....	91
4	Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants.....	112
5	Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé .....	120
6	Interventions pour la prévention ou le traitement des malformations congénitales.....	128
7	Stratégie OMS de recherche pour la santé.....	129
8	Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains.....	149
9	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé .....	159





# ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>

## 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 vingt-cinquième et cent vingt-sixième sessions
3. Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général
4. Intervenant invité
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

---

<sup>1</sup> Adopté à la deuxième séance plénière.

## COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission<sup>1</sup>
11. Questions techniques et sanitaires
  - 11.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
  - 11.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)
  - 11.3 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d'action
  - 11.4 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
  - 11.5 Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial
  - 11.6 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
  - 11.7 Malformations congénitales
  - 11.8 Sécurité sanitaire des aliments
  - 11.9 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale
  - 11.10 Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool
  - 11.11 Lutte antituberculeuse
    - Progrès et planification à long terme
    - Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte
  - 11.12 Hépatite virale
  - 11.13 Lutte contre la leishmaniose
  - 11.14 Maladie de Chagas : lutte et élimination
  - 11.15 Éradication mondiale de la rougeole
  - 11.16 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
  - 11.17 Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins

---

<sup>1</sup> Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

- 11.18 Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
- 11.19 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
- 11.20 Produits médicaux contrefaits
- 11.21 Transplantation d'organes et de tissus humains
- 11.22 Renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé
- 11.23 Traitement et prévention de la pneumonie
- 11.24 Rapports de situation
  - A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1)
  - B. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2)
  - C. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)
  - D. Accélération de la production de personnels de santé (résolution WHA59.23)
  - E. Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA59.27)
  - F. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21)
  - G. Multilinguisme : mise en œuvre du plan d'action (résolution WHA61.12)
  - H. Santé des migrants (résolution WHA61.17)
  - I. Changement climatique et santé (résolution WHA61.19)
  - J. Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris (résolution WHA62.12)
- 13. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

**COMMISSION B**

- 12. Ouverture des travaux de la Commission<sup>1</sup>
- 13. [transféré à la Commission A]
- 14. Questions relatives au programme et au budget
  - 14.1 Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution
  - 14.2 Onzième programme général de travail, 2006-2015
- 15. Questions financières
  - 15.1 Rapport financier et états financiers vérifiés pour la période 1<sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009
  - 15.2 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
  - 15.3 [supprimé]
  - 15.4 Barème des contributions 2010-2011
  - 15.5 [supprimé]
  - 15.6 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
  - 15.7 Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement
- 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
- 17. Questions relatives au personnel
  - 17.1 L'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
  - 17.2 Ressources humaines : rapport annuel
  - 17.3 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
  - 17.4 Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
  - 17.5 [supprimé]

---

<sup>1</sup> Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

## ORDRE DU JOUR

---

- 17.6 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
  - 18. Questions administratives et juridiques
    - 18.1 Partenariats
    - 18.2 Méthode de travail des organes directeurs
    - 18.3 Accords avec des organisations intergouvernementales
  - 19. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
-



## LISTE DES DOCUMENTS

A63/1 Rev.1	Ordre du jour <sup>1</sup>
A63/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent vingt-cinquième et cent vingt-sixième sessions
A63/3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/4	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
A63/5 et Add.1	Application du Règlement sanitaire international (2005)
A63/6, Add.1 et Add.2	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d'action. Rapport du groupe de travail d'experts sur le financement de la recherche-développement <sup>2</sup>
A63/7	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
A63/8	Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial <sup>3</sup>
A63/9	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
A63/10	Malformations congénitales <sup>4</sup>
A63/11	Sécurité sanitaire des aliments
A63/12	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale <sup>5</sup>
A63/13	Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool : projet de stratégie mondiale <sup>6</sup>
A63/14	Lutte antituberculeuse

---

<sup>1</sup> Voir p. ix.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 9.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 5.

<sup>4</sup> Voir l'annexe 6.

<sup>5</sup> Voir les annexes 4 et 9.

<sup>6</sup> Voir l'annexe 3.

A63/15	Hépatite virale
A63/16	Lutte contre la leishmaniose
A63/17	Maladie de Chagas : lutte et élimination
A63/17 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A63/18	Éradication mondiale de la rougeole
A63/19	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A63/20	Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins
A63/21	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
A63/22	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé <sup>1</sup>
A63/22 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A63/23	Produits médicaux contrefaits
A63/24	Transplantation d'organes et de tissus humains <sup>2</sup>
A63/24 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A63/25 et Corr.1	Renforcement des capacités des gouvernements pour amener de façon constructive le secteur privé à fournir des soins de santé essentiels
A63/25 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A63/26	Traitement et prévention de la pneumonie
A63/27	Rapports de situation

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 7.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 8.



## LISTE DES DOCUMENTS

---

A63/28	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé <sup>1</sup>
A63/29	Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
A63/30	Onzième programme général de travail, 2006-2015
A63/31	Barème des contributions 2010-2011
A63/32	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1 <sup>er</sup> janvier 2008–31 décembre 2009
A63/33	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A63/34	Amendements au Règlement financier
A63/35	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement – Sûreté et sécurité du personnel
A63/36	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement – Le plan-cadre d'équipement
A63/37	Rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée de la Santé
A63/38	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A63/39	L'élection du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
A63/40	Ressources humaines : rapport annuel
A63/41	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
A63/42	Amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
A63/43	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A63/44 et Corr.1	Partenariats <sup>2</sup>
A63/44 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 9.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 1.

A63/45	Méthode de travail des organes directeurs
A63/46	Accords avec des organisations intergouvernementales <sup>1</sup>
A63/47	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A63/48	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
A63/48 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A63/49	Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution. Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/50	Onzième programme général de travail, 2006-2015. Cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/51 Rev.1	Rapport financier et états financiers vérifiés pour la période 1 <sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009. Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/52	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution. Sixième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/53	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière. Septième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/54	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement – Sûreté et sécurité du personnel et des locaux. Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 2.

## LISTE DES DOCUMENTS

---

A63/55	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement – Le plan-cadre d'équipement. Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/56 Rev.1	Rapport du Commissaire aux Comptes. Huitième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/57	Rapport du vérificateur intérieur des comptes. Neuvième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
A63/58	Premier rapport de la Commission A
A63/59	Deuxième rapport de la Commission A
A63/60	Commission de Vérification des Pouvoirs. Premier rapport
A63/61	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A63/62	Premier rapport de la Commission B
A63/63	Troisième rapport de la Commission A
A63/64	Quatrième rapport de la Commission A
A63/65	Deuxième rapport de la Commission B
A63/66	Cinquième rapport de la Commission A

### **Documents d'information**

A63/INF.DOC./1	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
A63/INF.DOC./2	Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial
A63/INF.DOC./3	Produits médicaux contrefaits
A63/INF.DOC./4	Contributions volontaires par fonds et par donateur pour l'exercice 2008-2009

- A63/INF.DOC./5 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport de l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève)
- A63/INF.DOC./6 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Directeur de la Santé de l'UNRWA pour l'année 2009)
- A63/INF.DOC./7 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Ministère israélien de la Santé)
- A63/INF.DOC./8 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé (rapport du Ministère de la Santé de la République arabe syrienne)

**Divers**

- A63/DIV/1 Rev.1 Liste des délégués et autres participants
- A63/DIV/2 Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
- A63/DIV/3 Décisions et liste des résolutions
- A63/DIV/4 Liste des documents
- A63/DIV/5 Allocution de Mme Ellen Johnson Sirleaf, Présidente de la République du Libéria, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
- A63/DIV/6 Allocution de M. Ray Chambers, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour le paludisme, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

## PRÉSIDENCE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

### Président

M. M. ZENAIIDI (Tunisie)

### Vice-Présidents

Dr M. I. RODRÍGUEZ (El Salvador)

Dr R. SEZIBERA (Rwanda)

Professeur R. AKDAĞ (Turquie)

Mme G. A. A. GIDLOW (Samoa)

Professeur MYA OO (Myanmar)

### Secrétaire

Dr M. CHAN, Directeur général

### Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Angola, Autriche, Bangladesh, Érythrée, Ex-République yougoslave de Macédoine, Israël, Nauru, Nicaragua, Oman, Singapour, Somalie, Trinité-et-Tobago, Zambie.

**Président :** Dr B. BLAHA (Autriche)

**Vice-Président :** M. S. A. ALI (Bangladesh)

**Secrétaire :** M. X. DANNEY (Juriste)

### 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 : Burkina Faso, Cap-Vert, Chili, Chine, Cuba, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie,

France, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Jordanie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Tchad.

**Président :** M. M. ZENAIIDI (Tunisie)

**Secrétaire :** Dr M. CHAN, Directeur général

### COMMISSIONS PRINCIPALES

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

#### Commission A

**Président :** Dr M. MUGITANI (Japon)

**Vice-Présidents :** M. U. SCHOLTEN (Allemagne)  
et Dr D. CHIRIBOGA (Équateur)

**Rapporteur :** Dr P. MISHRA (Népal)

**Secrétaire :** Dr Q. M. ISLAM, Directeur, Pour  
une grossesse à moindre risque

#### Commission B

**Président :** Dr W. JAYANTHA (Sri Lanka)

**Vice-Présidents :** Dr G. J. KOMBA-KONO  
(Sierra Leone) et Dr N. EL SAYED (Égypte)

**Rapporteur :** Dr A.-P. SANNE (Norvège)

**Cosecétaires :** Dr M. DAYRIT, Directeur,  
Ressources humaines pour la santé ;  
M. C. ONDARI, Coordonnateur,  
Médicaments : accès et usage rationnel.



## RÉSOLUTIONS

### **WHA63.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du groupe de travail à composition non limitée des États Membres sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages, qui s'est réuni à Genève du 10 au 12 mai 2010 ;<sup>2</sup>

Rappelant les résolutions WHA60.28 et WHA62.10 ayant trait au Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages,<sup>3</sup> ainsi que les résolutions WHA56.19 et WHA59.2 relatives à la préparation en cas de grippe pandémique ;

Prenant note de toutes les expériences et leçons tirées de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, des travaux actuellement menés par le Comité d'examen du Règlement sanitaire international et des enseignements tirés des flambées actuelles de grippe H5N1 ;

Reconnaissant qu'il reste difficile d'améliorer la préparation en cas de grippe pandémique, et notamment d'accroître : les capacités nationales et mondiales de préparation et d'action ; les capacités de laboratoire et de surveillance ; les capacités mondiales de production de vaccin antigrippal, d'antiviraux et de produits diagnostiques, ainsi que l'accès aux vaccins, aux antiviraux et aux produits diagnostiques, en particulier dans les pays touchés et les pays en développement, et en accordant une attention particulière aux pays les moins avancés ;

Reconnaissant la nécessité de mettre en œuvre un système juste et transparent, équitable et efficace pour l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages sur un pied d'égalité ;

Reconnaissant que les solutions à ces difficultés passent par la mise en œuvre de multiples outils, le cas échéant liés entre eux, pouvant inclure : des accords types distincts mais complémentaires sur le transfert des matériels pertinents, un dans le cadre du Réseau OMS et un en dehors du Réseau OMS ; le renforcement de l'appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour accroître l'approvisionnement en vaccin contre la grippe pandémique ;<sup>4</sup> le renforcement des capacités de surveillance dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) ; et la création de mécanismes durables de financement et de solidarité ;

Reconnaissant l'importante contribution qu'apporte l'industrie pour surmonter de façon durable et prévisible les difficultés susmentionnées ;

---

<sup>1</sup> Voir le document A63/48 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/48.

<sup>3</sup> Voir le document A62/5 Add.1.

<sup>4</sup> Document WHO/IVB/06.13 – WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

Estimant que certains des éléments restants doivent faire l'objet d'un examen plus poussé et, le cas échéant, d'études, pour parvenir à un accord final ;

1. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à collaborer avec les États Membres et les organisations d'intégration économique régionale concernées s'agissant du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages,<sup>1</sup> tel que décidé dans la résolution WHA62.10, et de convoquer le groupe de travail à composition non limitée avant la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif ;

2) de mener les consultations techniques et les études nécessaires pour appuyer les travaux du groupe de travail à composition non limitée en vue de parvenir à un accord final ;

2. DÉCIDE que le groupe de travail à composition non limitée fera rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session.

(Sixième séance plénière, 19 mai 2010 –  
Commission A, premier rapport)

### **WHA63.2      Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé<sup>2</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

Rappelant la résolution EB124.R4 adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session sur la gravité de la situation sanitaire provoquée par les opérations militaires israéliennes dans le territoire palestinien occupé, en particulier la Bande de Gaza occupée ;

Prenant note du rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;

Notant avec une vive inquiétude les conclusions du rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;

Soulignant que l'UNRWA contribue de façon essentielle à assurer des services sanitaires et éducatifs cruciaux dans le territoire palestinien occupé, notamment pour faire face aux besoins urgents dans la Bande de Gaza ;

---

<sup>1</sup> Figurant dans le document A62/5 Add.1.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.



Préoccupée par la dégradation de la situation économique et sanitaire et par la crise humanitaire résultant de l'occupation persistante et des graves restrictions imposées par Israël, puissance occupante ;

Profondément préoccupée également par la crise sanitaire et le niveau croissant de l'insécurité alimentaire dans le territoire palestinien occupé, en particulier dans la Bande de Gaza ;

Affirmant la nécessité de garantir la couverture universelle par les services de santé et de maintenir le fonctionnement des services de santé publique dans le territoire palestinien occupé ;

Reconnaissant que la pénurie aiguë de ressources financières et médicales qui touche le Ministère palestinien de la Santé chargé du fonctionnement et du financement des services de santé publique compromet l'accès de la population palestinienne aux services curatifs et préventifs ;

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens à l'accès aux établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée ;

Déplorant les incidents liés à l'absence de respect et de protection à l'égard des ambulances et du personnel médical palestiniens imputable à l'armée israélienne qui ont fait des victimes parmi ce personnel, ainsi que les entraves apportées à leur liberté de mouvement par Israël, puissance occupante, en violation du droit humanitaire international ;

Affirmant que le blocus se poursuit et que les points de passage ne sont pas entièrement et définitivement ouverts, ce qui veut dire que la crise et les souffrances qui ont commencé avant l'attaque israélienne contre la Bande de Gaza se poursuivent, entravant les efforts du Ministère de la Santé de l'Autorité palestinienne pour reconstruire les établissements détruits par les opérations militaires israéliennes à la fin de 2008 et en 2009 ;

Profondément préoccupée par les graves conséquences du mur sur l'accès de la population palestinienne aux services médicaux dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et sur la qualité de ces services ;

Profondément préoccupée également par les graves conséquences des restrictions imposées par Israël à la circulation des ambulances et du personnel médical palestiniens pour les femmes enceintes et les patients ;

1. EXIGE qu'Israël, puissance occupante :

- 1) mette fin immédiatement au bouclage du territoire palestinien occupé, en particulier à la fermeture des points de passage de la Bande de Gaza occupée à l'origine de la grave pénurie de médicaments et de fournitures médicales qui y règne, et respecte à cet égard les dispositions de l'Accord israélo-palestinien de novembre 2005 réglant les déplacements et le passage ;
- 2) abandonne les politiques et les mesures qui ont conduit à la situation sanitaire désastreuse et à la grave pénurie de vivres et de carburant dans la Bande de Gaza ;
- 3) donne suite à l'avis consultatif rendu par la Cour internationale de Justice le 9 juillet 2004 sur le mur qui a notamment de graves répercussions sur l'accès de la population palestinienne aux services médicaux dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est et sur la qualité de ces services ;

- 4) facilite l'accès des patients et du personnel médical palestiniens aux établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée et à l'étranger ;
- 5) garantisse un passage sûr et sans entraves aux ambulances palestiniennes ainsi que le respect et la protection du personnel médical, conformément au droit humanitaire international ;
- 6) améliore les conditions de vie et l'état de santé des détenus palestiniens, en particulier les enfants, les femmes et les patients, et apporte aux détenus présentant de graves problèmes de santé et dont l'état se dégrade de jour en jour le traitement médical dont ils ont besoin ;
- 7) facilite le transit et l'entrée des médicaments et du matériel médical dans le territoire palestinien occupé ;
- 8) assume ses responsabilités concernant les besoins humanitaires du peuple palestinien et l'accès quotidien à l'aide humanitaire, y compris les vivres et les médicaments, conformément au droit humanitaire international ;
- 9) renonce immédiatement à toutes ses pratiques et politiques, et à tous ses plans, y compris la politique de bouclage, qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;
- 10) respecte et facilite le mandat et les activités de l'UNRWA et d'autres organisations internationales et garantisse la libre circulation de leur personnel et des envois à des fins humanitaires ;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales :

- 1) d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;
- 2) de contribuer à satisfaire les besoins sanitaires et humanitaires d'urgence, ainsi que les importants besoins liés à la santé à moyen et à long terme, définis dans le rapport du Directeur général sur la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;
- 3) d'inviter la communauté internationale à faire pression sur le Gouvernement israélien pour que le siège imposé à la Bande de Gaza occupée soit levé afin d'éviter que n'y soit gravement exacerbée la crise humanitaire, et à aider à faire lever les restrictions et les obstacles imposés à la population palestinienne, notamment à la libre circulation des personnes et du personnel médical dans le territoire palestinien occupé, et à amener Israël à assumer ses responsabilités juridiques et morales et à assurer aux populations civiles dans le territoire palestinien occupé, en particulier à Jérusalem-Est, la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux ;
- 4) de rappeler à Israël, puissance occupante, qu'elle est tenue de respecter la Quatrième Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre de 1949, qui s'applique au territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;
- 5) d'inviter toutes les organisations internationales s'occupant des droits de l'homme, en particulier le Comité international de la Croix-Rouge, à intervenir d'urgence immédiatement auprès de la puissance occupante, Israël, et à l'obliger à offrir des traitements médicaux adéquats aux prisonniers et détenus palestiniens qui présentent de graves problèmes de santé et

dont l'état se dégrade de jour en jour, et d'exhorter les organisations de la société civile à faire pression sur la puissance occupante, Israël, pour qu'elle sauve la vie de détenus et libère immédiatement les cas critiques pour qu'ils soient pris en charge à l'extérieur, qu'elle permette aux femmes palestiniennes prisonnières de bénéficier d'un suivi et de soins médicaux pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et de donner naissance à leurs enfants dans de bonnes conditions sanitaires et humanitaires en présence de leurs parents et des membres de leur famille et pour qu'elle libère immédiatement tous les enfants détenus dans des prisons israéliennes ;

6) de fournir un appui et une assistance au Ministère palestinien de la Santé pour qu'il puisse s'acquitter de ses fonctions, notamment en ce qui concerne le fonctionnement et le financement des services de santé publique ;

7) d'apporter un soutien financier et technique aux services palestiniens de santé publique et de médecine vétérinaire ;

3. EXPRIME sa profonde reconnaissance à la communauté internationale des donateurs pour l'appui qu'elle fournit au peuple palestinien dans différents domaines et demande instamment aux pays donateurs et aux organisations sanitaires internationales de continuer à apporter le soutien politique et financier nécessaire à la mise en œuvre du plan sanitaire 2008-2010 de l'Autorité palestinienne et à la mise en place d'un environnement politique propice à l'exécution de ce plan, dans le but de mettre fin à l'occupation et de créer l'État de Palestine tel que proposé par le Gouvernement palestinien qui s'emploie activement à créer les conditions nécessaires à sa mise en œuvre ;

4. EXPRIME sa profonde reconnaissance au Directeur général pour ses efforts en vue d'apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;

5. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux services palestiniens de santé et de médecine vétérinaire et d'assurer notamment le renforcement de leurs capacités ;

2) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;

3) d'appuyer la création de services médicaux et 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 faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;

5) de fournir aussi un appui aux services palestiniens de santé et de médecine vétérinaire pour qu'ils se préparent à faire face à d'inhabituelles situations d'urgence ;

6) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris des ressources humaines ;

7) de créer, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, un comité international d'équipes médicales spécialisées chargées de diagnostiquer les graves problèmes de santé dont souffrent les prisonniers et détenus palestiniens dans les prisons israéliennes et de leur fournir tous les traitements nécessaires et urgents conformément aux conventions et accords internationaux pertinents ;

- 8) de mettre à disposition le rapport détaillé établi par la mission sanitaire spécialisée dans la Bande de Gaza ;
- 9) de faire rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 20 mai 2010 –  
Commission A, deuxième rapport)

### **WHA63.3      Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la sécurité sanitaire des aliments ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA53.15 sur la salubrité des aliments, dans laquelle le Directeur général était prié de mettre en place une stratégie mondiale pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire ainsi que pour la collecte et l'échange d'informations dans et entre les pays ;

Rappelant la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale : présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé, dans laquelle il était souligné que de tels agents peuvent être propagés par la chaîne alimentaire et les réseaux d'approvisionnement en eau ;

Notant que le Conseil exécutif a approuvé en 2002 la Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments,<sup>3</sup> dont le but était de réduire la charge sanitaire et sociale due aux maladies d'origine alimentaire ;

Notant également que d'autres activités relatives à la sécurité sanitaire des aliments mentionnées dans les résolutions WHA53.15 et WHA55.16 ont été entreprises, notamment la révision du Règlement sanitaire international en 2005, la création du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments en 2005, la création du groupe de référence OMS sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire en 2006 et la participation accrue, en particulier des pays en développement, à l'élaboration de normes internationales pour la sécurité sanitaire des aliments par la Commission du Codex Alimentarius ;

Reconnaissant que la Commission du Codex Alimentarius offre à tous les pays une occasion exceptionnelle de se joindre à la communauté internationale pour formuler et harmoniser les normes alimentaires et veiller à leur application mondiale, et en particulier que la participation des pays en développement à cet égard devrait être encouragée ;

Reconnaissant par ailleurs le rôle important de l'OMS et de la FAO à l'appui des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, entité internationale de référence pour ce qui concerne les normes alimentaires ;

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/11.

<sup>3</sup> Document EB109/2002/REC/2, procès-verbal de la quatrième séance.

Confirmant que les maladies d'origine alimentaire continuent de représenter une grave menace pour la santé de millions de gens dans le monde, particulièrement dans les pays en développement où la situation nutritionnelle est déficiente ;

Considérant les liens indissociables entre sécurité sanitaire des aliments, nutrition et sécurité alimentaire, et reconnaissant le rôle déterminant de la sécurité sanitaire des aliments dans l'élimination de la faim et de la malnutrition, en particulier dans les pays à faible revenu et à déficit vivrier ;

Consciente qu'il existe des preuves croissantes que bien des maladies transmissibles, y compris des zoonoses émergentes, sont transmises par des aliments et que l'exposition à des substances chimiques et à des agents pathogènes dans la chaîne alimentaire est associée à des maladies aiguës et chroniques ;

Constatant que le changement climatique pourrait être un facteur d'accroissement de la fréquence de certaines maladies d'origine alimentaire, notamment de maladies d'origine zoonotique, en raison d'un développement plus rapide des micro-organismes dans les aliments et l'eau exposés à des températures plus élevées, ce qui pourrait entraîner l'apparition de toxines dans de nouvelles zones géographiques, voire de plus fortes concentrations de toxines ou d'agents pathogènes dans les aliments ;

Reconnaissant que le commerce mondial des aliments s'accroît chaque année, contribuant au risque de propagation d'agents pathogènes et de contaminants au-delà des frontières nationales et à l'émergence de nouveaux problèmes pour les autorités responsables de l'alimentation, ce qui nécessite un échange plus efficace au niveau mondial de l'information sur la sécurité sanitaire des aliments, tenant compte du fait que la protection de la sécurité sanitaire des aliments ne saurait conduire à une discrimination ni à une restriction déguisée au commerce international ;

Notant qu'il reste nécessaire de resserrer la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs et qu'il faut agir davantage en matière de sécurité sanitaire des aliments aux niveaux national et international, tout au long de la chaîne de production alimentaire, afin de réduire sensiblement l'incidence des maladies d'origine alimentaire ;

Constatant qu'il reste nécessaire de disposer de normes et d'accords globaux et actualisés reconnus sur le plan international pour l'évaluation des risques et le conseil scientifique sur lesquels se fondent les mesures et interventions destinées à améliorer la sécurité sanitaire et la qualité nutritionnelle des aliments ;

Reconnaissant l'importance d'un accord international sur la gestion mondiale de la sécurité sanitaire des aliments, de l'application de principes scientifiques pour trouver des solutions, de l'échange de données issues du suivi et de la surveillance, ainsi que de l'expérience pratique ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

- 1) à continuer à mettre en place et à poursuivre les activités et mesures mentionnées dans la résolution WHA53.15 sur la salubrité des aliments et la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale : présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

2) à développer plus encore et appliquer les principales capacités définies à l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005), en tant que de besoin, de même que celles requises pour la participation au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, plus précisément pour les événements en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments, y compris la mise au point de systèmes pour : la surveillance des maladies d'origine alimentaire et la contamination des aliments ; l'évaluation des risques, la traçabilité, la gestion des risques, notamment l'Analyse des risques – maîtrise des points critiques, et la communication des risques ; les interventions d'urgence dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments ; le traçage et le rappel de produits ; et le renforcement des capacités de laboratoire ;

3) à participer pleinement en tant que membres du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments à ses activités, et notamment à contribuer à la transmission, en temps opportun et de manière transparente, par l'intermédiaire du Réseau, des données, de l'information et des connaissances sur les situations d'urgence liées à la sécurité sanitaire des aliments ;

4) à mieux faire prendre en considération les questions de sécurité sanitaire des aliments dans les interventions portant sur l'aide alimentaire, la sécurité alimentaire et la nutrition, afin de réduire la fréquence des maladies d'origine alimentaire et d'améliorer l'état de santé des populations, en particulier des groupes vulnérables ;

5) à établir ou à améliorer la base de données factuelles concernant la sécurité sanitaire des aliments par des mesures systématiques d'estimation et de surveillance de la charge de morbidité et par une évaluation globale des risques et du rapport risques/avantages, et à fournir un appui aux activités internationales dans ces domaines, en particulier à l'initiative de l'OMS pour l'évaluation de la charge mondiale de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire toutes causes confondues (principalement microbiologiques, parasitaires et chimiques) ;

6) à contribuer à la conduite en temps opportun d'évaluations internationales des risques moyennant la fourniture de données et de compétences pertinentes pour pouvoir prendre en charge de façon plus efficace et plus cohérente les maladies d'origine alimentaire et les problèmes de sécurité sanitaire des aliments qui menacent la sécurité sanitaire dans le monde ;

7) à continuer d'élaborer et d'appliquer des mesures préventives durables, y compris des programmes d'éducation en matière de sécurité sanitaire des aliments, afin de réduire la charge de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire par une approche systémique englobant toute la chaîne de production alimentaire depuis le producteur jusqu'au consommateur ;

8) à promouvoir le dialogue et la collaboration entre les spécialistes de la santé humaine, de la santé vétérinaire et de l'alimentation au sein des États Membres et entre eux, en se concentrant sur une action intégrée de réduction des risques de maladie d'origine alimentaire tout au long de la chaîne de production alimentaire, en tenant compte notamment des risques d'origine zoonotique ;

9) à participer activement à l'élaboration de normes au sein de la Commission du Codex Alimentarius et à adopter les normes du Codex en tant que de besoin ;

## 2. PRIE le Directeur général :

1) de développer plus encore le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments en appliquant la Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments ; d'encourager la communication et l'échange de données techniques sur les évaluations de

risques et les meilleures pratiques entre membres du Réseau ; de faciliter la participation des États Membres au fonctionnement et au développement du Réseau ; et d'encourager de nouveaux Membres à adhérer au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments ;

2) de renforcer la fonction d'intervention d'urgence du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments en tant qu'élément critique des opérations de prévention et d'intervention d'urgence de l'OMS concernant la sécurité sanitaire des aliments, ainsi que les liens avec d'autres organisations internationales et réseaux concernés dans ce domaine ;

3) de continuer à jouer un rôle de chef de file mondial en fournissant une assistance technique et des instruments répondant aux besoins des États Membres et du Secrétariat pour les évaluations scientifiques des risques d'origine alimentaire et de la charge de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire toutes causes confondues ;

4) de promouvoir la prise en compte de la sécurité sanitaire des aliments dans le débat international sur les crises alimentaires et les situations d'urgence liées à la famine, et de fournir un appui technique aux États Membres et aux institutions internationales pour que les questions de sécurité sanitaire des aliments, de nutrition et de sécurité alimentaire soient examinées de façon globale et intégrée ;

5) de suivre régulièrement la charge mondiale de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire et zoonotique dans une perspective nationale, régionale et internationale, et d'en faire rapport aux États Membres ;

6) de promouvoir la recherche, y compris sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments traditionnels, et les études sur l'association risques d'origine alimentaire et maladies aiguës et chroniques, afin de soutenir l'application de stratégies reposant sur des données factuelles pour combattre les maladies d'origine alimentaire et zoonotique, telles que l'Analyse des risques – maîtrise des points critiques ;

7) de prêter un appui aux États Membres pour qu'ils développent les capacités nécessaires à l'amélioration de la collaboration intersectorielle et des activités aux niveaux international, régional et national tout au long de la chaîne de production alimentaire, y compris l'évaluation, la gestion et la communication des risques d'origine alimentaire et zoonotique ;

8) de formuler des orientations sur les aspects de santé publique liés aux zoonoses dont l'origine se situe à l'interface entre l'être humain et l'animal, notamment en matière de prévention, de détection et de riposte ;

9) de fournir un appui suffisant et durable aux comités mixtes d'experts de la FAO et de l'OMS, à la Commission du Codex Alimentarius et au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments afin de faire progresser au niveau international l'élaboration, la fourniture, l'utilisation et la mise en commun d'évaluations et d'avis scientifiques sur les risques ; d'appuyer l'élaboration de normes alimentaires internationales aptes à protéger la santé et le bien-être nutritionnel des consommateurs ; et de mieux prendre en compte les questions de sécurité sanitaire des aliments et de communiquer de façon plus efficace dans ce domaine aux niveaux national et international ;

10) de lancer avec le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments une initiative internationale pour amener les laboratoires partenaires à collaborer à la surveillance des maladies d'origine alimentaire, à la mise en évidence des contaminations alimentaires et à

l'organisation de ripostes d'urgence, y compris en enquêtant sur les flambées épidémiques et en faisant le lien entre les pathologies et les produits afin d'appuyer le rappel de ces derniers, cette initiative comprenant aussi la création de mécanismes pour l'échange de données ;

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

(Septième séance plénière, 20 mai 2010 –  
Commission A, troisième rapport)

#### **WHA63.4      Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1<sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1<sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009 ;<sup>1</sup>

Ayant pris note du deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>2</sup>

ACCEPTTE le rapport financier du Directeur général et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1<sup>er</sup> janvier 2008-31 décembre 2009.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

#### **WHA63.5      Barème des contributions 2010-2011**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le barème des contributions 2010-2011 ;<sup>3</sup>

Constatant qu'un nouveau barème des quotes-parts de l'Organisation des Nations Unies a été adopté pour l'exercice 2010-2012 ;<sup>4</sup>

Rappelant que, dans sa résolution WHA56.33, l'Assemblée de la Santé a décidé d'accepter dorénavant le dernier barème disponible des quotes-parts de l'Organisation des Nations Unies pour les contributions des États Membres, compte tenu des différences de composition entre l'OMS et l'ONU ;

---

<sup>1</sup> Document A63/32.

<sup>2</sup> Document A63/51 Rev.1.

<sup>3</sup> Document A63/31.

<sup>4</sup> Résolution 64/248 de l'Assemblée générale des Nations Unies.



DÉCIDE que le barème des contributions applicable en 2011 sera le suivant :

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2011</b>
	%
Afghanistan	0,0040
Afrique du Sud	0,3850
Albanie	0,0100
Algérie	0,1280
Allemagne	8,0186
Andorre	0,0070
Angola	0,0100
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	0,8301
Argentine	0,2870
Arménie	0,0050
Australie	1,9331
Autriche	0,8511
Azerbaïdjan	0,0150
Bahamas	0,0180
Bahreïn	0,0390
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0080
Bélarus	0,0420
Belgique	1,0751
Belize	0,0010
Bénin	0,0030
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0070
Bosnie-Herzégovine	0,0140
Botswana	0,0180
Brésil	1,6111
Brunéi Darussalam	0,0280
Bulgarie	0,0380
Burkina Faso	0,0030
Burundi	0,0010
Cambodge	0,0030
Cameroun	0,0110
Canada	3,2072
Cap-Vert	0,0010
Chili	0,2360
Chine	3,1892
Chypre	0,0460
Colombie	0,1440
Comores	0,0010
Congo	0,0030
Costa Rica	0,0340
Côte d'Ivoire	0,0100
Croatie	0,0970
Cuba	0,0710
Danemark	0,7361
Djibouti	0,0010
Dominique	0,0010
Égypte	0,0940
El Salvador	0,0190
Émirats arabes unis	0,3910
Équateur	0,0400

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2011</b>
	<b>%</b>
Érythrée	0,0010
Espagne	3,1772
Estonie	0,0400
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0080
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,0070
Fédération de Russie	1,6021
Fidji	0,0040
Finlande	0,5660
France	6,1234
Gabon	0,0140
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0060
Ghana	0,0060
Grèce	0,6910
Grenade	0,0010
Guatemala	0,0280
Guinée	0,0020
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0080
Guyana	0,0010
Haïti	0,0030
Honduras	0,0080
Hongrie	0,2910
Iles Cook	0,0010
Iles Marshall	0,0010
Iles Salomon	0,0010
Inde	0,5340
Indonésie	0,2380
Iran (République islamique d')	0,2330
Iraq	0,0200
Irlande	0,4980
Islande	0,0420
Israël	0,3840
Italie	4,9994
Jamahiriya arabe libyenne	0,1290
Jamaïque	0,0140
Japon	12,5309
Jordanie	0,0140
Kazakhstan	0,0760
Kenya	0,0120
Kirghizistan	0,0010
Kiribati	0,0010
Koweït	0,2630
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0380
Liban	0,0330
Libéria	0,0010
Lituanie	0,0650
Luxembourg	0,0900
Madagascar	0,0030
Malaisie	0,2530
Malawi	0,0010
Maldives	0,0010

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2011</b>
	%
Mali	0,0030
Malte	0,0170
Maroc	0,0580
Maurice	0,0110
Mauritanie	0,0010
Mexique	2,3562
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0030
Mongolie	0,0020
Monténégro	0,0040
Mozambique	0,0030
Myanmar	0,0060
Namibie	0,0080
Nauru	0,0010
Népal	0,0060
Nicaragua	0,0030
Niger	0,0020
Nigéria	0,0780
Nioué	0,0010
Norvège	0,8711
Nouvelle-Zélande	0,2730
Oman	0,0860
Ouganda	0,0060
Ouzbékistan	0,0100
Pakistan	0,0820
Palaos	0,0010
Panama	0,0220
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0020
Paraguay	0,0070
Pays-Bas	1,8551
Pérou	0,0900
Philippines	0,0900
Pologne	0,8281
Porto Rico	0,0010
Portugal	0,5110
Qatar	0,1350
République arabe syrienne	0,0250
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	2,2602
République démocratique du Congo	0,0030
République démocratique populaire lao	0,0010
République de Moldova	0,0020
République dominicaine	0,0420
République populaire démocratique de Corée	0,0070
République tchèque	0,3490
République-Unie de Tanzanie	0,0080
Roumanie	0,1770
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,6045
Rwanda	0,0010
Sainte-Lucie	0,0010
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0010
Saint-Marin	0,0030
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,0010

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2011</b>
	%
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0060
Serbie	0,0370
Seychelles	0,0020
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,3350
Slovaquie	0,1420
Slovénie	0,1030
Somalie	0,0010
Soudan	0,0100
Sri Lanka	0,0190
Suède	1,0641
Suisse	1,1301
Suriname	0,0030
Swaziland	0,0030
Tadjikistan	0,0020
Tchad	0,0020
Thaïlande	0,2090
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0010
Tokélaou	0,0010
Tonga	0,0010
Trinité-et-Tobago	0,0440
Tunisie	0,0300
Turkménistan	0,0260
Turquie	0,6170
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0870
Uruguay	0,0270
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,3140
Viet Nam	0,0330
Yémen	0,0100
Zambie	0,0040
Zimbabwe	0,0030
<b>Total</b>	<b>100,0000</b>

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

### **WHA63.6      Sûreté et sécurité du personnel et des locaux**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement : sûreté et sécurité du personnel » et prenant acte du rapport pertinent du Comité du

Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>1</sup>

Préoccupée par la vulnérabilité de l'Organisation en ce qui concerne la sûreté et la sécurité du personnel ;

Prenant note du mécanisme financier mis en place par le Secrétariat pour assurer un financement durable de la sécurité ;

Reconnaissant les besoins urgents qui ont été mis en évidence et pour lesquels il est nécessaire de trouver un financement afin d'assurer la sûreté et la sécurité du personnel et des locaux ;

Considérant que le solde du fonds pour la sécurité est insuffisant ;

1. DÉCIDE d'allouer au fonds pour la sécurité un montant de US \$10 millions à prélever sur les recettes non fixées provenant des États Membres afin de couvrir les coûts des mesures urgentes visant à assurer la sûreté et la sécurité du personnel et des locaux ;
2. PRIE le Directeur général de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session, en janvier 2011, sur l'exécution des projets financés par le fonds pour la sécurité.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

## **WHA63.7 Plan-cadre d'équipement**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement : le plan-cadre d'équipement »<sup>2</sup> et prenant acte du rapport pertinent du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>3</sup>

Rappelant la nécessité d'adopter une approche stratégique pour assurer la gestion de l'infrastructure physique de l'Organisation au moyen du plan-cadre d'équipement pour la période 2010-2019 ;

Reconnaissant qu'une grande partie des bâtiments de l'OMS sont anciens et ont besoin d'être rénovés, et qu'ils ne répondent plus à des normes acceptables de sûreté, de sécurité et d'efficacité énergétique ;

Ayant examiné les mesures prises par d'autres organisations du système des Nations Unies pour financer d'importants projets de rénovation, de construction et d'acquisition ;

---

<sup>1</sup> Documents A63/35 et A63/54, respectivement.

<sup>2</sup> Document A63/36.

<sup>3</sup> Document A63/55.

Ayant également examiné les besoins immédiats et permanents de l'Organisation en matière de rénovation, de construction et d'acquisition, ainsi que les options envisagées pour financer le plan-cadre d'équipement ;

Ayant en outre considéré les avantages des options envisagées pour instaurer un mécanisme durable de financement du fonds immobilier ;

1. DÉCIDE d'allouer au fonds immobilier un montant de US \$22 millions à prélever sur les recettes non fixées provenant des États Membres afin de couvrir les coûts des travaux de rénovation à entreprendre d'urgence ;
2. AUTORISE le Directeur général :
  - 1) à allouer au fonds immobilier, à la fin de chaque exercice, un montant pouvant aller jusqu'à US \$10 millions, selon les disponibilités, à prélever sur les recettes non fixées provenant des États Membres, afin de financer les projets désignés dans le plan-cadre d'équipement ;
  - 2) à effectuer les études techniques et à engager les travaux concernant les projets urgents mentionnés dans le rapport,<sup>1</sup> notamment ceux ayant trait au périmètre sécurisé à installer au Siège et à la construction des locaux connexes ;
3. PRIE le Directeur général de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session, en janvier 2011, sur l'exécution des projets financés par le fonds immobilier.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

### **WHA63.8 Rapport du Commissaire aux Comptes**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée de la Santé ;<sup>2</sup>

Ayant pris note du huitième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>3</sup>

ACCEPTE le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

---

<sup>1</sup> Document A63/36.

<sup>2</sup> Document A63/37.

<sup>3</sup> Document A63/56 Rev.1.

**WHA63.9 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

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

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$183 022 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$131 964 (avec personnes à charge) ou de US \$119 499 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$201 351 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$143 878 (avec personnes à charge) ou de US \$129 483 (sans personnes à charge) ;
3. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général à US \$247 523 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$173 890 (avec personnes à charge) ou de US \$154 641 (sans personnes à charge) ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

**WHA63.10 Partenariats<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les partenariats ;<sup>2</sup>

Reconnaissant que les activités de collaboration menées par l'OMS contribuent et sont indispensables à l'obtention de résultats sanitaires, et constatant la grande diversité de ces activités ;

Notant que la Constitution de l'OMS, le onzième programme général de travail, 2006-2015 et le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 présentent la collaboration et la coordination comme des fonctions essentielles de l'Organisation ;

Notant en outre que les partenariats pour la santé et autres formes de collaboration se sont multipliés au cours de la dernière décennie ;

Considérant qu'il est nécessaire que l'OMS se dote d'une politique qui régisse sa participation à des partenariats et l'hébergement qu'elle leur offre de façon qui évite la répétition des fonctions essentielles de l'OMS dans le cadre des activités de ces partenariats ;

---

<sup>1</sup> Voir le document A63/44 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Documents A63/44 et A63/44 Corr.1.

Notant avec satisfaction la collaboration de l'OMS avec des partenaires, fondée sur une distinction claire des rôles qui génère une valeur ajoutée, une synergie et une coordination entre différents programmes contribuant à l'obtention de résultats sanitaires mondiaux et nationaux et à la réduction du coût des transactions ;

1. APPROUVE la politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement ;<sup>1</sup>

2. EXHORTE les États Membres à tenir compte de cette politique lorsqu'ils demandent au Directeur général de s'engager dans des partenariats, notamment en ce qui concerne les modalités d'hébergement ;

3. INVITE les organisations concernées du système des Nations Unies, les partenaires internationaux du développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales, les représentants de communautés touchées par des maladies et les entités du secteur privé à renforcer leur collaboration avec l'OMS en privilégiant les synergies pour soutenir les objectifs stratégiques énoncés dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de poursuivre la collaboration avec les organisations concernées du système des Nations Unies, les partenaires internationaux du développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales, les représentants de communautés touchées par des maladies et les entités du secteur privé pour la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 en vue de soutenir le programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail, 2006-2015 ;

2) d'élaborer un cadre opérationnel pour l'hébergement de partenariats formels par l'OMS ;

3) d'appliquer la politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement, dans la mesure du possible et en consultation avec les partenariats concernés, aux modalités actuelles d'hébergement afin de garantir leur conformité avec les principes mêmes de cette politique ;

4) de soumettre au Conseil exécutif pour examen et décision toutes propositions relatives à l'hébergement de partenariats formels par l'OMS ;

5) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif et sur les diverses mesures prises par le Secrétariat pour appliquer la politique en matière de partenariats.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 1.



**WHA63.11 Accords avec des organisations intergouvernementales<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les accords avec des organisations intergouvernementales : collaboration entre l'OMS et l'Office international des Épidémiologies<sup>2</sup> et l'amendement qu'il est proposé d'apporter à l'accord entre l'Office international des Épidémiologies et l'Organisation mondiale de la Santé ;<sup>3</sup>

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

APPROUVE l'amendement à l'accord entre l'Office international des Épidémiologies et l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi libellé :

L'article 4 est modifié par l'ajout du texte suivant qui constituera le paragraphe 4.7 : « La mise au point conjointe de normes internationales relatives aux aspects pertinents de la production animale qui influent sur la sécurité sanitaire des aliments, en collaboration avec d'autres organismes internationaux concernés. ».

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission B, premier rapport)

**WHA63.12 Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins<sup>4,5</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la disponibilité, l'innocuité et la qualité des produits sanguins ;<sup>6</sup>

Rappelant la résolution WHA58.13 intitulée « Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang », et les résolutions antérieures sur ce sujet depuis la résolution WHA28.72 sur l'utilisation et l'obtention du sang humain et de ses dérivés, qui invitaient instamment les États Membres à aider à mettre pleinement en œuvre des programmes du sang bien organisés, coordonnés au niveau national, viables et accompagnés de systèmes de réglementation appropriés, et à adopter une législation efficace régissant le fonctionnement des services de transfusion ;

Reconnaissant que l'instauration de l'autosuffisance, sauf si des circonstances particulières l'excluent, pour l'approvisionnement en constituants du sang sûrs sur la base de dons volontaires non rémunérés et que la sécurité de cet approvisionnement sont des objectifs nationaux importants pour

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 2.

<sup>2</sup> Document A63/46.

<sup>3</sup> Voir OMS, documents fondamentaux, 47<sup>e</sup> éd., 2009.

<sup>4</sup> Voir le document EB126/19 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>5</sup> Le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique donne la définition suivante de l'expression « produits sanguins » : « toute substance thérapeutique dérivée du sang humain, notamment le sang total, les constituants labiles du sang et les produits médicaux dérivés du plasma ».

<sup>6</sup> Document A63/20.

prévenir les pénuries de sang et répondre aux besoins de la population de patients en matière de transfusion ;

Sachant que les produits médicaux dérivés du plasma destinés au traitement de l'hémophilie et des maladies immunitaires figurent dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels<sup>1</sup> et consciente de la nécessité de faciliter l'accès des pays en développement à ces produits ;

Préoccupée par l'inégalité d'accès dans le monde aux produits sanguins, en particulier les produits médicaux dérivés du plasma, qui prive de nombreux patients en attente de transfusion, atteints de troubles graves, congénitaux ou acquis, d'un traitement adéquat ;

Consciente que l'un des principaux facteurs qui limitent l'offre mondiale de produits médicaux dérivés du plasma est une offre insuffisante de plasma répondant aux normes reconnues au plan international sur le fractionnement ;

Ayant à l'esprit que le traitement au moyen de constituants labiles du sang est progressivement introduit dans la pratique médicale des pays en développement et que, de ce fait, des quantités accrues de plasma devraient devenir disponibles pour le fractionnement en produits médicaux dérivés pour répondre à leurs besoins ;

Préoccupée par le fait que les technologies de séparation des constituants du sang et les capacités de fractionnement manquent dans les pays en développement et qu'en raison des contrôles réglementaires insuffisants et de l'impossibilité de mettre en œuvre des pratiques appropriées dans les établissements du sang, le plasma provenant des pays en développement est souvent d'une qualité inacceptable pour le fractionnement sous contrat, ce qui entraîne un gaspillage considérable de plasma ;

Convaincue que pour que le plasma réponde aux conditions requises pour son fractionnement, il faut créer un programme du plasma coordonné au niveau national et viable au sein d'un programme national du sang bien organisé, établi en vertu de la loi et réglementé ;

Reconnaissant que la capacité de recueillir le plasma est limitée et ne suffirait pas à produire assez de médicaments essentiels pour couvrir les besoins mondiaux et qu'il est indispensable que tous les pays disposent d'une capacité locale de recueillir du plasma dont la qualité et la sécurité soient acceptables grâce à des dons volontaires non rémunérés afin de répondre à leurs besoins ;

Convaincue que le fractionnement doit être réalisé le plus près possible de la source et que, là où les capacités nationales de fractionnement du plasma font défaut, il devrait exister l'option d'obtenir une capacité de fractionnement dans d'autres pays, avec la garantie que les pays fournisseurs du plasma puissent disposer de produits médicaux dérivés du plasma pour répondre à leurs besoins ;

Considérant que l'accès à l'information relative aux stratégies visant à assurer un approvisionnement en produits sanguins suffisants pour faire face à la demande, des mécanismes efficaces de supervision réglementaire, des technologies garantissant la qualité et l'innocuité des

---

<sup>1</sup> La liste modèle OMS des médicaments essentiels recense tous les médicaments qui permettent d'assurer un traitement sûr et efficace contre la plupart des maladies transmissibles et non transmissibles. Cette liste comprend les produits médicaux dérivés du plasma, tels que les immunoglobulines et les facteurs de coagulation, qui sont nécessaires pour prévenir et traiter diverses affections graves rencontrées partout dans le monde (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr>).

produits sanguins et des lignes directrices concernant l'usage clinique approprié des produits sanguins et les risques transfusionnels sont devenus de plus en plus nécessaires ;

Ayant à l'esprit que les dons de sang volontaires non rémunérés peuvent permettre d'atteindre des normes de sécurité élevées pour le sang et les constituants du sang et consciente que l'innocuité des produits sanguins repose sur le dépistage de tous les dons de sang à la recherche d'infections à transmission transfusionnelle et sur l'étiquetage correct, la conservation et le transport dans de bonnes conditions des produits sanguins ;

Ayant à l'esprit que, suivant les recommandations de l'OMS relatives à l'utilisation clinique optimale du sang – les trois règles de la gestion du sang des patients –, la gestion du sang des patients signifie qu'avant une intervention chirurgicale, il faut prendre toute mesure raisonnable pour optimiser le volume sanguin du patient, réduire au minimum les pertes sanguines et mobiliser et optimiser la tolérance physiologique à l'anémie propre à chaque patient ;<sup>1</sup>

Reconnaissant que les recours abusifs et inutiles à la transfusion et aux produits médicaux dérivés du plasma, les pratiques transfusionnelles à risque et les erreurs (en particulier celles faites au chevet du patient) compromettent gravement la sécurité des patients ;

Préoccupée par le fait que des produits sanguins à risque et/ou de qualité médiocre puissent exposer les malades à un risque évitable si les programmes du sang ne sont pas soumis au degré de contrôle désormais exercé par des autorités nationales ou régionales de réglementation expérimentées ;

Alarmée de constater que, dans les pays en développement, les patients continuent d'être exposés au risque évitable d'infection par des germes pathogènes à transmission transfusionnelle tel le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C ou le VIH ;

Notant les mouvements transfrontières croissants de produits sanguins et de dispositifs diagnostiques *in vitro* associés à la sécurité transfusionnelle, conjugués à leur développement rapide et leur introduction dans les systèmes de soins de santé des pays développés comme des pays en développement ;

Reconnaissant l'intérêt des substances biologiques internationales de référence OMS (normes internationales) pour le contrôle de la qualité des produits sanguins et des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés utilisés pour détecter des germes pathogènes connus ou émergents à transmission hémotogène ;

Convaincue que la traçabilité à toutes les étapes de préparation des produits sanguins, depuis le donneur jusqu'au receveur et vice versa, est indispensable pour recenser les risques, en particulier s'agissant de la transmission de germes pathogènes et des réactions transfusionnelles, et pour contrôler l'efficacité des mesures correctives visant à réduire ces risques au minimum ;

Convaincue que de bonnes pratiques doivent être mises en œuvre pour le recrutement de donneurs de sang et de plasma volontaires, non rémunérés et en bonne santé dans des populations à faible risque et le dépistage de tous les dons de sang à la recherche de germes pathogènes à transmission transfusionnelle et que toute la chaîne des processus intervenant dans la production des produits sanguins, c'est-à-dire le traitement et l'étiquetage corrects, la conservation et le transport dans de bonnes conditions, doit être assurée par des procédures fiables et pertinentes d'assurance de la qualité ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *L'utilisation clinique du sang : manuel*. Genève, 2010 (sous presse).

Considérant qu'un contrôle réglementaire rigoureux est essentiel pour assurer la qualité et l'innocuité des produits sanguins ainsi que des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés, et qu'un effort particulier est nécessaire pour renforcer à l'échelle mondiale les moyens techniques dont disposent les autorités de réglementation pour garantir un contrôle approprié partout dans le monde ;

Rappelant les résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé qui mentionnent le besoin vital de renforcer les établissements du sang et de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits sanguins ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

- 1) à prendre toutes les mesures nécessaires pour créer, mettre en œuvre et soutenir des programmes du sang et du plasma coordonnés au niveau national, gérés efficacement et viables en fonction des ressources disponibles, afin d'arriver à l'autosuffisance sauf si des circonstances particulières l'excluent ;
- 2) à prendre toutes les mesures nécessaires pour actualiser leur réglementation nationale concernant l'évaluation et l'exclusion d'un donneur, la collecte, le dépistage, le traitement, la conservation, le transport et l'utilisation des produits sanguins et le fonctionnement des autorités de réglementation afin de veiller à ce que le contrôle réglementaire dans le domaine de la qualité et de l'innocuité des produits sanguins dans toute la chaîne de transfusion satisfasse à des normes reconnues au plan international ;
- 3) à mettre en place des systèmes de qualité pour le traitement du sang total et des constituants du sang, des bonnes pratiques de fabrication pour la production de produits médicaux dérivés du plasma et des contrôles réglementaires appropriés, notamment par le recours à des dispositifs diagnostiques les plus sensibles et les plus spécifiques possibles pour prévenir les maladies à transmission transfusionnelle ;
- 4) à renforcer les moyens humains par une formation initiale et continue du personnel dans l'objectif de garantir la qualité des services de transfusion et des produits sanguins ;
- 5) à améliorer la qualité de l'évaluation et des mesures réglementaires dans le domaine des produits sanguins et des dispositifs médicaux associés, y compris les dispositifs diagnostiques *in vitro* ;
- 6) à mettre en place des systèmes, ou à renforcer ceux qui existent déjà, pour un usage sûr et rationnel des produits sanguins et à dispenser une formation à tout le personnel participant aux transfusions cliniques, à trouver des solutions éventuelles pour réduire au minimum les erreurs de transfusion et promouvoir la sécurité des patients, et à encourager l'offre d'autres modalités de transfusion, notamment, le cas échéant, la transfusion autologue et la gestion du sang des patients ;
- 7) à garantir la fiabilité de leurs mécanismes de notification des réactions indésirables graves ou inattendues suite à une transfusion de sang ou de plasma et à l'administration de constituants sanguins et de produits médicaux dérivés du plasma, notamment en cas de transmission de germes pathogènes ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de donner des orientations aux États Membres afin qu'ils puissent satisfaire aux normes reconnues au plan international en actualisant leur législation, leurs normes et leur réglementation nationale de manière à exercer un contrôle efficace de la qualité et de l'innocuité des produits sanguins et dispositifs médicaux associés, y compris les dispositifs diagnostiques *in vitro* ;
- 2) de conseiller les États Membres et d'accroître leurs moyens en matière d'encadrement et de gestion des systèmes d'approvisionnement en sang en vue de renforcer les programmes du sang et du plasma coordonnés au niveau national et viables en échangeant les meilleures pratiques sur la structure organisationnelle des systèmes d'approvisionnement en sang afin de renforcer l'efficacité et réduire au minimum les erreurs ;
- 3) d'accroître le soutien apporté aux États Membres pour qu'ils développent et renforcent leurs autorités nationales de réglementation et leurs laboratoires de contrôle de façon à approfondir leur compétence en matière de contrôle des produits sanguins et des dispositifs médicaux associés, y compris les dispositifs diagnostiques *in vitro*, et d'encourager la création de réseaux régionaux de collaboration et de réglementation, le cas échéant ;
- 4) de garantir la mise au point et la fourniture durables de substances biologiques internationales de référence OMS (normes internationales) à utiliser pour le contrôle de la qualité et la réglementation des produits sanguins et des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés ;
- 5) d'améliorer l'accès des pays en développement aux substances biologiques internationales de référence OMS et aux informations scientifiques obtenues lors de leur validation pour garantir l'usage approprié de ces substances ;
- 6) d'élaborer, de fournir et de diffuser des recommandations et d'apporter une aide technique pour renforcer les programmes nationaux coordonnés du sang et du plasma et l'adoption de technologies de séparation des constituants du sang et de fractionnement du plasma pour répondre aux besoins locaux et de promouvoir une supervision réglementaire efficace des services de transfusion ainsi que la mise en œuvre de bonnes pratiques de fabrication dans le cadre des programmes de fractionnement du plasma, sous la responsabilité des autorités de réglementation ;
- 7) de fournir des orientations, une formation et un appui aux États Membres concernant l'utilisation sans risque et rationnelle des produits sanguins et de favoriser l'adoption d'autres modalités de transfusion, notamment, le cas échéant, la transfusion autologue, les pratiques de transfusion sans risque et la gestion du sang des patients ;
- 8) d'encourager la recherche sur les nouvelles technologies de préparation de produits de substitution du sang sûrs et efficaces ;
- 9) de tenir régulièrement informée, au moins tous les quatre ans, l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des mesures prises par les États Membres et autres partenaires pour l'application de la présente résolution.

**WHA63.13 Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool<sup>2</sup> et le projet de stratégie mondiale qui lui est annexé ;

Rappelant les résolutions WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool et WHA61.4 sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

1. APPROUVE la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;<sup>3</sup>
2. AFFIRME que la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a pour but d'orienter l'action à tous les niveaux et de fixer des domaines prioritaires pour une action mondiale et qu'elle constitue un ensemble d'options et de mesures dont la mise en œuvre peut être envisagée et qui peuvent être ajustées, selon qu'il conviendra, au niveau national, compte tenu des circonstances nationales – par exemple en fonction du contexte religieux et culturel –, des priorités nationales de santé publique, ainsi que des ressources, des capacités et des possibilités ;
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>4</sup>
  - 1) à adopter et mettre en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool selon qu'il conviendra afin de compléter et de soutenir les politiques de santé publique des États Membres visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et à mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires à cette fin ;
  - 2) à poursuivre la mise en œuvre des résolutions WHA61.4 sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;
  - 3) à veiller à ce que la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool renforce les initiatives nationales en faveur de la protection des populations à risque, des jeunes et des personnes victimes de la consommation nocive d'autrui ;
  - 4) à veiller à ce que la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool soit reflétée dans les systèmes de suivi nationaux et fasse régulièrement l'objet de rapports au système d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé ;
4. PRIE le Directeur général :
  - 1) d'accorder un rang de priorité suffisamment élevé au sein de l'Organisation à la prévention et à la réduction de l'usage nocif de l'alcool ainsi qu'à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, et de garantir à ces activités des ressources humaines et financières suffisantes à tous les niveaux ;

---

<sup>1</sup> Voir le document EB126/13 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/13.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 3.

<sup>4</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) de collaborer avec les États Membres et de leur fournir, selon qu'il conviendra, un appui pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et renforcer les mesures prises sur le plan national face aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;
- 3) de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, quatrième rapport)

#### **WHA63.14 Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale » et l'ensemble de recommandations qui lui est annexé sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ;<sup>2</sup>

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA60.23 sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale ;

Réaffirmant sa volonté d'agir contre deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, à savoir une mauvaise alimentation et la sédentarité, par la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé adoptée par l'Assemblée de la Santé en 2004 (résolution WHA57.17), et le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles,<sup>3</sup> approuvé par l'Assemblée de la Santé en 2008 (résolution WHA61.14) ;

Profondément préoccupée par la prévalence élevée et croissante des maladies non transmissibles dans les pays à revenus faible et intermédiaire qui, conjuguées aux maladies transmissibles touchant encore les pauvres, contribuent à une double charge de morbidité, laquelle a de graves répercussions sur la réduction de la pauvreté et le développement économique et accroît les écarts de santé entre les pays et à l'intérieur des pays ;

Profondément préoccupée également par le fait qu'en 2010, selon les estimations, plus de 42 millions d'enfants de moins de cinq ans seront en surpoids ou obèses, dont près de 35 millions dans les pays en développement, et préoccupée aussi par l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité de l'enfant dans la plus grande partie du monde ;

---

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

<sup>2</sup> Document A63/12.

<sup>3</sup> Document WHA61/2008/REC/1, annexe 3.

Reconnaissant qu'une mauvaise alimentation est l'un des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles et que les risques qu'elle présente commencent dès l'enfance et augmentent tout au long de la vie ;

Reconnaissant également qu'une mauvaise alimentation est associée au surpoids et à l'obésité et que les enfants devraient garder un poids sain et consommer des aliments pauvres en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel afin de réduire les risques futurs de maladies non transmissibles ;

Consciente des recherches montrant que la publicité pour les aliments destinés aux enfants est largement répandue et que d'autres formes de commercialisation des aliments destinés aux enfants sont monnaie courante dans le monde entier ;

Reconnaissant qu'une part importante de cette commercialisation porte sur des aliments à forte teneur en graisses, en sucres ou en sel et que la publicité à la télévision influence les préférences alimentaires des enfants, les demandes d'achat et les modes de consommation ;

Reconnaissant les mesures prises jusqu'ici par des segments du secteur privé pour réduire la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, tout en notant l'importance d'un suivi indépendant et transparent des engagements pris par le secteur privé aux niveaux national et mondial ;

Reconnaissant que certains États Membres ont déjà adopté des lois et des politiques nationales sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ;

1. APPROUVE l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants :<sup>1</sup>
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à prendre les mesures voulues pour mettre en œuvre les recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, tout en tenant compte des lois et des politiques existantes, selon qu'il conviendra ;
  - 2) à définir l'approche politique qui conviendra le mieux compte tenu de la situation nationale et à élaborer de nouvelles politiques et/ou à renforcer les politiques visant à réduire les effets de la commercialisation d'aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel sur les enfants ;
  - 3) à mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ;
  - 4) à prendre des mesures énergiques pour instaurer une collaboration intergouvernementale visant à réduire les effets de la commercialisation transfrontières ;
  - 5) à coopérer avec la société civile et avec les acteurs publics et privés à la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 4.



alcoolisés destinés aux enfants afin de réduire les effets de cette commercialisation tout en évitant les conflits d'intérêts potentiels ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'apporter aux États Membres qui le demanderont une assistance technique pour la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants et pour le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre ;

2) d'appuyer les réseaux régionaux existants et, le cas échéant, de faciliter la mise en place de nouveaux réseaux, pour renforcer la coopération internationale visant à réduire les effets de la commercialisation d'aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel sur les enfants ;

3) de coopérer avec la société civile et avec les acteurs publics et privés à la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations afin de réduire les effets de la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants, tout en évitant les conflits d'intérêts potentiels ;

4) de renforcer la coopération internationale avec d'autres organisations et organismes intergouvernementaux internationaux pour promouvoir la mise en œuvre, par les États Membres, des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants ;

5) d'utiliser les méthodes existantes pour évaluer le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles afin d'assurer le suivi des politiques de commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants ;

6) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisés destinés aux enfants dans le cadre du rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et du Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, quatrième rapport)

### **WHA63.15 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/7.

Rappelant la résolution WHA61.18 sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Rappelant les résultats des grands sommets et conférences des Nations Unies dans les domaines économique, social et apparentés, surtout ceux ayant un lien avec la santé mondiale, en particulier le Document final du Sommet mondial de 2005 et les engagements pris par la communauté internationale en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que les nouveaux engagements pris lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, 25 septembre 2008) ;

Soulignant qu'il est important d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, notamment dans le but d'assurer le développement socio-économique ;

Préoccupée par le fait que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement varie selon les pays et les objectifs ;

Se félicitant de la Déclaration ministérielle adoptée lors de l'examen ministériel annuel de la réalisation des objectifs convenus sur le plan international et du respect des engagements pris en faveur de la santé publique dans le monde auquel le Conseil économique et social a procédé en 2009 ;

Rappelant la résolution 64/108 de l'Assemblée générale des Nations Unies (10 décembre 2009) sur la santé mondiale et la politique étrangère ;

Reconnaissant que les objectifs du Millénaire pour le développement sont liés entre eux et réaffirmant la volonté de l'Assemblée de la Santé de continuer à redynamiser et consolider le Partenariat mondial pour le développement, élément indispensable pour atteindre ces objectifs, en particulier ceux liés à la santé, notamment par le renforcement des capacités, le transfert de technologie, la mise en commun des meilleures pratiques et des enseignements, la coopération Sud-Sud et la prévisibilité des ressources ;

Rappelant le Consensus de Monterrey de mars 2002 invitant « instamment les pays développés qui ne l'ont pas encore fait à prendre des mesures concrètes pour atteindre les objectifs consistant à consacrer 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement » et encourageant « les pays en développement à faire fond sur les progrès accomplis pour garantir que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour contribuer à la réalisation des objectifs de développement » ;

Réaffirmant l'engagement pris par de nombreux pays développés de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement d'ici 2015 et 0,56 % d'ici 2010 et d'affecter entre 0,15 et 0,20 % aux pays les moins avancés ;

Se félicitant des efforts croissants faits pour améliorer la qualité de l'aide publique au développement et en accroître les retombées sur le développement, tels que ceux déployés dans le cadre du Forum pour la coopération en matière de développement du Conseil économique et social ; des principes figurant dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et du Programme d'action d'Accra ; ainsi que de l'expérience du Partenariat international pour la santé et autres alliances en faveur d'une adhésion nationale, d'un alignement, d'une harmonisation et d'une gestion orientée sur les résultats ;

Notant les travaux du groupe principal sur le financement novateur du développement et du Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé, les engagements supplémentaires pris par plusieurs pays en vue d'augmenter le financement de la santé et

les annonces faites par plusieurs pays à la Réunion de haut niveau sur la santé (New York, 23 septembre 2009) de l'Assemblée générale des Nations Unies en vue d'instaurer l'accès universel à des soins de santé de base financièrement abordables, y compris des services gratuits pour les femmes et les enfants au point d'utilisation choisi par les pays, et des mécanismes financiers de protection sociale ;

Saluant l'initiative importante du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et les travaux concernant le plan d'action conjoint visant à améliorer la santé de la femme et de l'enfant, et l'invitation à s'y associer qu'il a adressée à tous les États Membres ;

Préoccupée par la lenteur relative des progrès accomplis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment en Afrique subsaharienne ;

Exprimant sa profonde préoccupation devant la faible capacité institutionnelle des systèmes d'information sanitaire, la couverture insuffisante et la qualité peu satisfaisante des registres d'état civil dans les pays en développement, qui entravent le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Se déclarant vivement préoccupée par les inégalités en matière de santé qui continuent à compromettre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'accès universel aux services de santé génésique et par la lenteur des progrès accomplis pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement qui visent à améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;

Se félicitant de la contribution de tous les partenaires concernés à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH/sida et des progrès accomplis en ce sens ;

Réaffirmant le rôle dirigeant de l'OMS en tant que principale institution des Nations Unies spécialisée dans le domaine de la santé, y compris son rôle et ses fonctions en matière de politiques de santé, conformément à son mandat ;

Accueillant avec satisfaction le rapport de l'OMS sur les femmes et la santé<sup>1</sup> comme un ouvrage important pour faire avancer la cause des droits de la femme et de l'égalité des sexes, qui insiste sur la nécessité d'aborder la santé des femmes selon des stratégies exhaustives permettant de s'attaquer aux causes profondes de la discrimination, et qui souligne combien il est important de renforcer les systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins sanitaires des femmes en termes d'accès et d'exhaustivité ;

Consciente que des systèmes de santé fondés sur les principes d'accès universel pour lutter contre les inégalités en matière de santé, de soins centrés sur la personne, d'intégration de la santé dans des politiques publiques plus larges et de direction globale de l'action de santé sont indispensables pour améliorer durablement la santé ;

Consciente également de la charge croissante des maladies non transmissibles dans l'ensemble du monde, et rappelant l'importance de la prévention des maladies infectieuses qui représentent toujours un lourd fardeau, notamment dans les pays en développement, les effets néfastes des crises alimentaire, écologique, économique et financière sur les populations, en particulier sur les plus pauvres et les plus vulnérables d'entre elles, qui risquent d'amplifier la malnutrition et de

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, 2009.

compromettre la réalisation de l'objectif 1 du Millénaire pour le développement (Éliminer l'extrême pauvreté et la faim) et des objectifs liés à la santé ainsi que les progrès accomplis ces vingt dernières années ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à renforcer les systèmes de santé de façon à obtenir des résultats sanitaires équitables formant la base d'une approche exhaustive dans le but d'atteindre les objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement, en soulignant qu'il faut ériger des systèmes de santé nationaux durables et renforcer les capacités nationales en s'attachant notamment à la prestation des services, au financement des systèmes de santé, au personnel de santé, aux systèmes d'information sanitaire, à l'achat et à la distribution des médicaments, des vaccins et des technologies, aux soins de santé sexuelle et génésique et à la volonté politique au niveau des instances dirigeantes et de la gouvernance ;

2) à revoir les politiques, y compris celles en matière de recrutement, de formation et de fidélisation, qui aggravent le problème du manque d'agents de santé et de leur répartition déséquilibrée dans les pays et dans l'ensemble du monde, en particulier la pénurie de personnel en Afrique subsaharienne, qui sape les systèmes de santé des pays en développement ;

3) à réaffirmer les valeurs et principes des soins de santé primaires, notamment l'équité, la solidarité, la justice sociale, l'accès universel aux services, l'action multisectorielle, la transparence, la responsabilisation, la décentralisation, la participation communautaire et l'autonomisation, comme éléments de base pour renforcer les systèmes de santé par l'appui à l'action sanitaire et au développement, compte tenu des réformes nécessaires concernant le leadership, les politiques publiques, la couverture universelle et la prestation des services pour renforcer les soins de santé primaires ;

4) à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales qui visent les déterminants sociaux de la santé et à envisager de mettre au point des politiques exhaustives et universelles de protection sociale, ou à les renforcer, qui englobent la promotion de la santé, la prévention des maladies infectieuses et non transmissibles et les soins de santé, et de promouvoir l'offre de biens et de services indispensables à la santé et au bien-être ainsi que l'accès à ces biens et services ;

5) à s'engager plus avant à investir davantage dans les ressources financières et humaines et à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire afin de générer des données exactes, fiables et en temps utile sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

6) à s'engager de nouveau à prévenir et éliminer la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et juvéniles en assurant efficacement la continuité des soins, en renforçant les systèmes de santé et en adoptant des stratégies et des programmes complets et intégrés pour s'attaquer aux causes profondes des inégalités entre les sexes et aux difficultés d'accès à des soins adéquats et à la santé génésique, y compris la planification familiale et la santé sexuelle ; en incitant à respecter les droits des femmes ; et en redoublant d'efforts pour intégrer les soins destinés au nouveau-né et à l'enfant, y compris les mesures contre les principales causes de mortalité de l'enfant, en particulier les interventions qui visent à généraliser l'allaitement maternel exclusif et continu ;

7) à déployer beaucoup plus d'efforts pour instaurer d'ici 2010 l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH/sida et pour stopper la propagation du VIH/sida et inverser la tendance actuelle d'ici 2015 ;

- 8) à développer au maximum les synergies entre l'action menée contre le VIH/sida et le renforcement des systèmes de santé et du soutien social ;
  - 9) à renforcer les politiques pour faire face aux difficultés que présente la lutte contre le paludisme, y compris la surveillance de la résistance aux associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine ;
  - 10) à pérenniser et consolider les progrès faits dans la lutte contre la tuberculose et à mettre au point des stratégies novatrices pour prévenir, dépister et traiter la tuberculose, y compris des moyens de faire face aux nouvelles menaces comme la co-infection tuberculose-VIH et la tuberculose multirésistante ou ultrarésistante ;
  - 11) à maintenir les engagements pris en faveur de l'éradication de la poliomyélite et les efforts visant à éliminer la rougeole ;
  - 12) à intégrer les meilleures pratiques en matière de renforcement des services de santé dans les initiatives bilatérales et multilatérales prises en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier les initiatives de coopération Sud-Sud ;
  - 13) à soutenir les efforts déployés au niveau national par les pays en développement pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier ceux liés à la santé, notamment par le renforcement des capacités, le transfert de technologie, la mise en commun des meilleures pratiques et des enseignements, la coopération Sud-Sud et la prévisibilité des ressources ;
  - 14) à tenir leurs engagements concernant l'aide publique au développement d'ici 2015 ;
  - 15) à tenir durablement l'engagement politique et financier des gouvernements des pays en développement à mobiliser des ressources budgétaires adéquates en faveur du secteur de la santé ;
2. INVITE les organisations concernées du système des Nations Unies et les institutions financières internationales et appelle les partenaires et les organismes internationaux pour le développement, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé à continuer à soutenir et à envisager de soutenir davantage encore les pays, en particulier en Afrique subsaharienne, pour l'élaboration et l'application de politiques de santé et de plans nationaux de développement sanitaire qui soient conformes aux objectifs de santé convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer à jouer un rôle prépondérant dans le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, y compris des progrès accomplis sur la voie menant à la couverture universelle des services indispensables pour atteindre ces objectifs ;
  - 2) dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS, de continuer à coopérer étroitement avec toutes les autres organisations du système des Nations Unies et organisations internationales concernées par la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en s'attachant tout particulièrement à utiliser efficacement les ressources selon le mandat et les compétences de base de chacune d'entre elles, en évitant les chevauchements d'activités et la fragmentation de l'aide, et en favorisant la coordination de l'action des institutions internationales ;

- 3) de fournir un appui aux États Membres dans les efforts qu'ils font pour renforcer leurs systèmes de santé, résoudre le problème du manque d'agents de santé, réaffirmer les valeurs et principes des soins de santé primaires, agir sur les déterminants sociaux de la santé et renforcer leurs politiques publiques visant à assurer le plein accès à la santé et à la protection sociale, y compris un accès facilité aux médicaments de qualité nécessaires pour soigner notamment les segments les plus vulnérables de la société ;
- 4) de favoriser l'harmonisation et la coordination des interventions mondiales visant à renforcer les systèmes de santé, en les fondant sur l'approche des soins de santé primaires, en collaboration avec les États Membres, les organisations internationales concernées, les initiatives internationales pour la santé et d'autres parties intéressées, afin de créer davantage de synergies entre les priorités internationales et nationales ;
- 5) d'énoncer et de présenter à l'Assemblée de la Santé, dans le cadre de son plan d'action pour le renouveau des soins de santé primaires, les mesures qui, d'après le Secrétariat, lui permettront de mieux contribuer à la réalisation des objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement ;
- 6) de collaborer avec tous les partenaires compétents pour instaurer une couverture vaccinale élevée avec des vaccins de qualité garantie et financièrement abordables ;
- 7) de diriger la collaboration avec tous les partenaires compétents pour veiller à ce que les mesures concernant les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé soient l'un des principaux thèmes de la réunion plénière de haut niveau des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (20-22 septembre 2010) ;
- 8) de continuer à recueillir et rassembler les données scientifiques nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, pour les distribuer à tous les États Membres ;
- 9) de continuer à soumettre chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ainsi que sur les principaux obstacles rencontrés et les moyens de les surmonter ;
- 10) d'offrir une assistance aux États Membres pour mettre au point des systèmes d'information sanitaire fiables qui fournissent des données de qualité à des fins de suivi et d'évaluation des objectifs du Millénaire pour le développement.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, quatrième rapport)

**WHA63.16 Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet révisé de code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, annexé au rapport du Secrétariat intitulé « Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial » ;<sup>2</sup>

1. ADOPTE, conformément à l'article 23 de la Constitution, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;<sup>3</sup>
2. DÉCIDE que le premier examen de l'utilité et de l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé sera effectué par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;
3. PRIE le Directeur général :
  - 1) de fournir tout l'appui possible aux États Membres, à leur demande, pour l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
  - 2) de coopérer avec tous les acteurs concernés par l'application et le suivi de l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
  - 3) d'élaborer rapidement, en concertation avec les États Membres, des lignes directrices concernant les ensembles de données minimums, l'échange d'informations et les rapports sur l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ;
  - 4) dans le cadre de l'établissement de rapports périodiques, de faire des propositions, si besoin est, quant à la révision du texte du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé à la lumière du premier examen et quant aux mesures nécessaires à sa bonne application.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, quatrième rapport)

---

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

<sup>2</sup> Document A63/8.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 5.

**WHA63.17 Malformations congénitales<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les malformations congénitales ;<sup>2</sup>

Préoccupée par le nombre élevé de mortinaissances et de décès néonataux dans le monde et la part importante que représente la mortalité néonatale dans la mortalité des moins de cinq ans ;

Reconnaissant l'importance des malformations congénitales en tant que cause de mortalité et de mortalité néonatale ;

Consciente qu'il existe des interventions efficaces pour prévenir les malformations congénitales, parmi lesquelles la prestation de services de génétique communautaires appropriés dans le cadre des soins de santé primaires, qui peuvent être intégrées dans les services de santé génésique et les services de santé de la mère et de l'enfant, ainsi que des interventions visant à limiter l'exposition aux facteurs de risque de malformations congénitales ;

Inquiète de constater que la couverture des interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est insuffisante et que des obstacles continuent d'entraver l'accès aux services de santé dans les pays où la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est la plus élevée ;

Consciente que pour atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant il faudra parvenir à faire baisser plus rapidement la mortalité néonatale, y compris par la prévention et la prise en charge des malformations congénitales ;

Reconnaissant que l'absence ou l'insuffisance des registres d'état civil dans les pays en développement et l'inexactitude des registres sur les causes de décès sont des obstacles majeurs pour estimer l'ampleur des problèmes de santé publique imputables aux malformations congénitales ;

Rappelant la résolution WHA58.31, dans laquelle l'Assemblée de la Santé, appelant de ses vœux la couverture universelle des interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, a invité instamment les États Membres à investir davantage de ressources et à intensifier les efforts au niveau national pour assurer de façon continue et harmonieuse les soins de santé génésique et les soins destinés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant ; et la résolution WHA57.13, dans laquelle il est reconnu que la génomique a une contribution importante à apporter dans le domaine de la santé publique ;

Reconnaissant que la prévalence des malformations congénitales varie d'une communauté à l'autre et que le manque de données épidémiologiques peut empêcher de les prendre en charge de façon efficace et équitable ;

Reconnaissant la diversité des causes et des déterminants des troubles congénitaux, y compris des facteurs évitables tels que les infections ou les facteurs nutritionnels, les maladies à prévention

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/10.



vaccinale, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, et l'exposition à des substances chimiques, notamment des pesticides ;

Notant avec une vive préoccupation que les malformations congénitales ne sont toujours pas reconnues comme des priorités de santé publique ;

Préoccupée par le peu de ressources consacrées à la prévention et à la prise en charge des malformations congénitales avant et après la naissance, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à mieux faire prendre conscience à tous les acteurs concernés, y compris les responsables gouvernementaux, les professionnels de la santé, la société civile et le public, de l'importance des malformations congénitales comme cause de morbidité et de mortalité de l'enfant ;
- 2) à fixer des priorités, investir des ressources et concevoir des plans et des activités pour intégrer des interventions efficaces,<sup>1</sup> portant notamment sur le conseil au sens large, l'information et la sensibilisation pour la prévention des malformations congénitales, et la prise en charge des enfants qui en sont atteints, dans les services existants de santé génésique et les services de santé de la mère et de l'enfant, ainsi que des interventions efficaces pour prévenir le tabagisme et la consommation d'alcool au cours de la grossesse ;
- 3) à promouvoir l'application de normes internationalement reconnues réglementant l'utilisation des substances chimiques dans l'air, l'eau et le sol ;
- 4) à étendre la couverture des mesures de prévention efficaces, y compris la vaccination contre la rubéole, une supplémentation en acide folique, des programmes de lutte contre le tabagisme et la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes qui essaient de concevoir un enfant, des programmes d'éducation sanitaire à l'intention de la population en général comme des groupes à haut risque, portant, entre autres, sur les questions éthiques, juridiques et sociales en rapport avec les malformations congénitales, et en facilitant la création d'organisations de parents-patients et de services de génétique communautaires appropriés ;
- 5) à établir des systèmes d'enregistrement et de surveillance des malformations congénitales, et à renforcer ceux qui existent, dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire afin de disposer d'informations exactes pour la prise de décisions relatives à la lutte contre les malformations congénitales et de pouvoir continuer à offrir des soins et un soutien aux personnes atteintes de malformations congénitales ;
- 6) à développer les compétences techniques ainsi que les moyens de prévention des malformations congénitales et de prise en charge des enfants qui en sont atteints ;
- 7) à renforcer la recherche et les études sur l'étiologie, le diagnostic et la prévention des principales malformations congénitales et à promouvoir la coopération internationale pour les combattre ;

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 6.

8) à mieux faire prendre conscience à tous les acteurs concernés, y compris les responsables gouvernementaux, les professionnels de la santé, la société civile et le public, de l'importance des programmes de dépistage à la naissance et du rôle qu'ils ont à jouer pour identifier les enfants atteints de malformations congénitales ;

9) à prendre toutes les mesures nécessaires pour que les enfants souffrant d'incapacités puissent jouir pleinement de tous les droits humains et de toutes les libertés fondamentales sur un pied d'égalité avec les autres enfants, à donner la priorité au bien-être de l'enfant et à soutenir les familles et les aider à prendre soin de ces enfants et à les élever ;

10) à apporter leur soutien aux familles dont les enfants présentent des malformations congénitales et des incapacités associées et à veiller à ce que des soins de réadaptation et des aides appropriés soient fournis aux enfants souffrant d'incapacités ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de promouvoir la collecte de données sur la charge mondiale de morbidité et de mortalité imputable aux malformations congénitales dans le monde et d'envisager d'élargir les groupes d'anomalies congénitales figurant dans la classification lors de la révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Dixième Révision) ;

2) de continuer à collaborer avec l'Organisation internationale de Surveillance et de Recherche concernant les Anomalies congénitales afin d'améliorer la collecte de données sur la charge mondiale de morbidité et de mortalité imputable aux malformations congénitales ;

3) de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils dressent des plans nationaux pour la mise en œuvre d'interventions permettant de prévenir et de prendre en charge efficacement les malformations congénitales<sup>1</sup> dans le cadre de leur plan national de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; renforcent les systèmes de santé et les soins de santé primaires, notamment en améliorant la couverture vaccinale par les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux, en luttant contre la consommation de tabac et d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes essayant de concevoir un enfant et en appliquant des stratégies d'enrichissement des aliments pour prévenir les malformations congénitales ; et favorisent un accès équitable à ces services ;

4) de fournir un appui aux États Membres pour l'élaboration de lignes directrices éthiques et juridiques applicables aux malformations congénitales ;

5) de fournir un appui aux États Membres pour la fourniture de services de génétique communautaires appropriés dans le cadre du système des soins de santé primaires ;

6) de promouvoir la coopération technique entre les États Membres, les organisations non gouvernementales et d'autres organismes concernés en matière de prévention des malformations congénitales ;

7) de soutenir et de faciliter les travaux de recherche sur la prévention et la prise en charge des malformations congénitales afin d'améliorer la qualité de vie de ceux qui en sont atteints ;

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 6.

8) de faire rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

### **WHA63.18 Hépatite virale<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'hépatite virale ;<sup>2</sup>

Tenant compte du fait que quelque 2 milliards de personnes ont été infectées par le virus de l'hépatite B et qu'environ 350 millions vivent avec une forme chronique de la maladie ;

Consciente du fait que l'hépatite C n'est toujours pas évitable par la vaccination et que dans près de 80 % des cas l'infection par le virus de l'hépatite C devient une infection chronique ;

Prenant acte de la gravité de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique mondial et de la nécessité de sensibiliser les gouvernements, toutes les parties et les populations pour que soient prises des mesures de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie ;

Exprimant sa préoccupation devant le manque de progrès en matière de prévention et de lutte concernant l'hépatite virale dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, faute d'un accès à un traitement abordable et approprié et à des soins adéquats et d'une approche intégrée de la prévention et de mesures de lutte contre la maladie ;

Consciente de la nécessité d'adopter une approche mondiale pour toutes les formes d'hépatite virale, tout particulièrement en ce qui concerne les hépatites virales B et C dont les taux de morbidité sont les plus élevés ;

Rappelant qu'une des voies de transmission des virus des hépatites B et C est la voie parentérale et que l'Assemblée de la Santé, dans la résolution WHA28.72 sur l'utilisation et l'obtention du sang humain et de ses dérivés, recommandait de favoriser la mise en place de services nationaux de don du sang et, dans la résolution WHA58.13, souscrivait à l'idée d'instituer une journée mondiale du don de sang, et que dans ces deux résolutions l'Assemblée de la Santé reconnaissait la nécessité de mettre du sang sécurisé à disposition des receveurs ;

Réaffirmant la résolution WHA45.17 sur la vaccination et la qualité des vaccins qui engageait vivement les États Membres à intégrer le vaccin anti-hépatite B aux programmes nationaux de vaccination ;

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/15.

Considérant la nécessité de réduire les taux de mortalité par cancer du foie et constatant que les hépatites virales sont responsables de 78 % des cancers primitifs du foie ;

Vu la synergie qui existe entre les mesures de prévention et de lutte concernant l'hépatite virale et celles concernant les maladies infectieuses comme l'infection à VIH et d'autres maladies hématogènes ou sexuellement transmissibles ;

Reconnaissant la nécessité de réduire l'incidence pour prévenir et combattre l'hépatite virale, d'améliorer les outils diagnostiques et d'offrir des programmes de traitement appropriés dans toutes les Régions ;

Reconnaissant en outre la nécessité d'universaliser les pratiques pour la sécurité des injections comme le préconise le Réseau mondial OMS pour la sécurité des injections ;

1. DÉCIDE que la Journée mondiale de l'hépatite sera célébrée le 28 juillet, ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que décideront les divers États Membres, et qu'elle sera l'occasion de faire connaître et mieux comprendre le problème de santé publique mondial posé par l'hépatite virale et de stimuler le renforcement des mesures de lutte contre cette maladie dans les États Membres ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à mettre en œuvre des systèmes de surveillance épidémiologique et/ou à les améliorer et à renforcer les capacités de laboratoire, le cas échéant, afin de générer des informations fiables aux fins d'orienter les mesures de prévention et de lutte ;

2) à soutenir ou à mettre en place une approche intégrée et rentable pour la prévention, la lutte et la prise en charge concernant l'hépatite virale en tenant compte de corrélations avec les co-infections associées, comme l'infection à VIH, dans le cadre d'une collaboration multisectorielle entre les établissements de santé et d'enseignement et avec la participation d'organisations non gouvernementales et de la société civile, notamment grâce à des mesures propres à renforcer l'innocuité et la qualité ainsi que la réglementation des produits sanguins ;

3) à inclure dans leurs contextes propres les politiques, stratégies et outils recommandés par l'OMS afin de définir et mettre en œuvre des mesures préventives et diagnostiques, ainsi que la fourniture d'une assistance à la population touchée par l'hépatite virale, y compris aux populations migrantes et vulnérables ;

4) à renforcer les systèmes de santé nationaux pour prévenir et combattre de manière efficace l'hépatite virale grâce à la promotion de la santé et à la surveillance nationale, y compris au moyen d'instruments de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et par la vaccination, l'information, la communication et la sécurité des injections ;

5) à prévoir des stratégies de vaccination, des mesures de lutte contre les infections et des moyens d'assurer la sécurité des injections pour le personnel de santé ;

6) à utiliser des ressources nationales et internationales, aussi bien humaines que financières, pour fournir un appui technique susceptible de renforcer les systèmes de santé de façon à offrir aux populations locales les interventions les plus rentables et abordables adaptées à la situation épidémiologique locale ;

- 7) à envisager, selon les besoins, des mécanismes législatifs nationaux pour utiliser les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce afin de promouvoir l'accès à des produits pharmaceutiques spécifiques ;<sup>1</sup>
  - 8) à envisager d'utiliser, chaque fois que cela s'impose, les moyens administratifs et juridiques voulus pour promouvoir l'accès à des technologies de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale ;
  - 9) à élaborer et à appliquer des outils de surveillance et d'évaluation afin de mesurer les progrès réalisés pour réduire la charge que représente l'hépatite virale et pour orienter les stratégies fondées sur des données factuelles en vue de prendre des décisions politiques se rapportant aux activités de prévention, de diagnostic et de traitement ;
  - 10) à encourager l'observation de la Journée mondiale de l'hépatite chaque année le 28 juillet ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers États Membres ;
  - 11) à promouvoir la sécurité totale des injections à tous les niveaux des systèmes nationaux de soins de santé ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'établir en collaboration avec les États Membres les lignes directrices, les stratégies, les buts à atteindre dans des délais précis et les outils nécessaires de surveillance, de prévention et de lutte concernant l'hépatite virale ;
  - 2) de fournir le soutien nécessaire au développement d'une recherche scientifique liée à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'hépatite virale ;
  - 3) d'améliorer l'évaluation des effets économiques de l'hépatite virale à l'échelle mondiale et régionale et d'en estimer la charge ;
  - 4) de soutenir, selon qu'il conviendra, les États Membres disposant de ressources limitées dans l'organisation d'événements visant à marquer la Journée mondiale de l'hépatite ;
  - 5) d'inviter les organisations internationales, les institutions financières et les autres partenaires à apporter leur soutien et à attribuer des ressources au renforcement des systèmes de surveillance, aux programmes de prévention et de lutte, aux capacités de diagnostic et de laboratoire, et à la prise en charge de l'hépatite virale dans les pays en développement de manière équitable, adaptée et la plus efficace qui soit ;
  - 6) de renforcer le Réseau mondial OMS pour la sécurité des injections ;
  - 7) de collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies, les partenaires, les organisations internationales et les autres parties prenantes pour améliorer l'accès à des traitements abordables dans les pays en développement ;

---

<sup>1</sup> Par sa décision du 30 août 2003 sur la mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, le Conseil général de l'OMC a décidé que « l'expression 'produits pharmaceutiques' s'entend de tout produit breveté, ou produit fabriqué au moyen d'un procédé breveté, du secteur pharmaceutique nécessaire pour remédier aux problèmes de santé publique tels qu'ils sont reconnus au paragraphe 1 de la Déclaration. Il est entendu qu'elle inclurait les principes actifs nécessaires à la fabrication du produit et les kits de diagnostic nécessaires à son utilisation ».

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

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

## **WHA63.19 Stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Constatant que l'épidémie de VIH demeure l'une des plus grandes entraves à la santé et au développement aussi bien dans les pays où l'épidémie est généralisée que dans les régions où elle se concentre chez les personnes les plus à risque comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les utilisateurs de drogues injectables ;

Notant qu'à l'échelle mondiale le VIH est la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer et qu'il a causé la mort de 280 000 enfants en 2008, sapant ainsi les efforts entrepris pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant qu'il faut pérenniser les acquis notables en matière de prévention et de traitement du VIH/sida et progresser encore pour atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement et notamment, de toute urgence, renforcer les mesures de prévention ciblées et instaurer l'accès universel au traitement antirétroviral, dans le cadre du respect des droits de l'homme, de l'égalité entre les sexes et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;

Reconnaissant en outre la nécessité de renforcer les liens entre la prévention et le traitement du VIH/sida et la santé de la mère et de l'enfant pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement ;

Rappelant que l'action de l'OMS contre le VIH/sida a été guidée par une série de stratégies approuvées par l'Assemblée de la Santé dans plusieurs résolutions, parmi lesquelles les résolutions WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 et WHA59.19 ;

Considérant que l'initiative de l'OMS « 3 millions d'ici 2005 », lancée en 2003, qui visait à élargir l'accès au traitement antirétroviral, a été mise au point dans le cadre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida (2003-2007), approuvée par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA56.30) ;

Rappelant qu'en 2006 l'Assemblée générale des Nations Unies a fixé pour cible l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement et aux soins à l'horizon 2010<sup>2</sup> et que l'OMS a dressé un plan pour l'accès universel 2006-2010, dont la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a pris acte et qui a guidé l'action de l'OMS depuis lors, en gardant à l'esprit les résultats de la deuxième évaluation indépendante de l'ONUSIDA (2009) ;

Reconnaissant qu'il faut que les pays maintiennent l'engagement de lutter contre l'épidémie de VIH/sida à tous les niveaux, y compris au plus haut niveau politique, et qu'il faut les soutenir dans les

---

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

<sup>2</sup> Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

efforts qu'ils font pour élargir, rendre plus efficace et plus durable leur action contre le VIH pour leur permettre d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Notant que, pour mener une action durable contre le VIH, il faut l'intégrer dans un système de santé complet, notamment dans les services destinés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, les services de santé sexuelle et génésique, les services de lutte contre la tuberculose, les programmes de réduction des risques auxquels sont exposés les utilisateurs de drogues<sup>1</sup> et les services de soins de santé primaires, et notant en particulier que la pérennisation de ces efforts est difficile eu égard notamment à la crise financière mondiale ;

Reconnaissant que dans la plupart des pays les programmes de traitement antirétroviral représentent une part majeure des dépenses nationales totales pour le sida, ce qui justifie une attention immédiate pour examiner et améliorer le fonctionnement de ces programmes par un recrutement précoce, en veillant à une observance élevée des traitements, en limitant la pharmacorésistance et en réduisant au minimum les comportements à risque et en accroissant le niveau des dépenses nationales consacrées aux mesures de prévention et de lutte concernant le VIH ;

Profondément préoccupée par le fait que le financement des programmes contre le VIH dans la plupart des pays en développement dépend de ressources financières extérieures provenant de donateurs et d'initiatives mondiales pour la santé, le respect des engagements en matière d'efficacité de l'aide pouvant encore être amélioré, et que des ressources financières nationales limitées nuisent à la pérennité financière de ces programmes ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à réaffirmer leur volonté d'atteindre les buts et objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier celui d'enrayer la propagation du VIH/sida, du paludisme et d'autres grandes maladies et de commencer à inverser la tendance actuelle, et leur attachement aux accords sur le VIH/sida conclus lors de tous les grands sommets et conférences des Nations Unies, y compris le Sommet mondial de 2005 lors duquel une déclaration sur le traitement a été adoptée et l'objectif d'instaurer l'accès universel à la santé génésique a été fixé à 2015, comme indiqué au Sommet mondial de 2005 ;
- 2) à augmenter l'engagement des gouvernements en faveur des programmes de lutte contre le VIH/sida, et notamment à accroître les efforts de prévention, et à prendre des mesures pour accélérer l'harmonisation entre les donateurs et le respect des engagements en matière d'efficacité de l'aide ;
- 3) à intégrer, en fonction de la situation de chaque pays, les politiques, stratégies, programmes, interventions et outils recommandés par l'OMS afin de pouvoir assurer des mesures de prévention efficaces, un diagnostic précoce, un traitement et des soins concernant le VIH, et à prendre d'autres mesures visant à réduire le plus possible la stigmatisation sociale et les discriminations qui empêchent l'accès à la prévention, au traitement et aux soins ;
- 4) à envisager d'utiliser, autant que nécessaire, les dispositifs administratifs et juridiques existants pour promouvoir l'accès à une prévention, un traitement et des soins abordables et d'un bon rapport coût/efficacité ;

---

<sup>1</sup> Conformément au document *WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Genève, OMS, 2009.

5) à intégrer les services anti-VIH/sida dans des stratégies complètes relevant du secteur de la santé et d'autres secteurs concernés, notamment dans les services destinés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, les services de santé sexuelle et génésique, les services de lutte contre la tuberculose, les programmes de réduction des risques auxquels sont exposés les utilisateurs de drogues<sup>1</sup> et les services de soins de santé primaires, pour mener une action durable, d'une efficacité et d'une efficacité maximales ;

6) à suivre étroitement et à évaluer les programmes de lutte contre le VIH/sida en veillant à l'exhaustivité, l'exactitude et la fiabilité des données et à utiliser ces informations pour améliorer l'efficacité des programmes ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de prendre l'initiative d'organiser de vastes processus de concertation en vue d'élaborer une stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015 qui orientera l'appui du Secrétariat aux États Membres conformément aux politiques de l'ONUSIDA, notamment le Cadre de résultats,<sup>2</sup> et aux cadres stratégiques d'ordre plus général, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement et les soins de santé primaires, s'inspirera des cinq orientations stratégiques du plan pour l'accès universel, tiendra compte de l'évolution de l'architecture de la santé publique au niveau international et reflétera la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement ;

2) d'encourager et de favoriser l'utilisation des résultats de la recherche pour mener des politiques de santé publique efficaces contre le VIH/sida ;

3) de soumettre, pour examen et approbation éventuelle, à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, une stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

## **WHA63.20 Maladie de Chagas : lutte et élimination<sup>3</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la maladie de Chagas : lutte et élimination ;<sup>4</sup>

Reconnaissant qu'il faut s'attaquer à toutes les voies de transmission (par les vecteurs, les transfusions, les greffes d'organes, la transmission verticale et la voie orale) et que, en particulier, il

---

<sup>1</sup> Conformément au document *WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Genève, OMS, 2009.

<sup>2</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Une action conjointe en vue de résultats : Cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009-2011*. Genève, 2010 (document UNAIDS/09.13F) (sous presse).

<sup>3</sup> Voir dans le document EB124/2009/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>4</sup> Document A63/17.



faut éliminer la transmission vectorielle locale en Amérique latine, considérant que par « élimination » on entend l'interruption stable de la transmission locale ;

Exprimant sa satisfaction devant les progrès considérables faits par les pays dans le but d'éliminer la maladie de Chagas, comme le recommandait la résolution WHA51.14 ;

Soulignant que 2009 a marqué le centenaire de la découverte de cette maladie par le Dr Carlos Chagas ;

Reconnaissant le succès des initiatives intergouvernementales mises en œuvre en Amérique latine et saluant les progrès accomplis grâce aux stratégies de lutte antivectorielle ;

Reconnaissant que le nombre des cas de maladie de Chagas augmente dans des pays où cette maladie n'est pas endémique ;

Tenant compte de la nécessité d'harmoniser les méthodes diagnostiques et thérapeutiques ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire de dispenser des soins appropriés aux personnes atteintes de la maladie de Chagas ;

Insistant sur la nécessité de disposer de médicaments plus efficaces, plus sûrs et mieux adaptés, et notamment de formes pédiatriques, et sur le besoin d'étendre la couverture et la distribution des médicaments déjà disponibles ;

Rappelant la résolution CD49.R19 adoptée en 2009 par le quarante-neuvième Conseil directeur de l'OPS, dans laquelle il recommande instamment aux États Membres de s'engager à éliminer ou réduire les maladies négligées et les autres maladies liées à la pauvreté, dont la maladie de Chagas, afin que ces maladies ne soient plus considérées comme un problème de santé publique ;

Prenant acte de l'étendue de la collaboration et de l'appui entre États Membres et du soutien apporté par d'autres partenaires, et se félicitant du maintien de leur assistance ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à intensifier leurs efforts pour renforcer et consolider les programmes nationaux de lutte, en particulier dans les régions où la maladie de Chagas est réapparue, dans les pays d'endémie et de non-endémie et à en établir là où il n'en existe pas ;
- 2) à créer des mécanismes pour étendre l'application des mesures de lutte appropriées, y compris la promotion de conditions de vie décentes et saines, la prévention et l'intégration de mesures spéciales dans les services de santé reposant sur les soins de santé primaires, ainsi que le renforcement de la participation communautaire ;
- 3) à harmoniser les systèmes et à renforcer les capacités de surveillance, de collecte et d'analyse des données et de diffusion de l'information ;
- 4) à intégrer la prise en charge des patients présentant des formes cliniques aiguës et chroniques de la maladie de Chagas dans les services de soins de santé primaires ;
- 5) à accroître dans les pays où la maladie de Chagas est endémique la disponibilité des traitements existants afin d'en rendre l'accès universel ;

6) à promouvoir et encourager la recherche opérationnelle sur la lutte contre la maladie de Chagas pour :

- a) interrompre la transmission par des insectes vecteurs locaux en maîtrisant et en éliminant ces vecteurs ;
- b) promouvoir la mise au point de médicaments qui soient mieux adaptés, plus sûrs et d'un coût plus abordable ;
- c) promouvoir la mise au point d'un test de guérison valide et accessible ;
- d) réduire le risque de complications tardives de l'infection ;
- e) instaurer des systèmes de dépistage précoce, en particulier des nouvelles infections et des infections congénitales chez les nouveau-nés, et de détection de la réactivation de la maladie chez les patients immunodéprimés ;
- f) optimiser la sécurité des transfusions sanguines et les méthodes de dépistage dans les pays d'endémie de cette maladie et envisager la mise en œuvre de méthodes de dépistage appropriées dans ceux où la maladie n'est pas endémique ;

7) à renforcer et à harmoniser les politiques de santé publique pour réduire la charge de la maladie de Chagas, particulièrement dans les pays où la maladie n'est pas endémique ;

8) à promouvoir l'élaboration de mesures de santé publique dans les pays d'endémie et dans ceux où la maladie n'est pas endémique, en se concentrant sur les zones d'endémie, pour prévenir la transmission par les transfusions sanguines et les greffes d'organes et assurer le dépistage précoce de la transmission congénitale et la prise en charge des cas ;

9) à intégrer le diagnostic et le traitement de la maladie de Chagas dans les services de soins de santé primaires pour les patients atteints des formes aiguës et chroniques de la maladie ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'attirer l'attention sur la charge que représente la maladie de Chagas et sur la nécessité d'assurer un accès équitable aux services médicaux pour la prise en charge et la prévention de la maladie ;

2) d'intensifier la mise en œuvre des activités de lutte antivectorielle pour parvenir à interrompre la transmission locale de *Trypanosoma cruzi* et de promouvoir la recherche dans le but d'améliorer les stratégies de prévention ou d'en élaborer de nouvelles ;

3) d'encourager, dans les zones où la maladie de Chagas est endémique, à dépister l'infection chez les donneurs dans les banques du sang afin d'intégrer les stratégies de sécurité transfusionnelle ;

4) de fournir un appui aux pays des Amériques pour renforcer les initiatives intergouvernementales et le secrétariat technique du Bureau sanitaire panaméricain comme moyen efficace de coopération technique entre les pays, et d'envisager une initiative pour la lutte contre la maladie de Chagas dans les régions où la maladie n'est pas endémique ;

- 5) de collaborer avec les États Membres et les initiatives intergouvernementales en vue de fixer des objectifs et des cibles pour interrompre la transmission, en particulier la transmission vectorielle locale dans les pays d'Amérique latine ;
- 6) de contribuer à mobiliser des ressources humaines et financières dans les secteurs public et privé aux niveaux national et international pour atteindre les objectifs ;
- 7) de promouvoir la recherche sur les moyens de prévenir, combattre et traiter la maladie de Chagas ;
- 8) de promouvoir les efforts intersectoriels et la collaboration et de faciliter la mise en réseau des organisations et partenaires soucieux d'appuyer l'élaboration et le renforcement des programmes de lutte contre la maladie de Chagas ;
- 9) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis sur la voie de l'élimination de la maladie de Chagas.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

### **WHA63.21 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de stratégie OMS de recherche pour la santé ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé et la résolution WHA60.15 sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;

Reconnaissant que la recherche contribue à l'élaboration de solutions aux problèmes de santé et au progrès sanitaire partout dans le monde ;

Consciente que, dans un monde en constante évolution et confronté à d'importants problèmes environnementaux, démographiques, sociaux et économiques, la recherche sera de plus en plus essentielle pour déterminer la nature et l'ampleur des problèmes de santé et trouver des interventions et des stratégies qui sauvent des vies ;

Consciente en outre de la nature multidisciplinaire et intersectorielle croissante de la recherche visant à améliorer la santé ;

Affirmant le rôle et les responsabilités de l'OMS, en tant que principale organisation mondiale s'occupant de la santé, dans le domaine de la recherche en santé ;

---

<sup>1</sup> Voir le document A63/22 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/22.

Reconnaissant la nécessité de renforcer la capacité du secteur public dans le domaine de la recherche en santé ;

Reconnaissant que les activités de recherche dans les secteurs public et privé peuvent être complémentaires et se renforcer mutuellement pour améliorer la santé dans le monde ;

Consciente qu'il faut renforcer la conduite, la gestion et la coordination des activités de l'OMS dans le domaine de la recherche en santé ;

Consciente en outre qu'il faut mieux faire connaître les activités de recherche de l'OMS et leurs résultats, en particulier à ses États Membres et partenaires ;

Notant que la recherche pour la santé est mentionnée dans la résolution WHA61.21 sur la Stratégie et le plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et dans les conclusions et recommandations pertinentes de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé ;

Tenant compte des résultats du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé (Bamako, 17-19 novembre 2008) ;

1. APPROUVE la Stratégie OMS de recherche pour la santé ;<sup>1</sup>
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à reconnaître que la recherche est importante pour améliorer la santé et pour l'équité en santé et à adopter et appliquer des politiques de recherche pour la santé qui soient en harmonie avec les plans sanitaires nationaux, qui prévoient la participation de tous les secteurs concernés, public et privé, qui alignent l'appui extérieur sur les priorités communes et qui renforcent les principales institutions nationales ;
  - 2) à envisager de tirer parti de la Stratégie OMS de recherche pour la santé en fonction des circonstances et du contexte qui leur sont propres et dans le cadre de leurs politiques générales en matière de santé et de recherche en santé ;
  - 3) à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé en veillant à ce que la recherche pour la santé soit mieux gérée et dirigée, en se concentrant sur les besoins nationaux, en instaurant des mécanismes institutionnels efficaces pour la recherche, en utilisant des données factuelles pour élaborer les politiques de santé et en harmonisant et coordonnant l'appui national et extérieur (y compris celui de l'OMS) ;
  - 4) à instaurer, si cela est nécessaire et approprié, des mécanismes de gouvernance de la recherche pour la santé, à veiller à l'application rigoureuse de normes et de critères bien conçus en matière de recherche, y compris la protection des sujets humains impliqués dans la recherche, et à promouvoir un dialogue ouvert entre responsables politiques et chercheurs sur les besoins, les capacités et les impératifs nationaux dans le domaine de la santé ;

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 7.

- 5) à améliorer la collecte de données et d'informations sanitaires fiables et à faire en sorte, lorsque cela sera approprié, qu'elles soient le plus souvent possible disponibles gratuitement et sans restriction dans le domaine public ;
  - 6) à promouvoir la collaboration intersectorielle et la recherche de grande qualité afin d'obtenir les données nécessaires pour que les politiques adoptées dans tous les secteurs contribuent à l'amélioration de la santé et à l'équité en santé ;
  - 7) à impulser une collaboration interpays, ou à la renforcer, pour profiter d'une efficacité d'échelle dans le domaine de la recherche grâce à l'échange de données d'expérience, d'informations sur les meilleures pratiques et de ressources, à la mise en commun des mécanismes de formation et d'achat et à l'utilisation de méthodes d'évaluation communes et normalisées ;
  - 8) à envisager, au besoin, d'instaurer des mécanismes de collaboration régionaux tels que des centres d'excellence, pour faciliter l'accès des États Membres à la recherche et aux compétences dont ils ont besoin pour faire face aux problèmes de santé ;
  - 9) à continuer à financer la recherche pour la santé comme le prévoit la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;
3. INVITE les États Membres, la communauté de la recherche en santé, les organisations internationales, les organismes qui soutiennent la recherche, le secteur privé, la société civile et les autres parties prenantes concernées :
- 1) à fournir au Secrétariat l'appui nécessaire pour mettre en œuvre la Stratégie OMS de recherche pour la santé et pour évaluer et contrôler son efficacité ;
  - 2) à collaborer avec le Secrétariat, dans le cadre de la Stratégie, en vue de fixer les priorités de la recherche pour la santé, de mettre au point des lignes directrices en matière de recherche pour la santé et de rassembler des données et des informations sanitaires ;
  - 3) à aider le Secrétariat et les partenaires de l'OMS dans le domaine de la recherche à mobiliser un surcroît de ressources au profit des priorités de la recherche pour la santé fixées au niveau mondial ;
  - 4) à prêter plus particulièrement attention aux besoins des pays à faible revenu en matière de recherche, notamment en ce qui concerne le transfert de technologie, les effectifs, le développement des infrastructures et les déterminants de la santé, surtout lorsque ces éléments contribueront à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, à l'équité en santé et à une meilleure santé pour tous, et à collaborer avec les États Membres de l'OMS et le Secrétariat pour mieux aligner et coordonner l'architecture de la recherche mondiale en santé et sa gouvernance par la rationalisation des partenariats mondiaux existants en matière de recherche en santé, pour améliorer la cohérence et l'impact, et pour accroître l'efficacité et l'équité ;
  - 5) à soutenir, si nécessaire, la coopération technique entre pays en développement dans le domaine de la recherche pour la santé ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de donner l'impulsion nécessaire pour que soient définies les priorités de la recherche pour la santé au niveau mondial ;

- 2) de mettre en œuvre la Stratégie OMS de recherche pour la santé à tous les niveaux de l'Organisation et avec les partenaires, en tenant compte des références à la recherche pour la santé figurant dans la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
- 3) d'améliorer la qualité de la recherche au sein de l'Organisation ;
- 4) de prévoir des ressources de base suffisantes dans les projets de budget programme pour mettre en œuvre la Stratégie OMS de recherche pour la santé ;
- 5) de faire en sorte que les normes et critères de qualité de la recherche les plus stricts soient appliqués au sein de l'OMS, y compris en ce qui concerne les aspects techniques, éthiques et méthodologiques, la mise en pratique, l'utilisation et la diffusion des résultats, et d'examiner et aligner l'architecture et la gouvernance des activités et partenariats de l'Organisation en matière de recherche ;
- 6) de fournir un appui aux États Membres qui en font la demande et dans la limite des ressources disponibles afin qu'ils prennent les mesures pertinentes pour renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé et la collaboration intersectorielle et notamment pour créer, par le renforcement des capacités, un vivier suffisant de chercheurs sur les systèmes et les politiques de santé dans les pays en développement ;
- 7) de renforcer le rôle des centres collaborateurs de l'OMS, qui constituent un mécanisme bien établi et efficace de coopération entre l'Organisation et les pays dans le domaine de la recherche pour la santé ;
- 8) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

## **WHA63.22 Transplantation d'organes et de tissus humains<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la transplantation d'organes et de tissus humains ;<sup>2</sup>

Rappelant les résolutions WHA40.13, WHA42.5 et WHA44.25 sur l'obtention et la transplantation d'organes, ainsi que la résolution WHA57.18 demandant une mise à jour des Principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ;

Consciente de l'augmentation du nombre des transplantations de cellules, de tissus et d'organes humains et de leur utilité croissante pour de nombreux patients dans les pays à faible revenu comme dans ceux à revenu élevé ;

---

<sup>1</sup> Voir le document A63/24 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/24.

Acquise aux principes de la dignité et de la solidarité humaines qui condamnent l'achat de parties du corps humain aux fins de transplantation et l'exploitation des populations les plus pauvres et les plus vulnérables, ainsi que le trafic d'êtres humains qui en résulte ;

Résolue à prévenir les dommages causés par la recherche de profit ou d'avantages comparables en relation avec des parties du corps humain, par le trafic d'organes et par le tourisme de la transplantation ;

Convaincue que le don volontaire et non rémunéré de cellules, de tissus et d'organes provenant de personnes décédées ou de donneurs vivants constitue une ressource essentielle pour la communauté ;

Consciente de l'ampleur de la circulation transfrontières des cellules et des tissus destinés à la transplantation ;

Sensible à la nécessité d'une surveillance post-transplantation des incidents et réactions indésirables associés au don, y compris le suivi à long terme du donneur vivant, au conditionnement et à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains en tant que tels, ainsi qu'à la nécessité d'échanges internationaux des résultats de cette surveillance pour améliorer la sécurité et l'efficacité des transplantations ;

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

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>2</sup>

1) à appliquer les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leurs politiques, de leur législation et autres textes régissant le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, selon qu'il conviendra ;

2) à promouvoir l'élaboration de systèmes de don volontaire, altruiste et non rémunéré de cellules, tissus et organes en tant que tels et à mieux faire connaître et comprendre au public les avantages liés au don volontaire et non rémunéré de cellules, tissus et organes en tant que tels provenant de personnes décédées ou de donneurs vivants par opposition aux risques physiques, psychologiques et sociaux inhérents au trafic de matériels d'origine humaine et au tourisme de la transplantation pour les individus et les communautés ;

3) à combattre la recherche de profit ou d'avantages comparables en relation avec des parties du corps humain, le trafic d'organes et le tourisme de la transplantation, notamment en encourageant les professionnels de la santé à informer les autorités compétentes de ces pratiques lorsqu'ils en ont connaissance conformément à leurs capacités et à la législation nationales ;

4) à promouvoir un système transparent et équitable d'attribution des organes, des cellules et des tissus selon des critères cliniques et des normes d'éthique ainsi qu'un accès équitable aux services de transplantation en fonction de leurs capacités nationales, ce qui constitue le meilleur moyen de promouvoir le don volontaire auprès du public ;

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 8.

<sup>2</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

5) à améliorer la sécurité et l'efficacité du don et de la transplantation en encourageant les meilleures pratiques internationales ;

6) à renforcer les autorités et/ou les capacités nationales et multinationales pour assurer la surveillance, l'organisation et la coordination des activités de don et de transplantation, en vouant une attention particulière au développement du don provenant de personnes décédées et à la protection de la santé et du bien-être des donneurs vivants moyennant des services de soins appropriés et un suivi à long terme ;

7) à collaborer à la collecte de données, notamment sur les incidents et réactions indésirables concernant les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'épidémiologie et l'éthique du don et de la transplantation ;

8) à encourager la mise en œuvre des systèmes de codage des cellules, tissus et organes humains mondialement cohérents afin de simplifier la traçabilité aux niveaux national et international des matériels d'origine humaine destinés à la transplantation ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de diffuser les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains aussi largement que possible auprès de toutes les parties intéressées ;

2) de fournir un appui aux États Membres et aux organisations non gouvernementales afin d'interdire le trafic de matériels d'origine humaine et le tourisme de la transplantation ;

3) de continuer à recueillir et analyser des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'épidémiologie et l'éthique du don et de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

4) de faciliter l'accès des États Membres aux informations pertinentes concernant le don, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, notamment aux données sur les incidents et réactions indésirables graves ;

5) de fournir un appui technique aux États Membres qui en font la demande pour les aider à mettre au point une législation et une réglementation nationales – ainsi que des systèmes de codage adéquats facilitant la traçabilité – concernant le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en particulier en facilitant la coopération internationale ;

6) d'examiner régulièrement les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains à la lumière de l'expérience des pays quant à leur application et des faits nouveaux intervenus dans le domaine de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

7) de faire rapport au moins tous les quatre ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les mesures prises par le Secrétariat, ainsi que par les États Membres, pour appliquer la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)



**WHA63.23 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;<sup>2</sup>

Rappelant les résolutions WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et sur la nutrition et le VIH/sida, ainsi que les Directives du Codex Alimentarius pour l'emploi des allégations relatives à la nutrition et à la santé ;<sup>3</sup>

Sachant que pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, il faudra réduire la malnutrition chez la mère et chez l'enfant ;

Consciente que la malnutrition représente 11 % de la charge mondiale de morbidité et qu'elle est cause d'un mauvais état de santé et d'incapacités à long terme ainsi que de mauvais résultats scolaires et de troubles du développement ; que 186 millions d'enfants dans le monde présentent un retard de croissance<sup>4</sup> et que, chaque année, 20 millions d'enfants souffrent de la forme la plus meurtrière de malnutrition aiguë sévère ; et que les facteurs de risque nutritionnels, y compris l'insuffisance pondérale, l'allaitement maternel sous-optimal et les carences en vitamines et en minéraux, en particulier en vitamine A, en fer, en iode et en zinc, sont à l'origine de 3,9 millions de décès (35 % de la mortalité totale) et de 144 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (33 % de la totalité des années de vie ajustées sur l'incapacité) chez les enfants de moins de cinq ans ;

Consciente que les pays sont confrontés aux problèmes croissants de santé publique que pose le double fardeau de la malnutrition (aussi bien la dénutrition que la suralimentation), avec des conséquences négatives plus tard dans la vie ;

Reconnaissant que 90 % des enfants ayant un retard de croissance vivent dans 36 pays et que les enfants de moins de deux ans sont les plus touchés par la dénutrition ;

Reconnaissant que la promotion des substituts du lait maternel et de certains aliments commerciaux pour le nourrisson et le jeune enfant compromet les progrès sur la voie d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ;

Consciente des problèmes posés par la pandémie de VIH/sida et des difficultés liées à la formulation de politiques adaptées pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et constatant avec préoccupation que l'aide alimentaire ne répond pas aux besoins nutritionnels des jeunes enfants infectés par le VIH ;

Notant avec préoccupation que dans les situations d'urgence, dont beaucoup surviennent dans des pays qui ne sont pas en voie d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement et qui

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/9.

<sup>3</sup> Document CAC/GL/23.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Statistiques sanitaires mondiales*, Genève, 2010.

comprennent des événements créés par les effets du changement climatique, les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables au risque de malnutrition, de maladie et de décès ;

Reconnaissant que les plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et les interventions d'urgence au niveau international ne prévoient pas toujours de protéger, de promouvoir et de favoriser une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ;

Se déclarant profondément préoccupée par les informations continuant à faire état de violations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel par certains fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, en ce qui concerne la promotion ciblant les mères et les agents de santé ;

Se déclarant en outre profondément préoccupée par les informations révélant l'inefficacité des mesures, en particulier des mesures facultatives, visant à faire respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans certains pays ;

Consciente que les pratiques d'alimentation inappropriées et leurs conséquences sont des obstacles majeurs à un développement socio-économique durable et à la réduction de la pauvreté ;

Préoccupée par le grand nombre de nourrissons et de jeunes enfants qui ne sont toujours pas convenablement nourris et dont l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et la survie sont de ce fait compromis ;

Considérant que pour mettre pleinement en œuvre la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et ses cibles opérationnelles, il faut une volonté politique ferme et une approche exhaustive, et notamment renforcer les systèmes de santé et les communautés en mettant particulièrement l'accent sur l'Initiative des hôpitaux « amis des bébés » et surveiller attentivement l'efficacité des interventions utilisées ;

Reconnaissant que l'amélioration des pratiques en matière d'allaitement maternel exclusif, une alimentation complémentaire suffisante et fournie en temps voulu, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, pourraient chaque année sauver la vie de 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans ;

Sachant qu'il faut des politiques multisectorielles en matière d'alimentation et de nutrition pour appliquer à plus grande échelle des interventions nutritionnelles sûres et efficaces reposant sur des données factuelles ;

Reconnaissant qu'il faut des politiques nationales complètes en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui fassent partie intégrante des stratégies nationales en faveur de la nutrition et de la survie de l'enfant ;

Convaincue que l'heure est venue pour les gouvernements, la société civile et la communauté internationale de renouveler l'engagement qu'ils ont pris de promouvoir une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et de collaborer étroitement à cette fin ;

Convaincue que le renforcement de la surveillance nutritionnelle au niveau national est crucial pour mettre en œuvre des politiques nutritionnelles efficaces et appliquer les interventions à plus grande échelle ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à accroître la volonté politique pour prévenir et réduire la malnutrition sous toutes ses formes ;
- 2) à renforcer et à hâter la mise en œuvre suivie de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en insistant notamment sur l'effet à donner au but et aux principes du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux « amis des bébés » ;
- 3) à élaborer des mesures législatives, réglementaires et/ou d'autres mesures efficaces, ou à les renforcer, pour contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel afin de donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et à la résolution en la matière adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;
- 4) à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants et à faire en sorte que les allégations relatives à la nutrition et à la santé ne soient pas autorisées pour les aliments destinés au nourrisson et au jeune enfant, sauf si les normes du Codex Alimentarius ou la législation nationale en disposent autrement ;
- 5) à élaborer des cadres d'orientation visant le double fardeau de la malnutrition, en y incluant l'obésité de l'enfant et la sécurité alimentaire, ou à examiner ceux qui existent actuellement, et à allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour assurer leur mise en œuvre ;
- 6) à appliquer à plus grande échelle les interventions visant à améliorer la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant d'une manière intégrée, les interventions de base consistant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire, sûre, appropriée et fournie en temps voulu ; les interventions de prévention et de prise en charge de la malnutrition sévère ; et la lutte ciblée contre les carences en vitamines et en minéraux ;
- 7) à prendre en considération et à mettre en œuvre, au besoin, les principes et les recommandations révisés sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH publiés par l'OMS en 2009,<sup>1</sup> afin de résoudre le dilemme des mères infectées par le VIH et de leur famille qui doivent nourrir les nourrissons, tout en veillant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein exclusif et prolongé dans l'ensemble de la population ;
- 8) à veiller à ce que les plans de préparation et les interventions d'urgence aux niveaux national et international suivent les Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence,<sup>2</sup> Directives qui reposent sur des données factuelles et qui prévoient notamment de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement optimal au sein, ainsi que de réduire le plus possible les risques de l'alimentation artificielle en faisant en sorte que les substituts du lait maternel nécessaires soient achetés, distribués et utilisés selon des critères stricts ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapid advice: revised principles and recommendations in the context of HIV*, November 2009. Genève, 2009.

<sup>2</sup> Disponibles en ligne à l'adresse <http://www.enonline.net/resources/6>.

- 9) à inclure les interventions visées au paragraphe 1.6) ci-dessus dans des services de santé de la mère et de l'enfant complets et à défendre l'objectif de la couverture universelle et les principes des soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, comme indiqué dans la résolution WHA62.12 ;
  - 10) à renforcer les systèmes de surveillance de la nutrition et à mieux utiliser et notifier les indicateurs convenus des objectifs du Millénaire pour le développement afin de suivre les progrès accomplis ;
  - 11) à appliquer les normes OMS de croissance de l'enfant en les intégrant pleinement dans les programmes de santé de l'enfant ;
  - 12) à appliquer les mesures de prévention de la malnutrition précisées dans la Stratégie OMS de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère,<sup>1</sup> surtout en améliorant les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement ainsi que l'hygiène, afin de protéger les enfants contre les maladies et infections transmissibles ;
2. EXHORTE les fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons à pleinement assumer leurs responsabilités en vertu du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions en la matière adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de développer la base de données factuelles sur les interventions nutritionnelles sûres et efficaces propres à lutter contre les effets du double fardeau de la malnutrition sur la santé publique, et de définir les bonnes pratiques pour une mise en œuvre efficace ;
  - 2) de placer la nutrition au centre de toutes les politiques et les stratégies de l'OMS en matière de santé et de confirmer la mise en place d'interventions nutritionnelles essentielles, y compris l'intégration des principes et recommandations révisés sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH publiés par l'OMS en 2009, dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires ;
  - 3) de maintenir et de renforcer les dispositifs existants de collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et organisations internationales engagées dans le processus visant à assurer une meilleure nutrition, y compris en désignant clairement les chefs de file et en déterminant la répartition des tâches et les résultats à atteindre ;
  - 4) de fournir aux États Membres qui le demanderont un appui pour élargir leurs interventions nutritionnelles liées au double fardeau de la malnutrition, surveiller et évaluer leur impact, renforcer ou mettre en place des systèmes efficaces de surveillance de la nutrition et appliquer les normes OMS de croissance de l'enfant et l'Initiative des hôpitaux « amis des bébés » ;
  - 5) de fournir aux États Membres qui le demanderont un appui pour élaborer des mesures législatives, réglementaires ou autres mesures efficaces de contrôle de la commercialisation des substituts du lait maternel, ou renforcer les mesures existantes ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*, Genève, 2007.

6) d'élaborer un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant qui soit une composante essentielle d'un cadre multisectoriel mondial en matière de nutrition, en vue de son examen préliminaire à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et de son examen final à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et à l'issue d'une vaste consultation avec les États Membres.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

**WHA63.24 Progrès accélérés en vue d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant : prévention et traitement de la pneumonie<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le traitement et la prévention de la pneumonie ;<sup>2</sup>

Ayant pris connaissance du rapport commun OMS/UNICEF sur un plan d'action mondial de lutte contre la pneumonie, présenté en novembre 2009 ;<sup>3</sup>

Prenant acte du premier engagement d'achat à terme concernant le vaccin antipneumococcique et les progrès accomplis jusqu'à présent pour intégrer le vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b dans les programmes de vaccination systématique ;

Prenant également acte des plans de développement et d'introduction accélérés du vaccin antipneumococcique ;

Rappelant que dans la résolution WHA58.15 sur la Stratégie mondiale de vaccination, l'Assemblée de la Santé priait le Directeur général de mobiliser des ressources pour, à l'avenir, rendre les nouveaux vaccins plus largement disponibles et plus abordables financièrement dans les pays sur la base des profils épidémiologiques constatés ;

Préoccupée par le manque de progrès sensibles dans la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la pneumonie bien qu'elle soit à l'échelle mondiale la cause principale de mortalité chez les moins de cinq ans ;

Consciente du fait que la réduction de la charge mondiale de pneumonie sera essentielle pour atteindre la cible 4A de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement ;

Constatant qu'il existe des instruments sûrs et très efficaces pour lutter contre la pneumonie, tels que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant préconisée par l'OMS pour le traitement des cas à tous les niveaux, la vaccination universelle des enfants contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b et *Streptococcus pneumoniae*, l'amélioration de la nutrition et la prévention de

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/26.

<sup>3</sup> Document WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

l'insuffisance pondérale à la naissance, la lutte contre la pollution de l'air à l'intérieur des habitations résultant de l'utilisation domestique de combustibles solides et du tabagisme passif ainsi que la prévention et la prise en charge des infections à VIH ;

Constatant en outre que le prix abordable des vaccins pour prévenir la pneumonie et le renforcement important des capacités de la chaîne du froid permettent l'adoption et la mise en œuvre de programmes de vaccination en particulier dans les pays en développement ;

Préoccupée de voir que, chaque année dans le monde, la pneumonie continue d'être à l'origine de plus de 1,8 million de décès évitables chez les moins de cinq ans ;

Notant que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et d'autres donateurs ont mis à disposition des ressources importantes et que la Facilité internationale de financement pour la vaccination et le Fonds de roulement de l'OPS pour la vaccination sont de puissants instruments pour orienter les ressources vers les programmes de vaccination ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres ;

Observant en outre que les efforts déployés pour renforcer la capacité des systèmes de santé à détecter et prendre en charge efficacement la pneumonie apporteront probablement aussi une contribution positive à ceux faits pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle) ;

Consciente que la grippe pandémique A (H1N1) 2009 a sensibilisé l'opinion à la nécessité de renforcer, dans tout le système, la prise en charge des infections respiratoires aiguës sévères, et constatant qu'il est donc opportun de tirer parti des investissements faits dans le cadre de la pandémie et de poursuivre les efforts visant à s'assurer que les patients souffrant d'infections respiratoires aiguës bénéficient d'un traitement rapide et efficace ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à appliquer, en fonction de leur situation propre, les politiques, stratégies et outils recommandés par l'OMS pour prévenir et traiter la pneumonie ;
- 2) à mettre en place des politiques nationales fondées sur des données factuelles et des plans opérationnels pour renforcer les systèmes de santé, afin d'étendre la couverture des populations à risque et les faire ainsi bénéficier d'interventions préventives et curatives efficaces ;
- 3) à évaluer d'une manière efficace et en temps opportun les résultats des programmes, y compris la couverture et l'impact des interventions, et à utiliser ces évaluations pour alimenter la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;
- 4) à recenser les ressources nationales et internationales, à la fois humaines et financières, pour renforcer les systèmes de santé et fournir un appui technique afin que les stratégies les mieux adaptées sur le plan local et épidémiologique soient mises en œuvre et que les populations ciblées en bénéficient ;
- 5) à mettre en œuvre les recommandations énoncées dans le Plan d'action mondial commun OMS/UNICEF de lutte contre la pneumonie, en tenant compte de l'importance de :

- 
- a) la prise en charge intégrée des cas aux niveaux de la communauté, des centres de santé et des hôpitaux ;
  - b) la vaccination, en hâtant l'adoption de vaccins abordables et d'un bon rapport coût/efficacité fondée sur les données des profils épidémiologiques nationaux ;
  - c) l'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois ;
  - d) l'amélioration de la nutrition et de la prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance ;
  - e) la lutte contre la pollution de l'air à l'intérieur des habitations ;
  - f) la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH ;
- 6) à encourager les approches intégrées de la prévention et du traitement de la pneumonie au moyen d'une collaboration multisectorielle et par une responsabilisation et la participation de la communauté ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les ressources humaines pour prévenir et combattre la pneumonie à tous les niveaux, notamment au niveau des pays, améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à soutenir les programmes nationaux de santé et à coordonner les activités des partenaires en matière de prévention et de lutte contre la pneumonie ;
  - 2) de réunir les États Membres intéressés, les organisations du système des Nations Unies, l'Alliance GAVI, les conseils de la recherche médicale et d'autres parties prenantes pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre la pneumonie, et de mobiliser des ressources pour promouvoir la mise à disposition et l'accessibilité économique de vaccins anti-*Haemophilus influenzae* type b et antipneumococcique ;
  - 3) d'étendre, à partir de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, la portée du rapport présenté à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, conformément à la résolution WHA61.18, pour y inclure aussi les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

**WHA63.25 Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA61.19 sur le changement climatique et la santé et les résolutions WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 et WHA30.47 relatives à la sécurité chimique ;

Rappelant en outre les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies 44/226 sur le trafic, l'élimination, le contrôle et les mouvements transfrontières de produits et déchets toxiques et dangereux (22 décembre 1989) et 43/212 sur la responsabilité des États pour la défense de l'environnement (20 décembre 1988) ;

Notant les principes énoncés dans Action 21, notamment dans les chapitres 20 et 21, convenus à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement en 1992 ;

Notant en outre la Déclaration de Johannesburg sur le développement durable et le Plan de mise en œuvre du Sommet mondial pour le développement durable adoptés en 2002 ;

Tenant compte de la décision 25/8 sur la gestion des déchets adoptée par le Conseil d'administration/Forum ministériel mondial sur l'environnement du Programme des Nations Unies pour l'Environnement à sa vingt-cinquième session ;

Ayant à l'esprit les résultats de la deuxième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques concernant la santé humaine ;

Consciente que les déchets, s'ils ne sont pas gérés correctement, d'une façon sûre et écologiquement rationnelle, peuvent avoir de graves conséquences sur la santé de l'homme et ses moyens de subsistance ;

Convaincue que si les déchets ne sont pas gérés de façon écologiquement rationnelle, la pollution de l'air, de l'eau, du sol et de la chaîne alimentaire nuira à l'environnement et sera préjudiciable à la santé humaine ;

Constatant avec préoccupation qu'une mauvaise gestion des déchets médicaux, y compris des objets piquants ou tranchants et autres matériels, du sang, des restes humains, des produits chimiques, des substances pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, expose les personnels de santé, ceux qui manipulent les déchets et la communauté à des risques d'infection, d'effets toxiques et de blessures ;

Se félicitant de la Déclaration de Bali sur la gestion des déchets au service de la santé humaine et les moyens de subsistance adoptée en 2008 à la neuvième réunion de la Conférence des Parties à la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination ;

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/21.



1. INVITE INSTAMMENT les États Membres<sup>1</sup> à utiliser l'évaluation de l'impact sur la santé comme l'un des principaux outils pour évaluer les aspects sanitaires de la gestion des déchets afin qu'elle soit sûre et écologiquement rationnelle et à étudier les possibilités de collaborer plus étroitement avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination et le Secrétariat de l'OMS pour atteindre leurs objectifs communs qui visent à améliorer la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de soutenir l'application des mesures prévues dans la Déclaration de Bali sur la gestion des déchets au service de la santé humaine et les moyens de subsistance, dans le cadre du mandat de l'OMS et dans la limite des ressources disponibles ;

2) de collaborer avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement et le Secrétariat de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets, notamment en travaillant de concert avec les gouvernements et les organisations donatrices pour renforcer la mise en œuvre de la Déclaration de Bali sur la gestion des déchets au service de la santé humaine et les moyens de subsistance, en particulier dans le but :

a) de contribuer à mieux faire prendre conscience du lien existant entre la gestion des déchets, la santé, les moyens de subsistance et l'environnement ;

b) de renforcer la coopération infrarégionale et régionale sur les questions de déchets et de santé en s'attachant à promouvoir des moyens humains et techniques appropriés aux niveaux national, régional et international ;

c) de renforcer les contrôles de l'expédition de déchets et des procédures frontalières pour éviter les mouvements illicites de déchets dangereux et autres, notamment par le renforcement des capacités, le transfert de technologie et l'assistance technique ;

d) d'améliorer la coopération entre les autorités nationales dans les secteurs des déchets, des produits chimiques et de la santé et, en collaboration avec d'autres autorités compétentes et parties prenantes, dans l'élaboration et l'instauration de systèmes efficaces et rationnels de gestion des déchets ;

e) d'intensifier le renforcement des capacités, de promouvoir et, si possible, d'accroître les investissements publics et privés en faveur du transfert et de l'utilisation de technologies appropriées pour une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets ;

3) de continuer à soutenir la prévention des risques sanitaires que présente l'exposition aux déchets médicaux et à promouvoir une gestion écologiquement rationnelle de ces déchets afin d'appuyer l'action de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination et de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 4) d'étudier la possibilité d'élaborer des stratégies visant à réduire au minimum la production de déchets médicaux ;
- 5) d'inviter les gouvernements, les organisations intergouvernementales et les organisations d'intégration économique régionale intéressées, ainsi que les entités concernées des secteurs industriel et commercial et la société civile à fournir des ressources et une assistance technique aux pays en développement afin qu'ils mettent au point et utilisent des stratégies et des approches pour améliorer la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets ;
- 6) de faire rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

#### **WHA63.26 Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA59.15 sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

Ayant à l'esprit les résultats de la deuxième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (Genève, 11-15 mai 2009) concernant la santé humaine et, en particulier, la résolution II/8 sur les aspects sanitaires de la gestion rationnelle des produits chimiques qui souligne la nécessité d'un engagement accru du secteur de la santé, des États Membres<sup>3</sup> et du Secrétariat de l'OMS dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques<sup>4</sup> en raison des effets indésirables que peuvent avoir certains produits chimiques sur la santé humaine, et notant que certaines des priorités mondiales pour la coopération définies dans le cadre de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques doivent également être abordées par le secteur de la santé ;

Reconnaissant que les pesticides sont conçus pour éliminer ou maîtriser des parasites et des organismes nuisibles, qu'ils peuvent avoir des effets indésirables aigus et chroniques et que, s'ils sont

---

<sup>1</sup> Voir dans le document EB126/2010/REC/1, à l'annexe 7 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A63/21.

<sup>3</sup> Et, le cas échéant, des organisations d'intégration économique régionale.

<sup>4</sup> Document WHA59/2006/REC/1, annexe 1.

réglementés dans la plupart des pays, ils peuvent aussi affecter la santé des populations et l'environnement, particulièrement s'ils sont mal utilisés et stockés et s'ils deviennent obsolètes ;<sup>1</sup>

Rappelant la Constitution de l'OMS, et reconnaissant les accords et instruments internationaux pertinents ci-après : la Déclaration de Bali sur la gestion des déchets au service de la santé humaine et les moyens de subsistance (2008), la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio de Janeiro, Brésil, 1992), le Sommet mondial pour le développement durable (Johannesburg, 2002), l'adoption de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (Dubai, 2006), la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination (1989), la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international (2004, révisée en 2008), la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (Stockholm, 2004) et la Convention de 1972 sur la prévention de la pollution des mers résultant de l'immersion de déchets et autres matières et le Protocole de 1996 y afférent (Londres, 1972), et le Règlement sanitaire international (2005) ;

Reconnaissant que l'ensemble des instances, conventions et instruments mentionnés dans l'alinéa précédent constituent d'importants instruments mondiaux pour la préservation et la protection de la santé humaine et de l'environnement qui prévoient des mesures et des directives sur certains aspects du cycle de vie des produits chimiques et que, dans ce sens, les Conventions étroitement liées de Stockholm sur les polluants organiques persistants et de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination<sup>2</sup> envisagent la mise en place de stratégies appropriées pour recenser les déchets de polluants organiques persistants, les stocks de ces polluants et leur gestion ;

Reconnaissant que les déchets dangereux et les pesticides hautement toxiques figurent parmi les domaines prioritaires mondiaux devant faire l'objet de mesures de coopération dans le cadre de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, et que l'Assemblée de la Santé, dans la résolution WHA59.15 sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, a invité instamment les États Membres à participer aux efforts déployés aux niveaux national, régional et international pour mettre en œuvre l'Approche stratégique ;

Consciente des nouveaux défis et déterminants de la santé et de la nécessité de prendre de nouvelles mesures pour préserver et protéger la santé humaine et l'environnement ;

Reconnaissant les risques pour la santé humaine et l'environnement que présentent les pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes, en particulier du fait d'accidents et de catastrophes aux niveaux local et mondial ;

---

<sup>1</sup> L'International HCH and Pesticides Association (IHPA) estime que la quantité totale des pesticides obsolètes est d'environ 260 000 à 265 000 tonnes en Europe centrale et orientale et dans les pays de l'Ex-URSS. Les quantités estimées dans 25 États Membres de l'Union européenne sont de 22 000 à 24 000 tonnes, dans l'Europe du Sud-Est de 36 000 à 41 000 tonnes, dans les pays de l'Ex-URSS de 199 000 tonnes, en Afrique de 50 000 tonnes (selon les estimations de la FAO dans son Programme africain relatif aux stocks de pesticides), en Asie du Sud-Est de 6500 tonnes (première indication approximative de la FAO), en Amérique centrale et en Amérique du Sud de 30 000 tonnes (FAO, 2005).

<sup>2</sup> Les buts fondamentaux de la Convention de Bâle sont le contrôle et la réduction des mouvements transfrontières de déchets dangereux et autres déchets visés par la Convention, la prévention et la réduction au minimum de leur production, la gestion écologiquement rationnelle de ces déchets et la promotion active du transfert et de l'utilisation de technologies moins polluantes.

Reconnaissant aussi les risques pour la santé humaine et l'environnement que présentent les pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes, liés à la création de stocks résultant de leur réglementation (par exemple le retrait brutal du marché sans période de transition) ou aux stocks hérités de périodes antérieures de surconsommation de pesticides, qui pourrait conduire à une augmentation de la quantité de produits chimiques mal stockés dans le monde ;

Rappelant que l'exposition de l'homme et de l'environnement aux pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes peut aussi être due à leur transport sur de longues distances ;

Reconnaissant que la menace liée au stockage, dans de mauvaises conditions de sécurité, de pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes peut, du fait de leur utilisation illégale, de la dégradation de leur conditionnement ou d'accidents, donner lieu à une pollution localisée ou à grande échelle et présenter un risque potentiel pour la santé humaine et l'environnement ;

Consciente des éléments montrant clairement que la manipulation et l'élimination sûres et efficaces des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes peuvent présenter outre des avantages pour l'environnement aussi des avantages sanitaires ;

Reconnaissant les progrès accomplis par les pays africains dans le domaine des pesticides obsolètes grâce au Programme africain relatif aux stocks de pesticides obsolètes, soutenu par diverses institutions dont la FAO, le Fonds pour l'environnement mondial, la Banque mondiale et d'autres partenaires ;

Saluant l'action de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination pour mettre au point des directives techniques sur l'élimination écologiquement rationnelle des déchets contenant des polluants organiques persistants ;

Reconnaissant en outre que seule une stratégie complète et à long terme de gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes peut être efficace ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

- 1) à adopter, au besoin, ou à renforcer des politiques et une législation nationales rationnelles sur la sécurité de la manipulation et de l'élimination des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes ;
- 2) à adopter, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants et des autres instruments existants, des plans nationaux complets de mise en œuvre ou d'autres stratégies sur lesquels reposeront les mesures visant à éliminer les risques liés aux pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes ;
- 3) à encourager la responsabilité sociale par un travail de sensibilisation dans le domaine des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes et des produits chimiques présentant des risques transfrontières potentiels pour la santé humaine ;
- 4) à soutenir davantage la formation et le renforcement des capacités ainsi que les activités techniques coordonnées de mise en œuvre des conventions et instruments internationaux pertinents ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 5) à encourager et promouvoir la coopération entre les États Membres à cet égard ;
  - 6) à mettre en place des moyens, ou à renforcer ceux qui existent déjà, pour régler la gestion rationnelle des pesticides et autres produits chimiques tout au long de leur cycle de vie, comme mesure préventive visant à éviter l'accumulation de produits chimiques obsolètes ;
2. INVITE toutes les parties prenantes, notamment les États Membres, les organisations d'intégration économique régionale, les organismes du système des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales, y compris les organisations non gouvernementales régionales, internationales et nationales et les fondations, les entreprises chargées de la gestion des déchets, les fabricants de pesticides, les donateurs et le reste de la communauté internationale :
- 1) à promouvoir la gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes afin de réduire au maximum et, si possible, d'éviter les effets indésirables pour la santé humaine et l'environnement ;
  - 2) à mobiliser leurs efforts et à coopérer avec les autres parties prenantes pour l'application des stratégies et plans nationaux de mise en œuvre, notamment par le biais de réseaux locaux, régionaux et mondiaux ;
  - 3) à envisager les synergies pouvant découler de l'échange des données d'expérience techniques, de l'expertise et des efforts de renforcement des capacités entre les instruments, conventions, règlements et processus internationaux ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de soutenir la mise au point de stratégies appropriées et efficaces (aux niveaux national, régional et international) pour réduire au maximum les risques liés aux pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes, favorisant ainsi les pratiques et objectifs de politique pertinents de l'OMS ;
  - 2) de renforcer la capacité de l'OMS à encourager les stratégies mentionnées au paragraphe 3.1) ci-dessus ;
  - 3) de faciliter la mise en œuvre des stratégies de gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'assurer un environnement exempt de pollution ;
  - 4) de collaborer avec le PNUE, dans le cadre de l'Initiative OMS/PNUE sur les liens entre la santé et l'environnement et de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, ainsi qu'avec le PNUD, la FAO, la Banque mondiale et les autres organisations concernées afin d'aider les États Membres à appliquer leurs stratégies nationales et les directives existantes, par exemple dans la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements

transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination<sup>1</sup> et les stratégies de gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes au niveau mondial ;

5) d'inclure les pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes parmi les priorités de l'OMS afin de réduire et d'éviter les risques pour la santé humaine et l'environnement que présentent leurs effets indésirables, et de favoriser leur élimination en toute sécurité ;

6) de veiller à ce que l'OMS apporte tout son soutien aux activités du Secrétariat de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

7) de soutenir les efforts déployés conjointement par la FAO et l'OMS pour le renforcement des capacités de gestion rationnelle des pesticides dans les États Membres ;

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

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

### **WHA63.27      Renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé<sup>2</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement des capacités des gouvernements pour amener de façon constructive le secteur privé à fournir des services de soins de santé essentiels ;<sup>3</sup>

Consciente de la diversité des dispensateurs privés, qu'il s'agisse d'organisations d'inspiration religieuse ou d'autres organisations non gouvernementales à but non lucratif, de prestataires individuels de services de santé du système officiel et du système parallèle ou de firmes et de sociétés privées à but lucratif, et consciente également des éléments montrant qu'ils jouent un rôle important et croissant dans la prestation des soins de santé dans le monde entier ;

---

<sup>1</sup> Directives techniques sur la sécurité de l'élimination des pesticides obsolètes (<http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>) :

- Directives techniques générales actualisées pour la gestion écologiquement rationnelle des déchets constitués de polluants organiques persistants, en contenant ou contaminés par ces substances.
- Directives techniques pour la gestion écologiquement rationnelle de déchets constitués de 1,1,1-trichloro-2,2-bis(4-chlorophényl)éthane (DDT), en contenant ou contaminés par cette substance.
- Directives techniques pour la gestion écologiquement rationnelle des déchets des pesticides aldrine, chlordane, dieldrine, endrine, heptachlore, hexachlorobenzène (HCB), mirex ou toxaphène, en contenant ou contaminés par eux, ou contaminés par du HCB en tant que produit chimique industriel.

<sup>2</sup> Voir le document A63/25 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> Document A63/25.

Notant que les gouvernements du monde entier sont confrontés à la difficulté d'avoir une collaboration constructive avec l'éventail complexe des dispensateurs de soins de santé, selon des modalités qui varient considérablement d'un contexte à l'autre ;

Notant que le coût et la qualité des soins fournis et l'effet sur les résultats sanitaires et sociaux peuvent varier considérablement et qu'il existe de sérieux motifs de préoccupation dans les endroits où la réglementation est médiocre voire inexistante, et que, dans l'ensemble, la documentation et les données factuelles à cet égard restent insuffisantes ;

Reconnaissant que les gouvernements ayant la capacité institutionnelle de régir le large éventail des dispensateurs de soins de santé peuvent jouer un rôle constructif dans la prestation des services de santé essentiels ;

Préoccupée par les indications selon lesquelles, dans de nombreux pays, le manque d'informations stratégiques, l'influence financière limitée et une faible capacité institutionnelle peuvent faire obstacle à la participation, la supervision et la réglementation efficaces des différents dispensateurs de soins de santé privés ;

Consciente que le renforcement de la confiance et un dialogue politique constructif sont essentiels pour une participation, une supervision et une réglementation satisfaisantes ;

Notant que le renouveau des soins de santé primaires offre un cadre d'orientation dans lequel fixer des critères pour le renforcement de la capacité de collaboration constructive des autorités avec les dispensateurs de soins de santé du secteur public et du secteur privé et pour leur supervision ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à réunir, par des moyens comprenant des systèmes d'information améliorés et un dialogue politique renforcé, les informations stratégiques nécessaires pour : évaluer objectivement les aspects positifs et négatifs de la prestation des soins de santé par les dispensateurs privés à but non lucratif et les dispensateurs privés à but lucratif ; définir des stratégies appropriées de collaboration productive ; et mettre au point des cadres de réglementation assurant l'accès universel doublé d'une protection sociale et réorientant la prestation de services vers des soins primaires centrés sur la personne ;
- 2) à analyser et évaluer, au besoin, la capacité et la performance des départements administratifs et des autres organismes chargés de superviser et de réglementer la prestation de soins de santé publics et privés, y compris les associations professionnelles, les acheteurs institutionnels de services de santé tels que les organismes publics de financement et d'assurance-maladie ainsi que les organismes d'accréditation ;
- 3) à enquêter sur la contribution que peuvent apporter à la réglementation de la prestation des soins de santé les entités gouvernementales et non gouvernementales n'appartenant pas au secteur de la santé, notamment les organismes de protection de la santé du consommateur et les groupes de patients, et, le cas échéant, à mettre sur pied des dispositifs visant à tirer le maximum de cette contribution ;
- 4) à mettre en place et renforcer pour le long terme la capacité institutionnelle de ces organismes de réglementation par un financement, une dotation en personnel et un appui adéquats et durables ;
- 5) à saisir les occasions d'échange de données d'expérience entre pays ayant différentes stratégies de participation, de supervision et de réglementation de tout l'éventail des dispensateurs de soins de santé ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir aux États Membres qui le demanderont une assistance technique dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour renforcer la capacité des ministères de la santé et des autres organismes de réglementation afin d'améliorer la collaboration avec tout l'éventail des dispensateurs de soins de santé publics et privés, ainsi que leur supervision et leur réglementation ;
- 2) de convoquer des consultations techniques, d'appuyer le programme de recherche fixé par les États Membres et de faciliter les échanges de données d'expérience entre pays pour, collectivement, mieux cerner les conséquences positives et négatives de la diversité croissante des dispensateurs de soins de santé et mieux se documenter sur la question, en veillant à ce qu'une attention particulière soit vouée aux cas de figure où la réglementation est insuffisante et aux conséquences du point de vue de la santé, de l'équité en santé et du développement des systèmes de santé ;
- 3) de convoquer aussi des consultations techniques, d'appuyer le programme de recherche fixé par les États Membres et de faciliter les échanges de données d'expérience entre pays pour, collectivement, mieux cerner les possibilités qu'offrent différentes stratégies de créer la capacité institutionnelle de réglementation, de supervision et de mobilisation du dynamisme propre à l'esprit d'entreprise et d'une bonne coopération entre différents types de dispensateurs de soins de santé ;
- 4) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

**WHA63.28 Constitution d'un groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d'action, et le rapport du groupe de travail d'experts sur la recherche-développement : coordination et financement ;<sup>2</sup>

Considérant que, dans la résolution WHA61.21, le Directeur général est prié « de créer d'urgence un groupe de travail d'experts à durée limitée, axé sur les résultats et habilité à examiner les propositions des États Membres, qui sera chargé d'examiner le financement et la coordination actuels de la recherche-développement, ainsi que des propositions de sources de financement nouvelles et innovantes pour stimuler la recherche-développement portant sur les maladies des types II et III et les besoins spécifiques en matière de recherche-développement des pays en développement concernant les maladies du type I, et de soumettre un rapport de situation à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et un rapport final à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif » ;

---

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

<sup>2</sup> Documents A63/6 et A63/6 Add.1, respectivement.



Notant que le groupe de travail d'experts a progressé dans l'examen des propositions de financement et de coordination des activités de recherche-développement, comme demandé dans la résolution WHA61.21, mais que les attentes des États Membres<sup>1</sup> et le produit des travaux du groupe divergent, ce qui souligne l'importance d'un mandat clairement défini ;

Considérant que, dans ses recommandations, le groupe de travail d'experts affirme qu'il faut procéder à un examen approfondi des propositions recommandées ;

Reconnaissant qu'il faut continuer à « étudier et, s'il y a lieu, promouvoir une gamme de systèmes d'incitation à la recherche-développement envisageant également, le cas échéant, la dissociation du coût de la recherche-développement et du prix des produits sanitaires, par exemple par l'attribution de prix, dans le but de lutter contre les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement » ;<sup>2</sup>

Notant les travaux réalisés ou en cours de réalisation sur le financement novateur de la santé et de la recherche-développement et la nécessité de faire fond sur ces travaux, le cas échéant ;

Soulignant l'importance du financement public de la recherche-développement en santé et le rôle des États Membres<sup>2</sup> dans la coordination, l'amélioration et la promotion de la recherche-développement ;

Réaffirmant l'importance d'autres acteurs concernés dans la recherche-développement ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

1) à seconder le groupe de travail consultatif d'experts dans ses travaux :

- a) en soumettant, s'il y a lieu, des informations, des communications ou d'autres propositions ;
- b) en organisant, s'il y a lieu, des consultations régionales et sous-régionales, ou en contribuant à leur organisation ;
- c) en proposant le nom d'experts à inscrire sur la liste ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de mettre à disposition par voie électronique au plus tard fin juin 2010 :

- a) toutes les propositions examinées par le groupe de travail d'experts en indiquant leur source ;
- b) les critères d'après lesquels les propositions ont été évaluées ;
- c) la méthode utilisée par le groupe de travail d'experts ;
- d) la liste des acteurs qui ont été interrogés et de ceux qui ont fourni des informations ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, des organisations d'intégration économique régionale.

<sup>2</sup> Résolution WHA61.21, annexe, Élément 5, paragraphe 5.3)a).

- e) les sources dont les statistiques sont issues ;
- 2) de constituer un groupe de travail consultatif d'experts qui :
- a) poursuivra les travaux du groupe de travail d'experts ;
  - b) analysera plus à fond les propositions figurant dans le rapport du groupe de travail d'experts, et notamment :
    - i) examinera les aspects pratiques des quatre sources de financement innovantes proposées par le groupe de travail d'experts dans son rapport ;<sup>1</sup>
    - ii) étudiera les cinq propositions prometteuses<sup>2</sup> recensées par le groupe de travail d'experts dans son rapport ; et
    - iii) étudiera plus avant les six propositions qui ne satisfaisaient pas aux critères appliqués par le groupe de travail d'experts ;<sup>3</sup>
  - c) examinera les communications et les propositions supplémentaires soumises par les États Membres,<sup>4</sup> ou à l'issue de consultations régionales et sous-régionales, et par d'autres acteurs ;
  - d) lorsqu'il effectuera les tâches indiquées aux paragraphes 2.b) et 2.c), étudiera l'opportunité de différentes approches de financement de la recherche-développement et la possibilité de les appliquer dans chacune des six Régions de l'OMS, en procédant à une analyse sous-régionale, si nécessaire ;
  - e) veillera à l'intégrité scientifique de ses travaux et les préservera de tout conflit d'intérêts ;
- 3) de fournir, sur demande et dans la limite des ressources destinées à financer le groupe de travail consultatif d'experts, un appui technique et financier pour l'organisation de consultations régionales, y compris de réunions, afin de recueillir l'avis des Régions pour éclairer le groupe de travail consultatif d'experts dans ses travaux ;
- 4) a) d'inviter les États Membres<sup>4</sup> à désigner des experts sur lesquels, à l'issue de consultations avec les comités régionaux en vue de garantir l'équilibre entre les sexes et la diversité des compétences et des savoirs techniques, les renseignements nécessaires seront communiqués au Directeur général par les Directeurs régionaux respectifs ;
- b) de dresser une liste d'experts où figurent tous les candidats présentés par les Directeurs régionaux ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport du groupe de travail d'experts sur le financement de la recherche-développement*. Genève, 2010, chapitre 5.3.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport du groupe de travail d'experts sur le financement de la recherche-développement*. Genève, 2010, chapitre 5.6.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport du groupe de travail d'experts sur le financement de la recherche-développement*. Genève, 2010, annexe 2.

<sup>4</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 
- c) de proposer une composition du groupe au Conseil exécutif pour approbation, en servant de la liste d'experts et en veillant à la représentation régionale d'après la composition du Conseil exécutif, à l'équilibre entre les sexes et à la diversité des compétences ;
- d) après approbation par le Conseil exécutif, de constituer le groupe et de faciliter ses travaux, y compris ses consultations avec les États Membres<sup>1</sup> et d'autres acteurs intéressés, le cas échéant ;
- 5) de mettre tout particulièrement l'accent sur la transparence avec laquelle sont réglés les conflits d'intérêts éventuels, en veillant au strict respect des dispositifs mis en place par le Directeur général à cette fin ;
- 6) d'assurer une transparence complète à l'égard des États Membres<sup>1</sup> en communiquant les comptes rendus établis régulièrement par le groupe de travail consultatif d'experts sur l'exécution de son plan de travail, et en mettant à disposition toute la documentation utilisée par le groupe de travail consultatif d'experts à la fin du processus ;
- 7) de soumettre le plan de travail et le rapport initial du groupe de travail consultatif d'experts au Conseil exécutif à sa cent vingt-neuvième session et un rapport sur l'état d'avancement de ses travaux au Conseil exécutif à sa cent trentième session en vue de présenter le rapport final à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010 –  
Commission A, cinquième rapport)

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

## DÉCISIONS

### **WHA63(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Angola, Autriche, Bangladesh, Érythrée, Ex-République yougoslave de Macédoine, Israël, Nauru, Nicaragua, Oman, Singapour, Trinité-et-Tobago, Zambie.

(Première séance plénière, 17 mai 2010)

### **WHA63(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

**Président :** M. M. Zenaidi (Tunisie)

**Vice-Présidents :** Dr M. I. Rodríguez (El Salvador)  
Dr R. Sezibera (Rwanda)  
Professeur R. Akdağ (Turquie)  
Mme G. A. A. Gidlow (Samoa)  
Professeur Mya Oo (Myanmar).

(Première séance plénière, 17 mai 2010)

### **WHA63(3) Élection du bureau des commissions principales**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a élu présidents des commissions principales :

**Commission A :** Dr M. Mugitani (Japon)

**Commission B :** Dr W. Jayantha (Sri Lanka).

(Première séance plénière, 17 mai 2010)

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

**Commission A :** Vice-Présidents, M. U. Scholten (Allemagne) et  
Dr D. Chiriboga (Équateur)

Rapporteur, Dr P. Mishra (Népal)

**Commission B :** Vice-Présidents, Dr G. J. Komba-Kono (Sierra Leone) et Dr N. El Sayed (Égypte)

Rapporteur, Dr A.-P. Sanne (Norvège).

(Premières séances des Commissions A et B, 17 et 19 mai 2010 respectivement)

#### **WHA63(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Burkina Faso, Cap-Vert, Chili, Chine, Cuba, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Jordanie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Tchad.

(Première séance plénière, 17 mai 2010)

#### **WHA63(5) Adoption de l'ordre du jour**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session, après avoir supprimé quatre points et transféré un point de la Commission B à la Commission A.

(Deuxième séance plénière, 17 mai 2010)

#### **WHA63(6) Vérification des pouvoirs**

La Soixante-Troisième 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, Bénin, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, 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, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, 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, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (États fédérés de), Monaco, Mongolie, Monténégro, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sainte-Lucie, Saint-Marin, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal,

Serbie, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Suriname, Swaziland, 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.

(Sixième séance plénière, 19 mai 2010)

**WHA63(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Arménie, Barbade, Chine, Équateur, États-Unis d'Amérique, Maroc, Mongolie, Mozambique, Norvège, Seychelles, Timor-Leste, Yémen.

(Septième séance plénière, 20 mai 2010)

**WHA63(8) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr A. A. Yoosuf (Maldives) membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et M. R. Chacon (Guatemala) membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour un mandat de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2013.

(Septième séance plénière, 20 mai 2010)

**WHA63(9) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé**

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

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010)

**WHA63(10) Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Réaffirmant le rôle fondamental que joue l'OMS pour assurer l'innocuité, la qualité et l'efficacité des produits médicaux ;

Prenant note du travail que l’OMS accomplit pour assurer l’innocuité, la qualité et l’efficacité des produits médicaux ;

1. DÉCIDE de créer un groupe de travail axé sur les résultats et à durée limitée sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faususement étiquetés/falsifiés/contrefaits, composé d’États Membres et ouvert à tous les États Membres ;<sup>1</sup>
2. PRIE le Directeur général de convoquer le groupe de travail et de faciliter ses travaux ;
3. DÉCIDE que le groupe de travail examinera les questions suivantes du point de vue de la santé publique, à l’exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle :
  - a) le rôle de l’OMS concernant les mesures visant à assurer la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et d’un prix abordable ;
  - b) les relations de l’OMS avec le Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux ;
  - c) le rôle de l’OMS dans la lutte contre les produits médicaux de qualité, d’innocuité et d’efficacité incertaines, tels que les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faususement étiquetés/falsifiés/contrefaits, du point de vue de la santé publique, à l’exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle ;
  - d) toute(s) question(s) soulevée(s) dans les propositions figurant dans les documents A63/A/Conf.Paper N° 4 Rev.1, A63/A/Conf.Paper N° 5 et A63/A/Conf.Paper N° 7,<sup>2</sup> en commençant par celles indiquées dans les paragraphes a) à c) ci-dessus ;
4. DÉCIDE que le groupe de travail formulera des recommandations précises sur les questions visées au paragraphe 3 ci-dessus et fera rapport à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et rendra compte au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session des progrès accomplis dans l’application de la présente décision.

(Huitième séance plénière, 21 mai 2010)

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, aux organisations d’intégration économique régionale.

<sup>2</sup> Voir ci-après.

Point 11.20 de l'ordre du jour

A63/A/Conf.Paper N° 4 Rev.1  
18 mai 2010

## **Plan de travail à l'appui de la lutte contre les produits médicaux falsifiés**

### **Projet de résolution proposé par la délégation de l'Équateur au nom de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR)<sup>1</sup>**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Ayant examiné les résolutions WHA41.16 et WHA47.13 qui portaient sur la nécessité d'élaborer des lignes directrices à l'intention des États Membres concernant le développement de leurs propres structures et l'adoption de mesures nationales de lutte contre les produits médicaux falsifiés ;

PP2 Ayant à l'esprit la Conférence d'experts sur l'usage rationnel des médicaments (Nairobi, 25-29 novembre 1985) qui traitait pour la première fois de cette question au niveau international ;

PP3 Consciente des risques que les produits médicaux falsifiés font courir à la population ;

PP4 Constatant que la falsification de produits médicaux revêt une dimension internationale et que la lutte contre ce problème nécessite une coopération aux niveaux régional et sous-régional et entre les pays ;

PP5 Réaffirmant que les autorités sanitaires doivent remplir une fonction importante en appliquant une réglementation sanitaire qui renforce la chaîne d'approvisionnement en produits médicaux sûrs, de qualité et efficaces ;

DÉCIDE :

1) de créer un groupe de travail intergouvernemental composé de délégués des États Membres et de membres du Secrétariat, chargé d'envisager et de mettre en œuvre une coopération aux niveaux régional et sous-régional et entre les pays en vue de prévenir et de combattre la falsification de produits médicaux d'un point de vue de santé publique, à l'exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle ;

2) que le groupe de travail examinera les questions suivantes :

a) mesures éducatives telles que la formation des consommateurs et des partenaires du secteur de la santé publique ;

---

<sup>1</sup> Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guyana, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du).



- b) mesures visant à renforcer la chaîne de production et de distribution des produits médicaux, plus particulièrement s'agissant de la réglementation et de l'inspection ;
  - c) stratégies d'action aux niveaux national, sous-régional et régional préconisant des mécanismes destinés à améliorer l'échange d'informations et de données d'expérience entre pays ;
  - d) stratégies visant à améliorer la capacité du secteur de la santé d'appliquer des mesures de réglementation sanitaire ;
- 3) qu'avec l'approbation des États Membres, le groupe de travail devrait être autorisé à constituer des sous-groupes techniques à caractère provisoire et ponctuel, et à inviter des experts chargés d'examiner des questions particulières.

**Point 11.20 de l'ordre du jour**

**A63/A/Conf.Paper N° 5  
19 mai 2010**

### **Produits médicaux contrefaits**

**Projet de résolution proposé par les délégations des pays suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe**

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Ayant examiné le rapport sur les produits médicaux contrefaits ;<sup>1</sup>

PP2 Rappelant la résolution WHA41.16 sur l'usage rationnel des médicaments par laquelle le Directeur général a été prié d'instituer des programmes pour prévenir et détecter l'exportation, l'importation et la contrebande de préparations pharmaceutiques faussement étiquetées, falsifiées, contrefaites ou ne répondant pas aux normes ;

PP3 Rappelant la résolution WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments par laquelle le Directeur général a été prié de soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils mènent pour combattre l'utilisation de médicaments contrefaits ;

PP4 Rappelant la résolution WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée et en particulier la demande adressée au Directeur général en vue de l'élaboration et de la diffusion de

---

<sup>1</sup> Document A63/23.

principes directeurs uniformes pour le contrôle réglementaire et les conditions d'exportation, d'importation et de transit des produits pharmaceutiques et pour qu'il établisse des codes de pratique à l'intention des entités qui interviennent dans le commerce international des produits pharmaceutiques et des matières premières pharmaceutiques ;

PP5 Rappelant que les autorités de réglementation pharmaceutique des États Membres réunies dans le cadre des conférences internationales des autorités de réglementation pharmaceutique ont adressé à l'OMS des demandes continues et répétées pour qu'elle aide les États Membres à prendre des mesures contre les médicaments contrefaits ;

PP6 Préoccupée par le fait que des produits médicaux contrefaits continuent de circuler dans le commerce international, ce qui constitue une grave menace pour la santé publique, en particulier dans les zones les plus pauvres des pays en développement où les capacités réglementaires et les autorités de police sont faibles et où les produits médicaux contrefaits remettent en question la crédibilité et l'efficacité des systèmes de santé ;

PP7 Reconnaissant que l'axe principal de la lutte contre la fabrication, la distribution et l'utilisation de produits médicaux contrefaits est la protection de la santé publique et que les principales victimes des contrefacteurs sont les patients et le public en général ;

PP8 Reconnaissant que la lutte contre les produits médicaux contrefaits est un aspect précis de l'assurance de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des produits médicaux ;

PP9 Reconnaissant qu'il est important de veiller à ce que la lutte contre la contrefaçon de produits médicaux ne nuise pas à la disponibilité de médicaments génériques licites ;

PP10 Saluant les différentes initiatives qui ont été lancées et les progrès réalisés depuis 1988 grâce à l'application de lignes directrices de l'OMS contre la contrefaçon de produits médicaux, ainsi que l'amélioration des lignes directrices relatives à l'importation des produits pharmaceutiques, à l'inspection des canaux de distribution des médicaments et aux bonnes pratiques en matière de distribution des produits pharmaceutiques ;

PP11 Consciente qu'il est important de garantir une bonne collaboration entre les patients, les professionnels de la santé, le secteur privé et les institutions publiques pour combattre efficacement la contrefaçon de produits médicaux ;

PP12 Sachant qu'il est important de garantir la collaboration internationale et l'échange d'informations pour combattre efficacement la contrefaçon de produits médicaux ;

PP13 Notant avec satisfaction que le Directeur général a intensifié les activités visant à renforcer la collaboration internationale pour lutter contre la contrefaçon de produits médicaux et que l'OMS a un rôle de premier plan à jouer dans ces activités ;

PP14 Reconnaissant que toutes les parties concernées ont un concours à apporter pour s'acquitter de leurs responsabilités, conformément aux parties des résolutions WHA41.16, WHA47.13 et WHA52.19 qui concernent plus particulièrement la lutte contre la contrefaçon de produits médicaux, et encourageant toutes les parties à poursuivre cette action ;

PP15 Invitant les institutions bilatérales, les organismes multilatéraux à l'intérieur comme à l'extérieur du système des Nations Unies et les organisations bénévoles à collaborer et à prêter un appui aux pays en développement pour mettre sur pied et mener des programmes de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux, et reconnaissant le travail des pays déjà engagés dans cette voie ;

PP16 Priant les gouvernements, les fabricants de produits pharmaceutiques et autres parties concernées de collaborer aux activités de détection, d'investigation et de prévention face à la fréquence croissante des produits médicaux contrefaits ou ne répondant pas aux normes qui circulent dans le commerce international ;

PP17 Consciente de l'impact des contrefaçons de médicaments sur la santé publique du point de vue de la réalisation de l'objectif 8 du Millénaire pour le développement relatif à la collaboration internationale, en particulier la cible 8.E sur la disponibilité et l'accessibilité de médicaments de qualité ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à réaffirmer leur volonté d'élaborer des politiques nationales, de les mettre en œuvre et de les suivre et de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir l'accès à des produits médicaux satisfaisant aux normes réglementaires ;
- 2) à adopter et faire appliquer des lois et des réglementations qui empêchent la fabrication, l'exportation, l'importation ou le commerce de produits médicaux contrefaits dans le cadre de transactions internationales et à réglementer et surveiller les systèmes d'approvisionnement et de distribution ;
- 3) à instaurer des mécanismes efficaces de coordination et de collaboration, notamment un échange d'information entre les autorités chargées de la santé, de l'application des lois et d'autres secteurs afin d'améliorer la prévention et la détection des cas de contrefaçon de produits médicaux, les enquêtes et les poursuites s'y rapportant ;
- 4) à sensibiliser les professionnels de la santé et les consommateurs aux risques que présente l'utilisation de produits médicaux contrefaits, notamment ceux acquis par des voies non autorisées y compris des sites Internet ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à envisager le problème des produits médicaux contrefaits dans le cadre de l'élaboration de normes de qualité, d'innocuité et d'efficacité ;
- 2) de prêter un appui aux États Membres pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et programmes de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux, notamment en facilitant l'échange d'information au niveau international et en mettant au point des instruments, des lignes directrices, des initiatives en matière de formation et de sensibilisation et une méthodologie pour l'évaluation et le suivi ;
- 3) de continuer à rassembler et à diffuser en temps opportun des informations indépendantes sur les cas de contrefaçon de produits médicaux ;
- 4) de coopérer avec les États Membres qui en feront la demande et avec des organisations internationales et d'autres parties concernées pour détecter, surveiller et analyser les cas de contrefaçon de produits médicaux et leur impact sur la santé publique ;
- 5) de faire rapport à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

Point 11.3 de l'ordre du jour

A63/A/Conf.Paper N° 7  
18 mai 2010

## Mesures pour garantir l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces, de qualité et abordables

### Projet de résolution proposé par les délégations de l'Inde et de la Thaïlande

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Rappelant la Constitution de l'OMS, selon laquelle « le but de l'Organisation mondiale de la Santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » ;

PP2 Rappelant les principes de la Stratégie mondiale et du plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, tels qu'adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA61.21 ;

PP3 Soulignant l'importance de garantir l'accès à des médicaments, technologies et autres produits de santé abordables pour ceux qui en ont besoin, tout en assurant la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux<sup>1</sup> et en promouvant l'usage rationnel des médicaments ;

PP4 Inquiète des rapports faisant état de produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité incertaines et soulignant le besoin de garantir la disponibilité de produits médicaux sûrs, efficaces, de qualité et abordables ;

PP5 Reconnaissant que les produits médicaux faussement étiquetés ou de qualité inférieure peuvent avoir de sérieuses conséquences pour la santé de la population ;

PP6 Notant que le terme et la définition de « contrefait » s'associent à une violation des droits de la propriété intellectuelle et ne devraient pas être mis en équivalence avec des produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité incertaines ;

PP7 Notant que, dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, l'expression « marchandises de marque contrefaites » s'entend de toutes les marchandises, y compris leur emballage, portant sans autorisation une marque de fabrique ou de commerce qui est identique à la marque de fabrique ou de commerce valablement enregistrée pour lesdites marchandises, ou qui ne peut être distinguée dans ses aspects essentiels de cette marque de fabrique ou de commerce, et qui de ce fait porte atteinte aux droits du titulaire de la marque en question en vertu de la législation du pays d'importation ;<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Le terme « produits médicaux » doit être entendu ci-après comme incluant les vaccins, les produits diagnostiques et les médicaments, conformément à la résolution WHA59.24.

<sup>2</sup> Article 51 de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, note de bas de page 14 a).

PP8 Reconnaissant que les questions de protection et de respect des droits de la propriété intellectuelle sont distinctes de celles de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des produits médicaux ;

PP9 Vivement préoccupée par les nombreux cas de mesures visant à faire respecter la propriété intellectuelle ayant abouti à des saisies injustifiées de médicaments génériques, affectant l'accès en temps voulu à des produits médicaux efficaces et abordables pour les populations dans les pays en développement, y compris dans les pays les moins avancés ;

PP10 Reconnaissant que l'on confond la violation des droits de la propriété intellectuelle avec les questions de qualité, d'innocuité et d'efficacité ;

PP11 Reconnaissant que les prix élevés des produits médicaux ont pour effet un accès inéquitable et facilitent la prolifération de produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité incertaines ;

PP12 Résolue à prendre des mesures immédiates pour promouvoir la disponibilité de produits médicaux abordables, de qualité, sûrs et efficaces ;

PP13 Reconnaissant la nécessité de promouvoir des mesures portant sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux ne devenant pas en soi des obstacles à la disponibilité en temps voulu de produits médicaux abordables et à la production de produits médicaux génériques ;

PP14 Reconnaissant que le Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux, ou son mandat, n'a pas été encore approuvé par un organe directeur de l'OMS et qu'il y a des conflits d'intérêts pour ce qui est de sa composition ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à prendre des mesures pour renforcer les autorités nationales de réglementation pharmaceutique en développant leurs capacités pour veiller à ce que tous, et en particulier les groupes vulnérables, aient accès à des produits médicaux sûrs, efficaces, de qualité et abordables ;
- 2) à s'attaquer aux causes fondamentales de la mise en circulation de médicaments d'innocuité, d'efficacité et de qualité incertaines, par exemple la faiblesse des moyens réglementaires, une promotion des médicaments contraire à l'éthique et le prix élevé des produits médicaux ;
- 3) à prendre des mesures pour lever les obstacles à l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et abordables ;
- 4) à veiller à l'intégration, dans leur législation nationale sur la propriété intellectuelle, de clauses de sauvegarde de la santé publique, telles que réaffirmées dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;
- 5) à mettre en œuvre des politiques sur le commerce, la propriété intellectuelle et autres sans restreindre le champ d'action pour la santé, y compris l'accès à des produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et abordables et la production de produits médicaux génériques ;
- 6) à éviter d'appliquer des mesures pour faire respecter les droits de la propriété intellectuelle, comme la saisie de produits médicaux en transit, qui ont pour effet de créer des

barrières au commerce légitime des produits génériques et empêchent l'accès aux produits médicaux, en particulier dans les pays en développement ;

7) à promouvoir une collaboration étroite entre les autorités nationales de réglementation pharmaceutique pour l'échange d'informations, de techniques d'inspection et de méthodes d'essai ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux États Membres, à leur demande, pour renforcer leurs autorités nationales de réglementation pharmaceutique, en mettant l'accent sur le développement de leurs moyens, leurs connaissances techniques, leurs infrastructures, leurs établissements et pour promouvoir des systèmes solides garantissant que les produits médicaux relevant de leur compétence soient de qualité, sûrs et efficaces ;

2) de fournir un appui à l'élaboration de nouvelles techniques et méthodes d'essai à utiliser par les autorités nationales de réglementation pharmaceutique pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux ;

3) de remplacer la participation de l'OMS au Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux par un programme efficace chargé de s'occuper des questions de qualité, d'innocuité et d'efficacité, telles qu'elles sont détaillées dans la présente résolution, et veiller à ce que ce nouveau programme évite les conflits d'intérêts, se fonde sur des bases factuelles, soit transparent et animé par ses Membres ;

4) d'appeler l'OMS à ne pas participer à des violations des droits de la propriété intellectuelle et à d'autres mesures qui pourraient potentiellement compromettre la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et abordables et la production de produits médicaux génériques ;

5) de créer des mesures garantissant que le respect de la propriété intellectuelle n'empêche pas l'accès à des produits médicaux abordables ;

6) de soumettre un rapport sur la mise en œuvre de la présente résolution à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, puis par la suite tous les deux ans, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

---

## **ANNEXES**





## ANNEXE 1

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

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

1. Dans le présent document figure la politique de l'OMS qui offre un cadre pour que l'Organisation puisse évaluer les possibilités de participer à différents types de partenariat pour la santé et à arrêter une décision à ce sujet ; il fournit également des paramètres précis à appliquer lorsque l'Organisation accepte d'héberger un partenariat formel.

2. L'ensemble de critères définis plus loin a pour but d'aider l'OMS à décider quand et comment participer à des partenariats et comment mettre en place cette participation, la revoir ou y mettre fin. D'une manière générale, l'OMS est favorable aux mécanismes internes qui facilitent la collaboration sans faire appel à des structures de gouvernance distinctes.

3. Le nombre de partenariats mondiaux, d'initiatives et d'autres formes de collaboration pour la santé augmente de façon constante depuis dix ans. Le terme « partenariat » est utilisé dans un sens générique pour décrire diverses structures et relations organiques, aussi bien à l'intérieur de l'OMS qu'à l'extérieur, pour promouvoir la collaboration dans le but d'améliorer les résultats sanitaires ; il peut s'agir d'entités légalement constituées s'administrant elles-mêmes, voire de modes de collaboration plus simples entre différents partenaires. Divers termes, comme « partenariat », « alliance », « réseau », « programme », « collaboration à des projets », « campagne conjointe » et « groupe spécial », peuvent être utilisés pour désigner ces partenariats ; ces termes, cependant, ne désignent pas différentes catégories de partenariats.

4. À titre d'exemple, on citera parmi les différents partenariats des entités légalement constituées, extérieures à l'OMS (le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI, l'Opération nouveaux médicaments antipaludiques), et des partenariats non dotés de la personnalité morale, intérieurs à l'OMS, ayant leur propre structure de gouvernance (le Partenariat Halte à la tuberculose, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le Partenariat Faire reculer le paludisme, UNITAID, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et le Réseau de métrologie sanitaire).

5. Dans le cadre de ses fonctions essentielles, l'OMS gère un certain nombre d'initiatives de collaboration qui sont entièrement placées sous son autorité et sa responsabilité, pour lesquelles il n'existe aucune modalité de gouvernance propre et qui ont pour but de fournir un moyen de collaborer avec des partenaires multiples. On citera notamment des réseaux, programmes, groupes spéciaux et des collaborations à des projets tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le Réseau mondial de lutte contre les maladies non transmissibles, le Programme d'éradication du ver de

---

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

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

### **Définition**

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

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

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

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

- a) **Il est démontré que le partenariat apporte une nette valeur ajoutée dans le domaine de la santé publique**, car il permet de mobiliser les partenaires, les connaissances et les ressources et de créer une synergie pour atteindre un objectif de santé publique qui, sans cela, n'aurait pas été atteint dans la même mesure.
- b) **Le partenariat a un objectif bien défini qui concerne un domaine prioritaire pour l'OMS** énoncé dans les objectifs stratégiques de l'OMS, et pour lequel un calendrier réaliste est prévu. La participation de l'OMS devrait représenter un prolongement de ses fonctions essentielles, de ses politiques et de ses atouts par rapport à d'autres organisations, et renforcer la qualité et l'intégrité de ses programmes et de ses activités.
- c) **Le partenariat se conforme aux normes et critères techniques** établis par l'OMS.
- d) **Le partenariat soutient les objectifs nationaux de développement**. Lorsqu'un partenariat est actif sur le plan national et cherche à favoriser le renforcement des capacités des pays, la participation de l'OMS devrait aider à harmoniser les efforts et à réduire ainsi la charge administrative globale pour les pays.
- e) **Le partenariat garantit une participation adéquate et appropriée de toutes les parties intéressées**. Les objectifs convenus du partenariat sont garantis par la participation active de toutes les parties intéressées (y compris, selon le cas, les bénéficiaires, la société civile et le secteur privé) et le respect de leurs mandats respectifs. Les partenariats peuvent bénéficier, le cas échéant, de la contribution d'organisations et d'organismes extérieurs au secteur traditionnel de la santé publique.
- f) **Les rôles des partenaires sont clairement définis**. Pour que l'OMS participe à un partenariat, celui-ci doit énoncer clairement les atouts des partenaires et éviter le chevauchement des activités et la mise en place de systèmes parallèles.

- g) **Le coût des transactions liées à un partenariat doit être évalué, de même que ses avantages et risques potentiels.** La charge de travail supplémentaire attendue pour l'OMS (à tous les niveaux) devra être évaluée et quantifiée.
- h) **La poursuite de l'objectif de santé publique prend le pas sur les intérêts particuliers des participants.** Il convient de définir les risques et les responsabilités découlant des partenariats public-privé et de les prendre en compte en mettant en place et en appliquant des garanties qui recouvrent des dispositions relatives aux conflits d'intérêts. Le partenariat est doté de mécanismes visant à gérer ces conflits. Chaque fois que l'on envisage un partenariat potentiel avec des entreprises commerciales à but lucratif, les conflits d'intérêts éventuels sont pris en considération dans la conception et la structure même de ce partenariat.
- i) **La structure du partenariat correspond aux fonctions proposées.** La conception de la structure du partenariat devrait correspondre à ses fonctions. Par exemple, les partenariats qui comportent un élément de financement important devront peut-être être dotés d'une structure de gouvernance plus formelle, assortie d'une obligation claire de justifier les décisions en matière de financement. Ceux qui ont surtout un rôle de coordination pourraient fonctionner efficacement sans structure de gouvernance formelle. Les réseaux axés sur des activités particulières peuvent s'avérer très efficaces et efficaces pour atteindre les objectifs du partenariat avec un maximum de flexibilité et peuvent permettre de réduire les coûts des transactions souvent associés à des structures et des mécanismes de gouvernance formels.
- j) **Le partenariat est doté d'un mécanisme d'évaluation et/ou d'autosurveillance indépendant et extérieur.** Le calendrier, la finalité, les objectifs, la structure et le fonctionnement d'un partenariat seront régulièrement passés en revue et, le cas échéant, modifiés. Les critères applicables à la modification ou la cessation d'un partenariat seront présentés avec clarté, de même que les modalités de transition envisagées.

### **Modalités d'hébergement**

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

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

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

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

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

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

### **Ressources humaines**

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### **Communications**

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

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

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

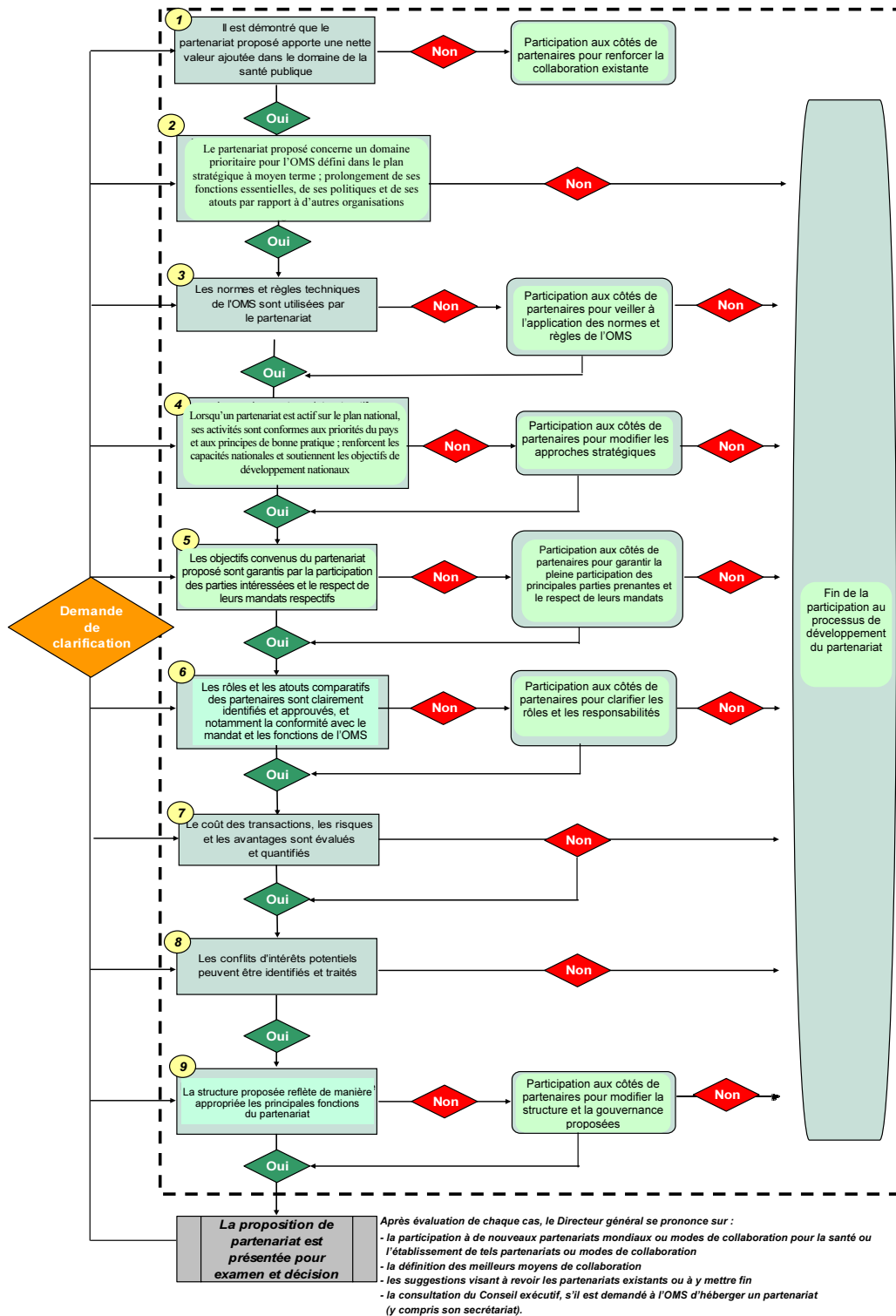
26. À la suite de l'évaluation, l'OMS et le partenariat examineront les résultats de façon à choisir l'une des quatre solutions éventuelles suivantes : 1) proroger les modalités existantes pour une nouvelle période spécifiée ; 2) formuler des recommandations en vue de modifier la structure et/ou les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

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

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

Appendice

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



## ANNEXE 2

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

[A63/46 – 22 avril 2010]

### *Article 4*

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

4.1 L'échange réciproque de rapports, de publications et d'autres informations, en particulier l'échange en temps voulu d'informations sur les flambées de zoonoses et de maladies d'origine alimentaire. Les deux Parties prendront des arrangements spéciaux pour coordonner la riposte aux flambées de zoonoses et/ou de maladies d'origine alimentaire notoirement ou potentiellement importantes en santé publique au niveau international.

4.2 L'organisation, aux niveaux régional et mondial, de réunions et de conférences sur les zoonoses, les maladies d'origine alimentaire et les questions connexes telles que les pratiques en matière d'alimentation des animaux et la résistance aux antimicrobiens en rapport avec l'usage prudent des antimicrobiens dans l'élevage, ainsi que sur leurs politiques et programmes d'endiguement/de lutte.

4.3 L'élaboration, la défense et le soutien technique conjoints de programmes nationaux, régionaux ou mondiaux visant à maîtriser ou éliminer les principales zoonoses et maladies d'origine alimentaire ou portant sur des questions d'intérêt commun qui se font jour ou qui resurgissent.

4.4 La promotion et le renforcement, en particulier dans les pays en développement, de l'éducation en matière de santé publique vétérinaire, de la mise en œuvre de la santé publique vétérinaire et d'une coopération efficace entre le secteur de la santé publique et le secteur de la santé animale/vétérinaire.

4.5 La promotion et la coordination au niveau international de la recherche sur les zoonoses, la santé publique vétérinaire et la sécurité sanitaire des aliments.

4.6 La promotion et le renforcement de la collaboration entre le réseau de centres et de laboratoires de référence de l'OIE et celui de centres collaborateurs et de laboratoires de référence de l'OMS afin qu'ils soutiennent ensemble les États Membres de l'OMS et les Membres de l'OIE pour les questions présentant un intérêt commun.

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

---

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



## ANNEXE 3

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

[A63/13 – 25 mars 2010]

### Contexte

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

### Enjeux et perspectives

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

## Buts et objectifs

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

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

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

10. La Stratégie vise cinq objectifs :

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

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

## Principes directeurs

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

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

## Politiques et mesures nationales

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

## **POLITIQUES ET INTERVENTIONS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

### Domaine 7. Politiques de prix

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Mobilisation de ressources**

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

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

58. Le Secrétariat secondera les États Membres en s'employant :
- a) à promouvoir l'échange de données d'expérience et de bonnes pratiques en matière de financement des politiques et des interventions destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

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

## **MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## ANNEXE 4

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

[A63/13 – 25 mars 2010]

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

---

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

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

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

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

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

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

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

## DONNÉES FACTUELLES

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

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

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

## RECOMMANDATIONS

### JUSTIFICATION

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

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

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

---

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

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

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



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

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

#### ÉLABORATION DE LA POLITIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

## MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

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

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

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

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

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

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

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

#### SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

#### RECHERCHE

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

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

---

## ANNEXE 5

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

### *Préambule*

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

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

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

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

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

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

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

---

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

### *Article 1 – Objectifs*

Le présent Code a pour objectifs :

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

### *Article 2 – Nature et portée*

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

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

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

### *Article 3 – Principes directeurs*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Article 8 – Application du Code*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.3 Le Directeur général :

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

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

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

---

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

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

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

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

---

## ANNEXE 6

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

[A63/10 – 1<sup>er</sup> avril 2010]

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

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

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

# Stratégie OMS de recherche pour la santé

[A63/22 – 25 mars 2010]

### CONTEXTE ET FONDEMENT

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

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

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

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

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

5. Fait important, beaucoup de progrès ont été accomplis depuis quelques dizaines d'années. On accorde de plus en plus d'importance à la santé dans le monde et, parallèlement, la communauté des

---

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

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

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

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

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

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

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

### **Définitions et concepts**

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



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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## STRATÉGIE OMS DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ

### La recherche au service de la santé

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

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

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

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

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

### Principes directeurs

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

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

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

---

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

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

## Objectifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Normes et critères**

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

**Rapports et documentation destinés au public**

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

**OBJECTIF CONCERNANT L'ORGANISATION**

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

**L'enjeu**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Résultats escomptés

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

## OBJECTIF CONCERNANT LES PRIORITÉS

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

### L'enjeu

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

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

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

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

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

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

### Actions pour atteindre l'objectif

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

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



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

### **Résultats escomptés**

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

### **OBJECTIF CONCERNANT LES CAPACITÉS**

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

#### **L'enjeu**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Résultats escomptés**

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

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

### **OBJECTIF CONCERNANT LES NORMES**

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

#### **L'enjeu**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Résultats escomptés**

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

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

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

## **OBJECTIF DE MISE EN APPLICATION**

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

### **L'enjeu**

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

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

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

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

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

66. En collaboration avec les États Membres et les partenaires, le Secrétariat :
- a) déterminera, après évaluation, les activités prometteuses de mise en application et fera valoir leur utilité pour prendre des décisions fondées sur les meilleures données de la recherche ;

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

### Résultats escomptés

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

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

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

## **MISE EN ŒUVRE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Collaboration avec les partenaires**

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

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

### **Dotation en personnel**

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

### **Financement**

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

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



## ÉVALUATION

### Aperçu

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

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

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

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

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

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

### Structure du cadre d'évaluation

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

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

### Suivi des progrès

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

---

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

**Tableau 2. Liste des indicateurs**

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

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

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

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

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

[A63/24 – 25 mars 2010]

### PRÉAMBULE

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

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

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

---

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

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

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

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

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

### Principe directeur 1

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 1

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

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

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

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

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

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

## Principe directeur 2

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

### Commentaire sur le principe directeur 2

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

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

### Principe directeur 3

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

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

#### Commentaire sur le principe directeur 3

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

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

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

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

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

### **Principe directeur 4**

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

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

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

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

### **Principe directeur 5**

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

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

## Commentaire sur le principe directeur 5

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

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

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

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

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

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

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



## Principe directeur 6

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 6

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

## Principe directeur 7

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

### Commentaire sur le principe directeur 7

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

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

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

### **Principe directeur 8**

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

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

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

### **Principe directeur 9**

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

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

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

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

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

## Principe directeur 10

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

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

### Commentaire sur le principe directeur 10

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

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

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

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

## **Principe directeur 11**

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

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

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

---

## ANNEXE 9

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

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

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

**4. Incidences financières**

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

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

**5. Incidences administratives**

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

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

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

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

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

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

Un an.

**1. Résolution WHA63.14 Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants****2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

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

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

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

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

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

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

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

La résolution vise à renforcer les activités liées à :

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

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

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

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

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

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

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

Oui.

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

Des contributions volontaires devraient apporter un financement supplémentaire.

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

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

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

Oui.

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

Aucun.

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

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



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