



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT VINGT-SIXIÈME SESSION
GENÈVE, 18-23 JANVIER 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

Le Conseil exécutif a tenu sa cent vingt-sixième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 18 au 23 janvier 2010. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les résolutions et décisions et les annexes s’y rapportant, ainsi que la composition des comités et groupes de travail. Les procès-verbaux des débats du Conseil et la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs sont publiés dans le document EB126/2010/REC/2.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	iii
Ordre du jour.....	vii
Liste des documents.....	xi
Comités et groupes de travail.....	xv

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

EB126.R1	Nomination du Directeur régional pour l’Afrique.....	1
EB126.R2	Nomination du Directeur régional pour l’Europe	1
EB126.R3	Remerciements au Dr Marc Danzon	2
EB126.R4	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	2
EB126.R5	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.....	7
EB126.R6	Malformations congénitales	10
EB126.R7	Promotion d’initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments.....	13
EB126.R8	Méthode de travail du Conseil exécutif.....	18
EB126.R9	Confirmation d’amendements au Règlement du Personnel	18
EB126.R10	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général.....	18
EB126.R11	Stratégies visant à réduire l’usage nocif de l’alcool.....	19
EB126.R12	Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets.....	20
EB126.R13	Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes	23
EB126.R14	Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins	28
EB126.R15	Accélération des progrès 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	32
EB126.R16	Hépatite virale	35
EB126.R17	Relations avec les organisations non gouvernementales.....	38

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Décisions	
EB126(1) Nomination des membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance	39
EB126(2) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé	39
EB126(3) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.....	39
EB126(4) Date et lieu de la cent vingt-septième session du Conseil exécutif	40
EB126(5) Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS.....	40
EB126(6) Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha.....	41
EB126(7) Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé.....	41
EB126(8) Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé	41
EB126(9) Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique.....	41

ANNEXES

1. Malformations congénitales	45
2. Texte des articles amendés du Règlement intérieur du Conseil exécutif.....	52
3. Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel	53
4. Projet de stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.....	56
5. Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l'OMS en application de la résolution EB126.R17 et de la décision EB126(5), respectivement.....	77
6. Directives pour l'examen par l'OMS des substances psychoactives aux fins d'un contrôle international.....	80
7. Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif.....	106

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
4. Questions techniques et sanitaires
 - 4.1 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
 - 4.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)
 - 4.3 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d'action
 - 4.4 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - 4.5 Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial
 - 4.6 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation quadriennal
 - 4.7 Malformations congénitales
 - 4.8 Sécurité sanitaire des aliments
 - 4.9 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale
 - 4.10 Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool
 - 4.11 Lutte antituberculeuse
 - Progrès et planification à long terme
 - Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte
 - 4.12 Hépatite virale
 - 4.13 Lutte contre la leishmaniose
 - 4.14 Éradication mondiale de la rougeole

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (18 janvier 2010).

- 4.15 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
- 4.16 Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins
- 4.17 Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
- 4.18 Éléments d'orientation pour l'examen par l'OMS des substances psychoactives aux fins d'un contrôle international : projet de révision
- 4.19 Conséquences sanitaires du séisme en Haïti
- 4.20 Traitement et prévention de la pneumonie
- 4.21 Lèpre (maladie de Hansen)
- 5. Questions relatives au programme et au budget
 - 5.1 Onzième programme général de travail, 2006-2015
- 6. Questions financières
 - 6.1 Barème des contributions
 - 6.2 [supprimé]
- 7. Questions administratives
 - 7.1 Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement
 - 7.2 Nomination des membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance
 - 7.3 Méthode de travail des organes directeurs
 - 7.4 Ordre du jour provisoire de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent vingt-septième session du Conseil exécutif
 - 7.5 Rapports des comités du Conseil exécutif
 - Comité permanent des Organisations non gouvernementales
 - Fondations et distinctions
- 8. Questions relatives au personnel
 - 8.1 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique
 - 8.2 Nomination du Directeur régional pour l'Europe
 - 8.3 Nomination du vérificateur intérieur des comptes

ORDRE DU JOUR

- 8.4 Ressources humaines : rapport annuel
- 8.5 Confirmation d'amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel
- 8.6 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
- 8.7 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
- 9. Questions soumises pour information
 - 9.1 Rapports des organes consultatifs
 - Comité consultatif de la Recherche en Santé
 - Comités d'experts et groupes d'étude
- 10. 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)
- 11. Clôture de la session

LISTE DES DOCUMENTS

EB126/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB126/1 Add.1 et EB126/1 Add.2	Proposition d'inscription d'un point supplémentaire à l'ordre du jour
EB126/2	Rapport du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session
EB126/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB126/4	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
EB126/5	Application du Règlement sanitaire international (2005)
EB126/6	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie mondiale et Plan d'action
EB126/6 Add.1	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : rapport du groupe de travail d'experts sur le financement de la recherche-développement
EB126/7	Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
EB126/8	Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial
EB126/9	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation quadriennal
EB126/10 et Add.1	Malformations congénitales ²
EB126/10 Add.2	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 ³
EB126/11	Sécurité sanitaire des aliments
EB126/12	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale

¹ Voir p. vii.

² Voir l'annexe 1.

³ Voir l'annexe 7.

EB126/13	Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool : projet de stratégie mondiale ¹
EB126/13 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 ²
EB126/14	Lutte antituberculeuse
EB126/15	Hépatite virale
EB126/16	Lutte contre la leishmaniose
EB126/17	Éradication mondiale de la rougeole
EB126/18	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
EB126/19 et Add.1	Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins
EB126/19 Add.2	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 ²
EB126/20	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
EB126/21	Éléments d'orientation pour l'examen par l'OMS des substances psychoactives aux fins d'un contrôle international : projet de révision ³
EB126/22	Onzième programme général de travail, 2006-2015
EB126/23	Barème des contributions
EB126/24	Sûreté et sécurité du personnel et des locaux et plan-cadre d'équipement
EB126/25	Nomination des membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance
EB126/26	Méthode de travail des organes directeurs ⁴
EB126/27	Ordre du jour provisoire de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

¹ Voir l'annexe 4.

² Voir l'annexe 7.

³ Voir l'annexe 6.

⁴ Voir l'annexe 2.

LISTE DES DOCUMENTS

EB126/28	Rapports des comités du Conseil exécutif : Comité permanent des Organisations non gouvernementales ¹
EB126/28 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
EB126/29	Distinctions
EB126/30	Nomination du Directeur régional pour l'Afrique
EB126/31	Nomination du Directeur régional pour l'Europe
EB126/32	Nomination du vérificateur intérieur des comptes
EB126/33, Add.1 et Add.1 Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB126/34	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
EB126/35	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB126/36	Rapports des organes consultatifs : Comité consultatif de la Recherche en Santé
EB126/37	Rapports des comités d'experts et groupes d'étude
EB126/37 Add.1	Rapport des organes consultatifs : comités d'experts et groupes d'étude – Tableaux et comités d'experts et leur composition
EB126/38 et Add.1	Rapports de situation
EB126/39	Confirmation d'amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ³
EB126/39 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 ²
EB126/40	Traitement et prévention de la pneumonie
EB126/41	Lèpre (maladie de Hansen)

¹ Voir l'annexe 5.

² Voir l'annexe 7.

³ Voir l'annexe 3.

Documents d'information

EB126/INF.DOC./1	Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
EB126/INF.DOC./2	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB126/INF.DOC./3	Application du Règlement sanitaire international (2005)

Divers

EB126/DIV/1 Rev.1	Liste des membres et autres participants
EB126/DIV/2	Emploi du temps quotidien préliminaire
EB126/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
EB126/DIV/4	Liste des documents

COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL¹

1. Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

Dr M. Dahl-Regis (Bahamas, Président), Professeur A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr P. Buss (Brésil), Dr A. A. Bin Shakar (Émirats arabes unis), M. D. Houssin (France), Dr M. Kökény (Hongrie), Mme K. Sujatha Rao (Inde), Dr S. Omi (Japon), Dr S. Kabuluzi (Malawi), M. T. Ryall (Nouvelle-Zélande), Dr A. Djibo (Niger), Dr A. J. Mohamed (Oman), Dr S. Zaramba (Ouganda), Président du Conseil exécutif, membre de droit, Professeur Sohn Myongsei (République de Corée), Vice-Président du Conseil exécutif, membre de droit.

Onzième réunion, 14 et 15 mai 2010 : Dr M. Dahl-Regis (Bahamas, Président), M. S. A. Ali (Bangladesh, suppléant du Professeur A. F. M. R. Haque), Dr L. F. Beskow (Brésil, suppléant du Dr P. Buss), Dr F. Al Braik (Émirats arabes unis, suppléant du Dr S. Al Darmaki), M. A. Allo (France, suppléant de M. D. Houssin), Dr A. Meszaro (Hongrie, suppléant du Dr M. Kökény), M. P. Satpathy (Inde, suppléant de Mme K. Sujatha Rao), Dr M. Mugitani (Japon, suppléant du Dr S. Omi), Dr A. Djibo (Niger), Mme D. Roche (Nouvelle-Zélande, suppléant de M. T. Ryall), Dr A. J. Mohamed (Vice-Président, Oman), Dr S. Zaramba (Ouganda), Président du Conseil exécutif, membre de droit, Professeur Sohn Myongsei (République de Corée), Vice-Président du Conseil exécutif, membre de droit.

2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

Professeur A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr A. J. Mohamed (Oman), M. C. Vallejos (Pérou), Mme G. A. Gidlow (Samoa), Dr J. A. N. dos Ramos (Sao Tomé-et-Principe)

Réunion du 19 janvier 2010 : Professeur A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr A. J. Mohamed (Oman, Président), M. C. Vallejos (Pérou), M. A. Peteru (Samoa, suppléant de Mme G. A. Gidlow), Dr J. A. N. dos Ramos (Sao Tomé-et-Principe).

3. Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Doğramacı pour la Santé de la Famille

Le Président du Conseil exécutif, un représentant du Centre international de l'Enfance, Ankara, et le Président de l'Université Bilkent, ou son représentant.

Réunion du 19 janvier 2010 : Dr S. Zaramba (Ouganda, Président), Professeur P. L. Erdogan (représentant du Professeur I. Doğramacı, Président de l'Université de Bilkent), Professeur M. Bertan (représentant du Centre international de l'Enfance, Ankara).

¹ On trouvera ci-dessous la composition des comités et des groupes de travail ainsi que la liste des membres du Conseil exécutif ayant participé aux réunions qui ont eu lieu depuis la précédente session du Conseil.

4. Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Président du Conseil exécutif, un représentant du fondateur et un membre du Conseil exécutif.

Réunion du 20 janvier 2010 : Dr S. Zaramba (Ouganda, Président), Professeur K. Kiikuni (représentant du fondateur), Professeur Sohn Myongsei (République de Corée).

5. Groupe de sélection de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé

Le Président du Conseil exécutif, un représentant du fondateur et un membre du Conseil exécutif d'un État Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

Réunion du 19 janvier 2010 : Dr S. Zaramba (Ouganda, Président), Dr S. Al Darmaki (représentant du fondateur), Dr H. Abdesselem (Tunisie).

6. Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique

Le Président du Conseil exécutif, un représentant du fondateur et un membre du Conseil exécutif d'un État Membre de la Région OMS du Pacifique occidental.

Réunion du 20 janvier 2010 : Dr S. Zaramba (Ouganda, Président), Mme Chung Kyeong-hee (représentant du fondateur), Mme P. T. Toelupe (Samoa, suppléant de Mme G. A. Gidlow).

RÉSOLUTIONS

EB126.R1 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS ;

Vu la désignation faite par le Comité régional de l'Afrique à sa cinquante-neuvième session ;

1. NOMME à nouveau le Dr Luis Gomes Sambo en qualité de Directeur régional pour l'Afrique à compter du 1^{er} février 2010 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir au bénéfice du Dr Luis Gomes Sambo un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2010, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

(Troisième séance, 19 janvier 2010)

EB126.R2 Nomination du Directeur régional pour l'Europe

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS ;

Vu la désignation faite par le Comité régional de l'Europe à sa cinquante-neuvième session ;

1. NOMME Mme Zsuzsanna Jakab en qualité de Directeur régional pour l'Europe à compter du 1^{er} février 2010 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir au bénéfice de Mme Zsuzsanna Jakab un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2010, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

(Troisième séance, 19 janvier 2010)

EB126.R3 Remerciements au Dr Marc Danzon

Le Conseil exécutif,

Désirant, à l'occasion du départ à la retraite du Dr Marc Danzon, Directeur régional pour l'Europe, lui exprimer sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus à l'Organisation mondiale de la Santé ;

Sachant avec quel dévouement il a servi, sa vie durant, la cause de l'action de santé internationale et rappelant notamment qu'il a rempli pendant 10 ans les fonctions de Directeur régional pour l'Europe ;

1. EXPRIME sa profonde gratitude et sa grande appréciation au Dr Marc Danzon pour son inestimable contribution à l'action de l'OMS ;
2. ADRESSE à cette occasion au Dr Marc Danzon ses vœux les plus sincères pour de nombreuses années encore au service de l'humanité.

(Troisième séance, 19 janvier 2010)

EB126.R4 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;¹

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

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 ;

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) ;

¹ Document EB126/7.

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 et du Plan 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 ;

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

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 sa mission ;

Accueillant avec satisfaction le rapport de l'OMS sur les femmes et la santé¹ 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 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 ;

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

- 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 ;
- 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 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 ;
- 6) 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 ;
- 7) 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 ;
- 8) 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 ;
- 9) 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 ;
- 10) à maintenir les engagements pris en faveur de l'éradication de la poliomyélite ;
- 11) 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 ;

- 12) 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 ;
 - 13) à tenir leurs engagements au regard de l'aide publique au développement d'ici 2015 ;
2. 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 ;

3. INVITE les organisations concernées du système des Nations Unies, les partenaires et les organismes pour le développement international, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé à continuer de soutenir et à envisager les moyens 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 aux objectifs du Millénaire pour le développement.

(Septième séance, 21 janvier 2010)

EB126.R5 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport de situation quadriennal sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;¹

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;

Rappelant les résolutions WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15 et WHA54.2 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et WHA59.11 sur la nutrition et le VIH/sida ;

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 178 millions d'enfants dans le monde présentent une insuffisance pondérale 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

¹ Document EB126/9.

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 à un âge avancé ;

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 ;

Consciente des problèmes soulevés 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 ;

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 et surveiller attentivement l'efficacité des interventions mises en œuvre ;

Reconnaissant que l'amélioration des pratiques en matière d'allaitement maternel pourrait chaque année sauver la vie d'environ un million d'enfants de moins de cinq ans et que, chaque année, le décès de plus d'un demi-million d'entre eux pourrait être évité grâce à 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 ;

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 accroître les interventions ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à accroître la volonté politique de réduire la malnutrition sous toutes ses formes ;
 - 2) à renforcer et à hâter la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en insistant sur la suite à donner au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté dans la résolution WHA34.22 ;
 - 3) à élaborer des cadres d'orientation visant le double fardeau de la malnutrition, ou à examiner ceux qui existent actuellement, et à allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour assurer leur mise en œuvre ;
 - 4) à appliquer à plus grande échelle les interventions visant à améliorer la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, y compris la protection et la promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire, sûre, appropriée et fournie en temps voulu ; la mise en œuvre d'interventions pour une alimentation complémentaire et thérapeutique en cas de malnutrition sévère ; et la lutte contre les carences en vitamines et en minéraux ;
 - 5) à inclure les stratégies visées au paragraphe 1.4) ci-dessus dans les services de santé de la mère et de l'enfant complets et à soutenir l'objectif de la couverture universelle et les principes des soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, comme il est énoncé dans la résolution WHA62.12 ;
 - 6) à renforcer les systèmes de surveillance de la nutrition et à améliorer l'utilisation et la notification des indicateurs convenus des objectifs du Millénaire pour le développement afin de suivre les progrès accomplis ;
 - 7) à appliquer les normes OMS de croissance de l'enfant en les intégrant pleinement dans les programmes de santé de l'enfant ;
2. EXHORTE l'industrie alimentaire à respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et à mieux assumer ses responsabilités sociales collectives ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de développer la base de données factuelles sur les interventions nutritionnelles sûres et efficaces pour 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 dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires ;
 - 3) de poursuivre et de renforcer la 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 les 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 ;

5) d'élaborer un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, en tant que 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.

(Septième séance, 21 janvier 2010)

EB126.R6 Malformations congénitales¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les malformations congénitales ;²

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Constatant avec préoccupation 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 mortinatalité 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 ;

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 ;

¹ Voir l'annexe 1.

² Document EB126/10.

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 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, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen ;

Se félicitant du rapport sur les malformations congénitales ;

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, au profit de tous ceux qui en ont besoin, des interventions efficaces, portant notamment sur le conseil au sens large, l'information et la sensibilisation pour la prévention des malformations congénitales, ainsi que 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 ;

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 en appliquant, à l'intention de la population en général comme des groupes à haut risque, des programmes d'éducation sanitaire 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 en instaurant des services de génétique communautaires appropriés ;

- 5) à enregistrer les données de surveillance des malformations congénitales dans les systèmes nationaux d'information sanitaire ;
 - 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 ;
 - 8) 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 ;
 - 9) 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 des malformations congénitales à la naissance et au rôle qu'ils ont à jouer pour identifier les enfants atteints ;
 - 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 dans le cadre de leur plan national de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en renforçant les systèmes de santé et les soins de santé primaires, grâce notamment à une amélioration de la couverture vaccinale par les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux entre autres, et par des stratégies d'enrichissement des aliments dans le but de prévenir les malformations congénitales, et de promouvoir 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 ;
- 8) de faire rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en 2014, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution.

(Septième séance, 21 janvier 2010)

EB126.R7 Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la sécurité sanitaire des aliments ;¹

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

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,² dont le but était de réduire la charge sanitaire et sociale due aux maladies d'origine alimentaire ;

¹ Document EB126/11.

² Document EB109/2002/REC/2, procès-verbal de la quatrième séance.

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 ;

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 :¹

- 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 ;
- 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) ;

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

- 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.

(Huitième séance, 21 janvier 2010)

EB126.R8 Méthode de travail du Conseil exécutif¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la méthode de travail des organes directeurs ;²

DÉCIDE de modifier son Règlement intérieur comme proposé dans l'annexe au rapport sur la méthode de travail des organes directeurs, avec effet à la clôture de sa cent vingt-septième session.

(Neuvième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R9 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel³

Le Conseil exécutif

CONFIRME, conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel, les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel avec effet au 1^{er} janvier 2010 en ce qui concerne la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur.

(Neuvième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R10 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la confirmation d'amendements au Statut du Personnel et au Règlement du Personnel ;⁴

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

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) ;

¹ Voir l'annexe 2.

² Document EB126/26.

³ Voir l'annexe 3.

⁴ Document EB126/39.

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^{er} janvier 2010.

(Neuvième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R11 Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;²

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 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 ;
2. AFFIRME que la Stratégie mondiale vise à orienter l'action à tous les niveaux et à 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 :³
 - 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 ;

¹ Voir l'annexe 4.

² Document EB126/13.

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

- 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 ;
 - 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.

(Onzième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R12 Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;¹

Ayant examiné en outre la lettre adressée au Directeur général de l'OMS par le Président de 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 ;

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

¹ Document EB126/20.

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

Rappelant les résolutions 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 prise 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 ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres¹ à 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 ;

¹ 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 à fournir des ressources et une assistance technique aux pays en développement afin qu'ils mettent au point et utilisent des instruments 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.

(Onzième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R13 Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes¹ et autres produits chimiques obsolètes

Le Conseil exécutif,

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

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

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 Membres³ 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 chimiques⁴ 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

¹ Les « pesticides obsolètes » s'entendent des pesticides qui ne peuvent plus être utilisés aux fins auxquelles ils étaient destinés ou qu'on ne souhaite plus utiliser et qui doivent par conséquent être éliminés.

² Document EB126/20.

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

⁴ Document WHA59/2006/REC/1, annexe 1.

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 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 ;¹

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 élimination² 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 ;

¹ 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).

² 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.

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 posent les pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes, en particulier du fait d'accidents et de catastrophes aux niveaux local et mondial ;

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), 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 la menace liée au stockage, dans de mauvaises conditions de sécurité, de pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes qui, du fait de leur utilisation illégale, de la dégradation de leur conditionnement ou d'accidents, peut 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 récupération, la réutilisation, le recyclage et l'élimination sûrs et efficaces des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes peuvent présenter outre des avantages pour l'environnement aussi des avantages économiques ;

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 :¹

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 ;

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

- 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 ;
 - 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 réglementer 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 élimination¹ 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.

(Onzième séance, 22 janvier 2010)

¹ 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.

EB126.R14 Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la disponibilité, l'innocuité et la qualité des produits sanguins ;²

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

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 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 essentiels³ 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 ;

¹ 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 ».

² Document EB126/19.

³ 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>).

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 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 le guide OMS relatif 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 ;

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 matériels biologiques internationaux de référence (étalons internationaux de l'OMS) 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 hématogène ;

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 ;

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 mentionnant 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 :¹

- 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 ;

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

- 2) à prendre toutes les mesures nécessaires pour actualiser leur législation 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 ;
 - 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 ;
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 matériels biologiques internationaux de référence (étalons internationaux de l’OMS) 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 matériels biologiques internationaux de référence et aux informations scientifiques obtenues lors de leur validation pour garantir l’usage approprié de ces matériels ;
- 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.

(Douzième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R15 Accélération des progrès 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

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le traitement et la prévention de la pneumonie ;¹

RECOMMANDE à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé d’adopter la résolution suivante :

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant pris connaissance du rapport commun OMS/UNICEF sur un plan d’action mondial de lutte contre la pneumonie, présenté en novembre 2009 ;²

¹ Document EB126/40.

² Document WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

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 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 le déroulement 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 de veiller à ce 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 vaccination, en hâtant l'adoption de vaccins abordables et d'un bon rapport coût/efficacité fondée sur les données des profils épidémiologiques nationaux,
 - b) la prise en charge des cas aux niveaux de la communauté, des centres de santé et des hôpitaux,
 - 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 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.

(Douzième séance, 22 janvier 2010)

EB126.R16 Hépatite virale

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'hépatite virale ;¹

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

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'hépatite virale ;

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 aussi bien les gouvernements que les populations pour que soient prises des mesures de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie ;

¹ Document EB126/15.

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 d'une approche intégrée pour la prise en charge de 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 ;

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 ;

1. DÉCIDE que la Journée mondiale de l'hépatite sera célébrée le 28 juillet 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 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 systèmes de transfusion sanguine ;

- 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 ;
 - 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 ;¹
 - 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 liés 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 ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'établir en collaboration avec les États Membres les lignes directrices, les buts à atteindre dans des délais précis, les stratégies et les outils nécessaires 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 dans le monde et d'en estimer la charge ;

¹ 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 ».

- 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 et les institutions financières à apporter leur soutien au renforcement des capacités dans les pays en développement pour favoriser le recours à des méthodes de diagnostic et de traitement fiables, adaptées aux situations épidémiologiques et aux systèmes de santé locaux ;
- 6) d'encourager les organisations internationales et les institutions financières à attribuer des ressources pour prévenir et combattre l'hépatite virale, en apportant un soutien technique équitable aux pays sous la forme la plus efficace et la mieux adaptée ;
- 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 ;
- 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.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

EB126.R17 Relations avec les organisations non gouvernementales¹

Le Conseil exécutif,

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

1. DÉCIDE d'admettre à des relations officielles avec l'OMS Caritas Internationalis, le Comité international pour la Surveillance des Techniques de Procréation assistée, l'International Insulin Foundation, l'International Life Saving Federation, le Réseau international pour le Traitement et la Recherche contre le Cancer et le Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) ;
2. DÉCIDE de reporter l'examen de la demande de l'Union internationale pour les Sciences physiques et techniques en Médecine jusqu'à l'adoption d'un nouveau plan de travail et recommande de maintenir les relations de travail ;
3. DÉCIDE de mettre fin aux relations officielles avec l'Association internationale pour la Santé des Adolescents, l'Association mondiale des Guides et des Éclaireuses, Cystic Fibrosis Worldwide et la Société internationale d'Hématologie ;
4. DÉCIDE de suspendre les relations officielles avec l'Association des Instituts et Écoles de Médecine tropicale d'Europe et avec l'Union internationale pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources jusqu'à ce qu'elles aient présenté un rapport sur leur collaboration ou, le cas échéant, sur l'état de leurs relations avec l'OMS depuis 2006, pour examen par le Conseil exécutif.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

¹ Voir l'annexe 5, et à l'annexe 7 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document EB126/28.

DÉCISIONS

EB126(1) Nomination des membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Secrétariat sur la nomination des membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance¹ et rappelant le mandat du Comité,² a décidé de nommer membres du Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance Mme Marion Cowden (Australie/Nouvelle-Zélande), M. John Fox (États-Unis d'Amérique), M. Graham Miller (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Mme Hélène Ploix (France) et M. Veerathai Santiprabhob (Thaïlande).

(Dixième séance, 22 janvier 2010)

EB126(2) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Suite à la décision EB125(4) du 23 mai 2009 et conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr S. Zaramba (Ouganda), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr E. R. Sedyaningsih (Indonésie), le Dr E. Giménez (Paraguay) et le Professeur Sohn Myongsei (République de Corée) pour représenter le Conseil à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Dr A. J. Mohamed (Oman), et le Rapporteur, le Professeur T. Milosavljević (Serbie) pourraient être invités à représenter le Conseil.

(Douzième séance, 22 janvier 2010)

EB126(3) Ordre du jour provisoire et durée de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport du Directeur général³ sur l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, rappelant sa décision antérieure⁴ selon laquelle la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé devrait se tenir au Palais des Nations à Genève, la session s'ouvrant le lundi 17 mai 2010 et prenant fin au plus tard le samedi 22 mai 2010, et rappelant en outre l'accord conclu à la présente session lors de l'examen du point 7.4 sur le projet d'ordre du jour provisoire, a approuvé l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Troisième

¹ Document EB126/25.

² Résolution EB125.R1, annexe.

³ Voir le document EB126/27.

⁴ Décision EB125(6).

Assemblée mondiale de la Santé, tel qu'il a été amendé, et décidé que la session prendrait fin au plus tard le vendredi 21 mai 2010.

(Douzième séance, 22 janvier 2010)

EB126(4) Date et lieu de la cent vingt-septième session du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent vingt-septième session se tiendrait le samedi 22 mai 2010 à Genève.

(Douzième séance, 22 janvier 2010)

EB126(5) Révision de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS

Le Conseil exécutif, ayant procédé à l'examen et pris note du rapport de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales¹ concernant l'examen d'un tiers de la liste des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS,² et donnant suite à la décision EB124(1), a décidé ce qui suit.

Prenant note avec satisfaction de la collaboration avec l'OMS des organisations non gouvernementales dont les noms sont suivis d'un astérisque dans l'annexe au rapport et se félicitant de l'intérêt que ces organisations continuent de manifester pour l'action de l'OMS, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre ces organisations et l'OMS.

Prenant note des rapports concernant les relations entre l'OMS et l'Association internationale d'Hydatidologie, la Fédération internationale de Chimie clinique et de Médecine de Laboratoire, la Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical, l'International Association of Medical Regulatory Authorities, l'International Society for Telemedicine & eHealth et l'Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre ces organisations et l'OMS et de leur demander de présenter, le cas échéant, des rapports sur leur collaboration pendant la période considérée, y compris sur les mesures prises pour convenir de plans de collaboration en vue de leur examen par le Conseil à sa cent vingt-huitième session.

Prenant note des efforts menés avec succès pour convenir de plans de collaboration, le Conseil a décidé de maintenir les relations officielles entre l'OMS et l'Association internationale de Logopédie et Phoniatrie, le Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum et l'Union internationale des Sociétés de Microbiologie.

Prenant note du rapport sur l'adoption par le Secrétariat d'un système de gestion des demandes d'admission d'organisations non gouvernementales à des relations officielles avec l'OMS, le Conseil a encouragé les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS à utiliser le système et à y tenir leurs données à jour, au moins à l'occasion de l'examen triennal.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

¹ Document EB126/28.

² Voir annexe 5.

EB126(6) Attribution du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité du Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha pour 2010 au Dr Faissal A. R. M. Shaheen (Arabie saoudite) pour son importante contribution à l'action de santé publique en Arabie saoudite, notamment concernant le développement des services de néphrologie et des transplantations d'organes. Le lauréat recevra l'équivalent de CHF 2500 en dollars des États-Unis.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

EB126(7) Attribution du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2010 au Dr Du Xueping (Chine) pour ses travaux remarquables et novateurs en matière de développement sanitaire. La lauréate recevra US \$30 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

EB126(8) Attribution du Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé, a attribué le Prix de la Fondation des Émirats arabes unis pour la Santé pour 2010 à la fois au Centre national du diabète, de l'endocrinologie et de la génétique (Jordanie) et au Programme d'intervention au cours de la petite enfance de l'Administration régionale de la Santé de l'Alentejo (Portugal) pour leurs remarquables travaux en matière de développement sanitaire. Les lauréats recevront chacun US \$20 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

EB126(9) Attribution du Prix Dr LEE Jong-wook pour la Santé publique

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique, a attribué le Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique pour 2010 à Action for AIDS (Singapour) pour sa contribution exceptionnelle dans le domaine du VIH/sida – recherche, prévention, traitement et lutte. Le lauréat recevra US \$85 000.

(Treizième séance, 23 janvier 2010)

ANNEXES

ANNEXE 1

Malformations congénitales¹

[EB126/10 – 3 décembre 2009]

1. En mai 2009, le Conseil exécutif a examiné à sa cent vingt-cinquième session un point de l'ordre du jour sur les malformations congénitales.² Le Conseil a pris note du rapport présenté sur le sujet³ mais a reporté à la présente session la poursuite de l'examen d'un projet de résolution soumis par la Chine, l'Inde et la République de Corée. Le présent rapport est une version révisée du précédent et reprend les observations faites par les membres du Conseil. Le document EB126/10 Add.1 contient, outre le projet de résolution examiné initialement par le Conseil, les observations et les propositions faites à son sujet par les membres du Conseil.

2. Le présent rapport vise à étayer la discussion sur les malformations congénitales, en abordant notamment des questions telles que la définition, l'épidémiologie, la charge de morbidité ou les interventions préventives et thérapeutiques, ainsi que des indications sur les moyens d'intégrer ces interventions dans les services de santé existants.

DÉFINITION

3. La *Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) inclut les malformations congénitales au chapitre XVII « Malformations congénitales et anomalies chromosomiques ». Les anomalies comme les erreurs innées du métabolisme et les troubles sanguins d'origine prénatale figurent dans d'autres chapitres. On peut définir les malformations congénitales comme des anomalies de structure ou de fonction, dont les troubles métaboliques, présentes à la naissance. On considère l'expression « troubles congénitaux » comme un synonyme et les deux expressions sont interchangeable.⁴ La onzième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* est l'occasion de revoir la rubrique actuelle.

¹ Voir la résolution EB126.R6.

² Voir le document EB125/2009/REC/1, procès-verbal de la deuxième séance, section 1.

³ Document EB125/7.

⁴ *Management of birth defects and haemoglobin disorders: report of a joint WHO-March of Dimes meeting*. Genève (Suisse), mai 2006.

4. Quelle que soit la définition, les malformations congénitales peuvent provoquer des avortements spontanés et la naissance d'enfants mort-nés ; elles sont une cause importante, encore que méconnue, de mortalité et d'incapacités chez les nouveau-nés et les moins de cinq ans. Elles peuvent constituer une menace vitale, entraîner une incapacité à long terme et avoir un impact préjudiciable sur les individus, leur famille, les systèmes de santé et la société.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES ET MORTALITÉ DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT AU NIVEAU MONDIAL

5. Les troubles congénitaux sont courants. D'après les estimations de l'OMS, les anomalies congénitales ont provoqué en 2004 quelque 260 000 morts dans le monde (soit environ 7 % de l'ensemble des décès néonataux).¹ Ils deviennent la cause de mortalité la plus importante lorsque le taux global de mortalité est faible, par exemple dans la Région européenne de l'OMS, où l'on attribue jusqu'à 25 % des décès néonataux aux anomalies congénitales.

6. Il n'existe pas actuellement d'estimations fiables sur le nombre d'enfants qui naissent avec un trouble congénital grave imputable à des causes génétiques ou environnementales. Les troubles congénitaux graves les plus répandus sont les malformations congénitales du cœur et du tube neural et le syndrome de Down. Les hémoglobinopathies (y compris la thalassémie et la drépanocytose) et le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, qui ne sont pas couverts par la définition de la CIM-10 des anomalies congénitales, représentent 6 % de l'ensemble des troubles congénitaux.

7. Il subsiste de grandes incertitudes quant à l'incidence et à la mortalité imputables aux troubles congénitaux, en particulier dans les pays qui ne disposent pas d'un système adéquat d'enregistrement des décès. Ces chiffres indiquent néanmoins que les efforts déployés pour atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement – à savoir réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans – sont indissociables des mesures prises pour faire baisser l'incidence et la mortalité liées aux anomalies congénitales.

CAUSES COURANTES DE MALFORMATIONS CONGÉNITALES

8. Les malformations congénitales constituent un groupe de troubles variés d'origine prénatale qui peuvent être causés par la présence d'un seul gène défectueux, des altérations chromosomiques, de multiples facteurs héréditaires, des agents tératogènes dans l'environnement et des carences en micronutriments. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, certaines infections maternelles, comme la syphilis ou la rubéole, sont une cause importante de malformations congénitales. Par ailleurs, le fait que la mère souffre de maladies comme le diabète sucré, ou encore de carences en iode ou en acide folique, qu'elle soit exposée à des médicaments ou à des drogues de loisirs, notamment l'alcool et le tabac, à certains contaminants chimiques environnementaux et à des doses élevées de rayonnement sont autant de facteurs pouvant être à l'origine de malformations congénitales.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, 2008.

PRÉVENTION

9. La grande diversité des causes des malformations congénitales impose de faire appel à tout un éventail d'approches préventives. Pour la plupart des malformations congénitales d'origine environnementale, la prévention passe par des approches de santé publique, notamment la prévention des maladies sexuellement transmissibles, une législation sur la gestion rationnelle des substances chimiques toxiques (comme certains produits pour l'agriculture), la vaccination contre la rubéole et l'enrichissement des denrées alimentaires de base en micronutriments (iode et acide folique). Les mesures de prévention appliquées peuvent être fonction du stade de la vie (voir l'appendice).

10. Les soins avant la conception visent à garantir le bien-être physique et mental optimal de la femme et de son partenaire, au tout début de la grossesse et durant les premiers stades de celle-ci, à favoriser son bon déroulement ainsi que la naissance d'un enfant en bonne santé. Ils permettent par ailleurs d'appliquer à temps les mesures de prévention primaire des malformations congénitales d'origine tératogène (y compris celles provoquées par la syphilis ou la rubéole), des malformations dues à une carence en iode, des malformations du tube neural (et peut-être d'autres encore) et des altérations chromosomiques en rapport avec l'âge de la mère (syndrome de Down, par exemple). L'identification précoce d'un risque familial de maladie héréditaire et le dépistage du porteur avec conseil génétique permettent aux couples de limiter le nombre d'enfants lorsqu'il y a un risque connu.

11. Pendant la grossesse, la prévention suppose l'identification et la gestion des risques. Sur ce plan-là, il existe certaines interventions et certains services qui peuvent soulever des problèmes éthiques, juridiques et sociaux et avoir des incidences financières, par exemple le dépistage et le diagnostic prénatals des malformations congénitales, l'interruption sélective de grossesse et l'existence propre des services de conseil. Le dosage de plusieurs métabolites dans le sérum maternel est l'une des méthodes diagnostiques les moins invasives actuellement utilisées. Il existe aussi des associations entre des niveaux anormaux de certains marqueurs biologiques et des anomalies structurales du fœtus telles que le syndrome de Down et les anomalies du tube neural et de la paroi abdominale (ouverture). Le taux de dépistage des troubles congénitaux pendant le premier trimestre de grossesse par des analyses biochimiques est meilleur si ces analyses sont pratiquées en association avec une échographie pour mesurer la clarté nuchale et d'autres évaluations échographiques. L'échographie ultrasonore au deuxième trimestre est utile pour déceler des anomalies majeures de structure.

DÉTECTION, TRAITEMENT ET SOINS

12. Le dépistage de certains troubles congénitaux chez les nouveau-nés facilite la détection, le traitement et des soins précoces. Les programmes de dépistage néonatal (examen physique de tous les nouveau-nés, dépistage de l'hypothyroïdie congénitale, de la phénylcétonurie, de la drépanocytose et du déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase) ainsi que la formation de prestataires de soins primaires sont précieux pour diagnostiquer les troubles congénitaux et orienter le nouveau-né vers des services spécialisés. L'examen physique de tous les nouveau-nés par des praticiens de soins primaires qualifiés est faisable dans la plupart des systèmes de santé et permet de repérer et d'orienter de nombreux cas de malformations congénitales, dont les anomalies cardio-vasculaires associées à un risque élevé de mortalité.

13. Le traitement des malformations congénitales dépend du niveau de soins qu'il est possible d'offrir, depuis les thérapies médicales, la chirurgie et la réadaptation jusqu'aux soins palliatifs, selon les besoins.

14. On dispose de traitements médicaux efficaces pouvant sauver des vies humaines pour plusieurs malformations congénitales, y compris certaines anomalies fonctionnelles courantes conditionnées par un seul gène. Il convient de citer, entre autres exemples, le traitement de l'ictère néonatal en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase ou d'incompatibilité Rhésus, de l'hypothyroïdie congénitale, de la drépanocytose, de la thalassémie, de l'hémophilie, de la mucoviscidose (fibrose kystique) et d'autres erreurs innées du métabolisme. Il existe d'autres options thérapeutiques comme le traitement *in utero* et les corrections chirurgicales postnatales ; ces dernières ont été étudiées et évaluées dans quelques centres sélectionnés pour un certain nombre de pathologies (hernie congénitale du diaphragme, lésions cardiaques congénitales, myéломéningocèle et syndrome transfuseur-transfusé chez les jumeaux, par exemple).

15. La chirurgie est un élément important, encore que largement méconnu, des services nécessaires pour traiter les enfants présentant des malformations congénitales ; plus de 60 % d'entre eux ont une malformation qui ne touche qu'un seul organe, système ou membre. De nombreux cas relèvent d'interventions chirurgicales efficaces à faible coût, pouvant sauver des vies et améliorer le pronostic à long terme. Entre autres exemples, on peut citer les malformations cardiaques congénitales, les fentes labiales et palatines, le pied bot, les cataractes congénitales et les anomalies digestives et urogénitales.

16. Un traitement est aussi nécessaire pour les patients dont les troubles se manifestent après la période néonatale ; il doit inclure le dépistage et le traitement précoces des troubles physiques, mentaux, intellectuels ou sensoriels. L'accès à des services de santé et de réadaptation est important pour favoriser la participation et l'intégration des enfants touchés.

17. Avec une formation adaptée, les praticiens des soins de santé primaires peuvent proposer des soins de base aux enfants présentant des malformations congénitales : ils peuvent reconnaître ces malformations, diagnostiquer les problèmes courants et déterminer les incapacités qui y sont liées. Il est ainsi plus facile d'offrir un traitement de base et des services de conseil au niveau des soins primaires, en prenant en compte la situation de la famille, de la communauté et les services médicaux disponibles. Le recours à un spécialiste est envisagé lorsqu'il n'est pas possible de poser un diagnostic dans les services de soins de santé primaires.

CONSÉQUENCES POUR LES SERVICES

18. Les services et les interventions en matière de prévention et de traitement des malformations congénitales devraient être intégrés dans les services de santé existants, en particulier ceux qui s'occupent de la santé de la mère et de l'enfant, associant les meilleurs soins possibles pour les patients à une stratégie de prévention englobant l'éducation, les soins préconceptionnels, le dépistage en population, le conseil génétique et la disponibilité des services de diagnostic. Une telle stratégie doit permettre d'assurer des services de prévention et de traitement des malformations congénitales dans le cadre d'un continuum d'interventions visant la santé de la mère et de l'enfant. Selon les capacités du pays, les services de soins de santé devraient aller au-delà des soins de santé primaires pour englober les services d'obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie, de laboratoire, de radiologie et, si possible, de génétique clinique au niveau des soins de santé secondaires et tertiaires.

19. La prestation efficace des services de prévention et de traitement des malformations congénitales dépend de l'existence d'un ensemble de services cliniques et de diagnostic spécialisés, ainsi que d'un système de soins de santé primaires capable de les utiliser. Il faut un noyau de spécialistes en génétique médicale, chirurgie pédiatrique, imagerie et médecine fœtale qui puisse, le moment venu, se développer pour répondre aux besoins. Les prestations classiques de laboratoire (hématologie, microbiologie, biochimie) doivent être complétées par des services de diagnostic

cytogénétique et reposant sur l'analyse de l'ADN. L'introduction de tels services devra être progressive. À la longue, les nouvelles technologies permettront une prestation des services plus efficace à moindre coût.

20. Étant donné la diversité des pathologies prioritaires, des structures sociales, des conventions culturelles et de la capacité des services de soins, les pays doivent pouvoir envisager un éventail de services possibles en évaluant leur coût et leur efficacité relative afin d'en sélectionner quelques-uns et de décider dans quel ordre ils seront mis en place. Toutefois, il n'existe pas encore d'orientations structurées à ce sujet. Le Secrétariat de l'OMS a un rôle important à jouer pour sélectionner les modèles qui fonctionnent et fournir aux responsables politiques de la santé publique des informations cohérentes sur la génétique communautaire.

MESURES POTENTIELLES

21. Il y a plusieurs mesures à prendre au niveau des pays pour favoriser la mise en place de services de prévention et de traitement des malformations congénitales. La prévention suppose d'intégrer les approches de base de la santé publique dans les systèmes de santé, notamment au niveau des services de santé de la mère et de l'enfant. Nombre des services et des interventions proposés sont déjà à la portée des pays à revenu faible ou intermédiaire, tandis que d'autres pourront s'ajouter en fonction des besoins et des ressources.

22. Tout programme national de prévention et de traitement des malformations congénitales comporte notamment les éléments de base suivants :

- a) Engagement des responsables politiques et fourniture d'un appui administratif suffisant.
- b) Un réseau de base de services cliniques et biologiques spécialisés et adaptés pouvant être développé en fonction de la demande.
- c) Intégration des approches de prévention et de traitement des malformations congénitales dans les soins de santé primaires, l'accent étant mis sur la santé de la mère et de l'enfant.
- d) Éducation et formation des agents de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires.
- e) Organisation de programmes d'éducation sanitaire pour le grand public et les groupes reconnus à haut risque.
- f) Création de dispositifs efficaces pour promouvoir le développement d'organisations d'entraide patients-parents, et collaboration avec elles pour s'occuper des personnes présentant des malformations congénitales et de leur famille.
- g) Définition des questions éthiques, juridiques, religieuses et culturelles pertinentes pour concevoir des services adaptés à la population locale.

- h) Initiation et suivi de programmes de dépistage en population, comme le dépistage des nouveau-nés, le dépistage prénuptial/avant la grossesse, le dépistage prénatal.
- i) Création de systèmes de surveillance adaptés pour les malformations congénitales.¹

23. Des orientations techniques sont nécessaires pour créer ou renforcer les programmes nationaux de lutte contre les malformations congénitales. On trouvera ci-dessous les mesures prioritaires pour la communauté internationale :

- a) Résoudre les divergences actuelles d'opinions sur la charge sanitaire des malformations congénitales, à la fois constitutionnelles et liées à l'environnement, en se servant de la révision de la CIM-10 pour tirer parti de l'analyse des données disponibles par les experts et pour envisager un élargissement des groupes de pathologies qui figurent actuellement dans la classification des anomalies congénitales.
- b) Promouvoir une législation et des activités de santé publique qui réduisent le plus possible l'exposition de la population, et plus particulièrement des femmes enceintes, aux infections potentiellement tératogènes, aux produits chimiques et aux autres facteurs de risque environnemental.
- c) Définir des services communautaires efficaces et favoriser l'intégration de la prévention et du traitement des malformations congénitales dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant. Aider à fournir aux ministères de la santé une évaluation structurée des besoins et des coûts et les aider à sélectionner leurs priorités.
- d) Recenser les modèles efficaces pouvant s'appliquer aux pays à revenu faible ou intermédiaire.
- e) Faciliter et soutenir l'établissement de réseaux internationaux pour les programmes de prévention et de traitement des malformations congénitales, privilégiant l'élaboration d'approches communes et perfectionnant, entre autres, les instruments d'information, d'éducation, d'analyse des coûts et de surveillance. Promouvoir les approches informatiques compte tenu des possibilités qu'elles offrent pour améliorer le rapport coût/efficacité.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

24. [Dans ce paragraphe, le Conseil était invité à examiner un projet de résolution qu'il a adopté sous la cote EB126.R6 à sa septième séance.]

¹ Pour ce point, un appui pourra être obtenu en collaborant avec les systèmes existants de surveillance des malformations congénitales, comme l'International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research (ICBDSR) qui comprend l'ECLAMC (Étude collective latino-américaine sur les malformations congénitales), la base de données sur les anomalies cranofaciales soutenue par l'OMS et EUROCAT (l'action concertée de la Communauté économique européenne dans le domaine de l'enregistrement des anomalies congénitales).

APPENDICE

Interventions visant à prévenir ou à traiter les malformations congénitales

Avant la conception	Pendant la grossesse	Auprès du nouveau-né et de l'enfant
<p>Planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter aux femmes la notion de choix en matière de procréation • Diminuer le nombre total d'enfants nés avec une malformation congénitale • Diminuer la proportion de mères ayant un âge avancé, pour réduire la prévalence des trisomies autosomiques à la naissance, en particulier celle du syndrome de Down • Offrir aux mères d'enfants touchés la possibilité de ne plus avoir d'enfant <p>Dépistage et conseil avant la conception</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se servir des antécédents familiaux enregistrés au niveau des soins de santé primaires pour repérer les sujets susceptibles d'avoir des enfants touchés • Dépister les porteurs de troubles récessifs communément rencontrés (thalassémie et drépanocytose) <p>Optimiser l'alimentation des femmes avant la grossesse et pendant toute la durée de celle-ci</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'utilisation de sel enrichi en iode pour éviter les troubles dus à une carence iodée • Promouvoir la consommation d'un aliment de base enrichi en acide folique et l'utilisation de suppléments multivitaminés avec acide folique pour éviter les anomalies du tube neural et autres malformations • Éviter l'alcool, le tabac et la cocaïne • Veiller à une alimentation générale suffisante (protéines, calories, fer) <p>Prévenir et éviter les infections potentiellement tératogènes avant et pendant la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis • Rubéole (67 pays n'ont pas de programme national de vaccination contre la rubéole) <p>Optimiser la santé de la mère et les traitements avant la conception</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les diabétiques insulinodépendantes • Pour les femmes sous traitement antiépileptique • Pour les femmes sous warfarine 	<p>Dépistage prénatal à la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du facteur Rhésus • De la syphilis • Des sujets exposés à un risque d'avoir des enfants présentant des malformations congénitales en servant des antécédents familiaux • Du syndrome de Down : grossesse à un âge avancé ; dépistage sérique ; échographie précoce • Des anomalies du tube neural avec dépistage sérique • Des malformations majeures : échographie pour dépister les anomalies fœtales (à partir de la 18^e semaine) • Des porteurs de troubles récessifs communément rencontrés (thalassémie et drépanocytose) <p>Diagnostic prénatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie • Amniocentèse • Biopsie des villosités choriales <p>Traitement du fœtus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contre la syphilis • Transfusion intra-utérine contre l'anémie fœtale due à une allo-immunisation fœtomaternelle Rhésus 	<p>Examen du nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique de tous les nouveau-nés par un professionnel qualifié à la recherche de malformations congénitales <p>Dépistage effectué chez le nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypothyroïdie congénitale • Phénylcétonurie • Mucoviscidose • Autres, en fonction des besoins et de la situation rencontrés dans chaque pays <p>Traitement médical</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictère néonatal en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase ou d'incompatibilité Rhésus • Soins apportés aux enfants présentant des troubles hématologiques, comme la drépanocytose, la thalassémie, etc. • Correction de certaines erreurs innées du métabolisme • Soins apportés aux enfants atteints de mucoviscidose <p>Chirurgie</p> <p>Exemples de corrections chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malformations cardiaques congénitales simples • Fentes labiales et palatines • Pied bot • Cataractes congénitales <p>Réadaptation et soins palliatifs</p> <p>Selon les besoins</p>

ANNEXE 2

Texte des articles amendés du Règlement intérieur du Conseil exécutif¹

[EB126/26, annexe – 10 décembre 2009]

CONDUITE DES DÉBATS

Article 30 bis

Le droit de réponse est accordé par le Président à tout membre qui le demande. Les membres doivent s'efforcer, lorsqu'ils exercent ce droit, d'être aussi brefs que possible et d'intervenir de préférence à la fin de la séance au cours de laquelle ce droit est demandé.

.....

VOTE

Article 47 bis

Une fois le vote terminé, un membre peut faire une brève déclaration à seule fin d'expliquer son vote. L'auteur d'une proposition ne peut pas expliquer son vote sur cette proposition, sauf si elle a été modifiée.

.....

Article 51 bis

Lors d'une élection, chaque membre, à moins qu'il ne s'abstienne, doit voter pour un nombre de candidats égal au nombre de places à pourvoir. Les bulletins sur lesquels figurent plus de noms ou moins de noms qu'il n'y a de personnes à élire sont nuls.

Article 51 ter

Si, lors d'une élection, il est impossible de pourvoir un ou plusieurs postes vacants en raison du partage égal des voix entre deux ou plusieurs candidats, il est procédé à un nouveau tour de scrutin limité à ces derniers pour savoir lequel sera élu. Cette procédure peut être répétée si nécessaire.

¹ Voir la résolution EB126.R8.

ANNEXE 3

Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel¹

[EB126/39 – 26 novembre 2009]

1. Les amendements qui ont été apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel sont soumis au Conseil exécutif pour confirmation conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel.²
2. Les amendements visés dans le présent document reflètent les décisions que devrait prendre l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-quatrième session sur la base des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale dans son rapport annuel pour 2009.³ Si l'Assemblée générale des Nations Unies n'approuve pas les recommandations de la Commission, il sera publié un additif au présent document.
3. Les incidences financières des amendements au cours de l'exercice 2009-2010 représentent des dépenses supplémentaires négligeables au titre du budget ordinaire, qui seront couvertes par les allocations appropriées fixées pour chaque Région de l'OMS et pour les activités mondiales et interrégionales, ainsi que par des sources de fonds extrabudgétaires.
4. On trouvera en [appendice] les amendements au Règlement du Personnel.

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

Rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur

5. La Commission a recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'augmenter de 3,04 % le barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur en appliquant la méthode habituelle d'incorporation des points d'ajustement, laquelle consiste à accroître le traitement de base tout en réduisant proportionnellement les points d'ajustement (selon le principe « ni perte – ni gain »), à compter du 1^{er} janvier 2010.

¹ Voir les résolutions EB126.R9 et EB126.R10.

² OMS, Documents fondamentaux, 47^e éd., Genève, 2009.

³ *Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale pour 2009, Assemblée générale, documents officiels, soixante-quatrième session, supplément N° 30* (documents A/64/30, A/64/30 Corr.1 (français seulement) et A/64/30 Corr.2).

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

Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

7. Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la recommandation indiquée au paragraphe 5 ci-dessus, le Directeur général propose, conformément à l'article 3.1 du Statut du Personnel, que le Conseil exécutif recommande à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé une modification du traitement des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2010, le traitement brut des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux sera de US \$183 022 par an et le traitement net de US \$131 964 (avec personnes à charge) ou de US \$119 499 (sans personnes à charge).

8. Sur la base des ajustements de traitement susmentionnés, la modification du traitement à autoriser par l'Assemblée de la Santé concernant le Directeur général adjoint porterait, à compter du 1^{er} janvier 2010, le traitement brut à US \$201 351 par an avec un traitement net correspondant de US \$143 878 (avec personnes à charge) ou de US \$129 483 (sans personnes à charge).

9. Les ajustements de traitement susmentionnés entraîneront une semblable modification du traitement du Directeur général. Le traitement devant être autorisé par l'Assemblée de la Santé à compter du 1^{er} janvier 2010 sera par conséquent un traitement brut de US \$247 523 par an, soit un traitement net de US \$173 890 (avec personnes à charge) ou de US \$154 641 (sans personnes à charge).

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

10. [Ce paragraphe contenait deux projets de résolutions qui ont été adoptés respectivement sous les cotes EB126.R9 et EB126.R10 par le Conseil à sa neuvième séance.]

Appendice

Appendice 1 au Règlement du Personnel

**Barème des traitements du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur : traitements de base
bruts annuels et équivalents nets après déduction des contributions du personnel
(en dollars des États-Unis d'Amérique)¹**
(avec effet au 1^{er} janvier 2010)

Échelons

Classe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
D-2	Brut	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475								
	Net F	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209								
	Net C	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485								
P-6/D-1	Brut	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703					
	Net F	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807					
	Net C	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028					
P-5	Brut	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810	
	Net F	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931	
	Net C	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528	
P-4	Brut	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182
	Net F	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584
	Net C	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755
P-3	Brut	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	102 044
	Net F	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890
	Net C	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431
P-2	Brut	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568		
	Net F	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229		
	Net C	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967		
P-1	Brut	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161				
	Net F	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976				
	Net C	36 651	37 790	38 927	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848				

¹ F (famille) = taux applicable au fonctionnaire ayant un conjoint ou un enfant à charge ; C (célibataire) = taux applicable au fonctionnaire sans conjoint ni enfant à charge.

* La période normale donnant droit à une augmentation d'un échelon à l'intérieur de la classe est d'un an, sauf pour les échelons marqués d'un astérisque, pour lesquels il faut avoir exercé deux ans à l'échelon précédent (article 550.2 du Règlement du Personnel).

ANNEXE 4

Projet de stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool¹

[EB126/13, annexe 1 – 3 décembre 2009]

Contexte

1. L'usage nocif de l'alcool² 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 le présent projet de stratégie, la notion d'usage nocif de l'alcool³ 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.⁴ 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 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 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

¹ Version révisée compte tenu des observations faites par le Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session (voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la onzième séance). Voir la résolution EB126.R11.

² 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 $\geq 0,5$ % ou 1,0 %. Les catégories les plus répandues de boissons alcoolisées sont les bières, les vins et les spiritueux.

³ 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.

⁴ 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 *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 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.¹ Même si la plupart des statistiques concernent les pays à haut revenu, les résultats des méta-analyses et des synthèses des données disponibles² 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 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

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

² 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.

important déséquilibre entre la tendance à distribuer plus largement et à rendre plus disponibles 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 antagonistes 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.¹

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, certaines politiques peuvent être appliquées sous la forme de cadres non juridiques tels que des lignes

¹ 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.

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 ;¹
- j) suivi et surveillance.

¹ **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.

1. 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 d'action 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. Marketing¹ 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

¹ 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.

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

Domaine 7. Politiques de prix

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

33. Des facteurs comme le choix et les préférences des consommateurs, l'évolution des revenus, l'offre alternative d'alcool dans le pays ou dans les pays limitrophes, et l'existence ou l'absence d'autres mesures contre l'alcool peuvent influencer sur l'efficacité des politiques de prix. La demande peut réagir différemment selon les boissons considérées. La majoration des taxes peut avoir différents effets sur les ventes selon son influence sur le prix à la consommation. L'existence d'un marché illicite important complique la politique fiscale en matière d'alcool dans de nombreux pays. La majoration des taxes doit alors s'accompagner de mesures visant à instaurer un contrôle efficace de l'État sur les

marchés illicite et parallèle. L'augmentation des taxes peut aussi se heurter à l'opposition de groupes de consommateurs et d'acteurs économiques ; la politique fiscale sera donc plus efficace si elle s'accompagne d'un travail d'information et de sensibilisation pour vaincre les résistances.

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

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

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

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

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

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

- e) à offrir des soins ou un abri aux personnes dans un état d'ébriété grave ;
- f) à informer le consommateur des méfaits de l'alcool et à les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées.

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

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

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

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

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

Domaine 10. Suivi et surveillance

40. Des données issues du suivi et de la surveillance dépendent le succès et la bonne mise en œuvre des neuf autres politiques. Un suivi et une surveillance sont indispensables aux niveaux local, national et international pour connaître l'ampleur et suivre les tendances des méfaits de l'alcool, renforcer l'action de sensibilisation, concevoir des politiques et évaluer l'impact des interventions. Le suivi doit

aussi s'intéresser au profil des personnes qui utilisent les services et aux raisons pour lesquelles les individus les plus touchés ne bénéficient pas des services de prévention et de traitement. D'autres secteurs peuvent posséder des données utiles et il faut de bons systèmes de coordination, d'échange d'informations et de collaboration pour recueillir le vaste éventail d'informations indispensables pour assurer un suivi et une surveillance exhaustifs.

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

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

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

ACTION MONDIALE : FONCTIONS ET ÉLÉMENTS CLÉS

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

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

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

45. L'action que mèneront l'OMS et d'autres partenaires internationaux pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie mondiale sera conforme à leur mandat. Les organisations non gouvernementales internationales, les associations professionnelles, les instituts de recherche et les acteurs économiques du secteur de l'alcool peuvent tous contribuer de façon importante à amplifier l'action mondiale comme suit.

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

Plaidoyer et partenariat pour la santé publique

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

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

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

a) à mieux faire prendre conscience de l'ampleur des problèmes de santé publique que cause l'usage nocif de l'alcool et en plaidant pour que soit menée une action appropriée à tous les niveaux afin de les prévenir et de les réduire ;

b) à plaider auprès des organisations internationales et intergouvernementales concernées pour qu'elles accordent une plus grande importance à la lutte contre l'usage nocif de l'alcool dans leurs programmes, et pour qu'ainsi les politiques du secteur de la santé et d'autres secteurs soient plus cohérentes aux niveaux régional et mondial ;

c) à promouvoir et à faciliter la coordination, la collaboration, les partenariats et l'échange d'informations au niveau international afin que toutes les parties prenantes œuvrent en synergie et de façon concertée ;

d) à veiller à ce que les messages clés diffusés pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool soient clairs, cohérents et scientifiquement fondés ;

e) à promouvoir le réseautage et l'échange de données d'expérience entre pays ;

f) à faciliter le réseautage au niveau international pour s'attaquer à des problèmes spécifiques et similaires (par exemple les problèmes propres aux populations autochtones ou à d'autres minorités et la nécessité de changer les mentalités parmi les jeunes) ;

g) à plaider auprès des parties engagées dans des négociations commerciales internationales, régionales et bilatérales pour qu'elles tiennent dûment compte de la nécessité et de la capacité des instances gouvernementales nationales et infranationales de réglementer la distribution, la vente et le marketing de l'alcool, et de maîtriser ainsi les coûts sanitaires et sociaux de l'alcool ;

h) à veiller à ce que le Secrétariat de l'OMS dispose de processus pour collaborer avec les organisations non gouvernementales et d'autres groupes de la société civile en tenant compte de tout conflit d'intérêts que certaines organisations non gouvernementales pourraient avoir ;

i) à continuer à dialoguer avec le secteur privé sur la façon dont il peut le mieux contribuer à réduire les méfaits de l'alcool. Il sera dûment tenu compte des intérêts commerciaux en jeu et de leur éventuel antagonisme avec les objectifs de santé publique.

Appui technique et renforcement des capacités

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

50. L'OMS est résolue à coopérer avec d'autres acteurs concernés aux niveaux régional et mondial dans le but de fournir des orientations et un appui techniques qui aideront à renforcer la capacité institutionnelle à faire face aux problèmes de santé publique engendrés par l'usage nocif de l'alcool. L'OMS se concentrera plus particulièrement sur l'appui et le renforcement des capacités dans les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen.

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

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

Acquisition et diffusion du savoir

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

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

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

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

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

Mobilisation de ressources

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

collaboration entre pays en développement. À cet égard, les États Membres sont vivement encouragés à s'épauler mutuellement dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale par la coopération internationale et l'aide financière, y compris l'aide publique au développement pour les pays en développement.

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

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

- a) à promouvoir l'échange de données d'expérience et de bonnes pratiques en matière de financement des politiques et des interventions destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool ;
- b) à étudier des solutions nouvelles ou novatrices pour obtenir le financement nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie mondiale ;
- c) à collaborer avec des partenaires internationaux, des partenaires intergouvernementaux et des donateurs dans le but de réunir les ressources nécessaires pour seconder les pays en développement et pays à revenu faible ou moyen dans les efforts qu'ils font pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

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

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

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

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

62. L'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre grands facteurs de risque mis en lumière dans le Plan d'action qui accompagne la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (résolution WHA61.14). La stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool est en lien avec d'autres

documents sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles et avec des programmes visant des maladies déterminées et elle s'inspire d'eux, notamment de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17), et les résolutions sur la lutte antitabac (résolution WHA56.1), la promotion de la santé et les modes de vie sains (résolution WHA57.16), la prévention et la lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22).

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

64. Sur la base d'éléments récents, on s'intéresse de plus en plus aux liens entre l'usage nocif de l'alcool et certaines maladies infectieuses et entre la consommation nocive d'alcool et le développement. La stratégie est aussi en lien avec les programmes de l'OMS contre le VIH/sida et la tuberculose et avec le travail que l'Organisation effectue pour réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (résolution WHA62.14) et pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire (résolution WHA58.30).

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

Suivi des progrès accomplis et mécanismes de notification

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

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

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

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

ANNEXE 5

Organisations non gouvernementales admises ou maintenues en relations officielles avec l’OMS en application de la résolution EB126.R17 et de la décision EB126(5), respectivement

[EB126/28, annexe – 22 janvier 2010]

Alliance internationale des Organisations de Patients¹
Association des Instituts et Écoles de Médecine tropicale d’Europe
Association des Pharmaciens du Commonwealth^{1,2}
Association internationale contre la Lèpre³
Association internationale de Logopédie et Phoniatrie
Association internationale d’Épidémiologie¹
Association internationale de Recherche dentaire³
Association internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre nucléaire⁴
Association internationale des Registres du Cancer¹
Association internationale des Techniciennes et Techniciens diplômés en Électroradiologie médicale¹
Association internationale des Techniciens Biologistes¹
Association internationale d’Hydatologie
Association internationale d’Informatique médicale¹
Association internationale pour les Résidus solides³
Association mondiale des Sociétés de Pathologie et de Biologie médicale¹
Caritas Internationalis
CMC – L’Action des Églises pour la Santé¹
Collège international des Chirurgiens¹
Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum
Comité international catholique des Infirmières et Assistantes médico-sociales¹
Comité international pour la Surveillance des Techniques de Procréation assistée
Commission internationale de Protection radiologique³
Conférence internationale des Doyens des Facultés de Médecine d’Expression française¹
Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement¹
Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales¹
Conseil international des Infirmières¹
Conseil international pour la Standardisation en Hématologie¹
Consumers International¹
CropLife International³

¹ Les activités portent sur la période 2007-2009.

² Précédemment Association pharmaceutique du Commonwealth.

³ Les activités portent sur la période 2006-2008.

⁴ Les activités portent sur la période 2005-2007.

EuroSafe – Association européenne pour la Prévention des Blessures et la Promotion de la Sécurité¹
Fédération dentaire internationale²
Fédération internationale de Chimie clinique et Médecine de Laboratoire
Fédération internationale de l'Industrie du Médicament¹
Fédération internationale des Associations d'Étudiants en Médecine¹
Fédération internationale des Associations du Dossier de Santé¹
Fédération internationale des Collèges de Chirurgie¹
Fédération internationale des Étudiants en Pharmacie¹
Fédération internationale des Hôpitaux¹
Fédération internationale des Sciences de Laboratoire biomédical
Fédération internationale des Sociétés de Fertilité¹
Fédération internationale des Sociétés d'oto-rhino-laryngologie²
Fédération internationale d'Ingénierie hospitalière¹
Fédération internationale du Diabète²
Fédération internationale du Génie médical et biologique¹
Fédération internationale pharmaceutique¹
Fédération mondiale de Chiropratique¹
Fédération mondiale de Médecine et Biologie des Ultrasons¹
Fédération mondiale des Associations de la Santé publique¹
Fédération mondiale des Sociétés d'Acupuncture et de Moxibustion¹
Fédération mondiale des Sociétés d'Anesthésiologistes¹
Fédération mondiale du Thermalisme et du Climatisme²
Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine¹
Fondation Aga Khan¹
Fondation pour la Médecine et la Recherche en Afrique¹
Framework Convention Alliance on Tobacco Control¹
Global Forum for Health Research¹
Global Health Council, Inc.¹
Helen Keller International²
Industrie mondiale de l'Automédication responsable¹
International Association for Biologicals¹
International Association of Medical Regulatory Authorities
International Insulin Foundation
International Life Saving Federation
International Society for Telemedicine & eHealth
International Society on Thrombosis and Haemostasis¹
Ligue internationale contre l'Épilepsie³
Ligue internationale des Sociétés dermatologiques¹
Medicus Mundi International – Organisation internationale de Coopération pour la Santé¹
Organisation internationale pour la Lutte contre le Trachome
Organisation internationale de Normalisation¹
Organisation internationale des Parlementaires Médecins¹
Organisation mondiale contre la Cécité²
Organisation mondiale des Médecins de Famille¹
OXFAM¹
Projet ORBIS International, Inc. (ORBIS International)²

¹ Les activités portent sur la période 2007-2009.

² Les activités portent sur la période 2006-2008.

³ Les activités portent sur la période 2005-2007.

Réseau international pour le Traitement et la Recherche contre le Cancer
Réseau international sur la Santé, l'Environnement et la Sécurité de l'Enfant¹
Société de Transplantation²
Société internationale de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie²
Société internationale de Radiologie²
Société internationale de Soins aux Brûlés²
Société internationale de Transfusion sanguine²
Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)
The International Society for Quality in Health Care Incorporated²
The Network: Towards Unity For Health²
The Save the Children Fund²
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires¹
Union internationale de Pharmacologie pure et clinique²
Union internationale de Psychologie scientifique³
Union internationale des Architectes²
Union internationale des Sociétés de Microbiologie
Union internationale des Sociétés d'Immunologie¹
Union internationale de Toxicologie¹
Union internationale pour la Conservation de la Nature et de ses Ressources
Union mondiale des Aveugles
Vision mondiale internationale¹
World Medical Association, Inc.²

¹ Les activités portent sur la période 2006-2008.

² Les activités portent sur la période 2007-2009.

³ Les activités portent sur la période 2005-2007.

ANNEXE 6

Directives pour l'examen par l'OMS des substances psychoactives aux fins d'un contrôle international¹

[EB126/21, annexe – 17 décembre 2009]

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. Mandat	82
II. Principes de base	83
III. Dispositions des Conventions	84
IV. Procédure d'examen par l'OMS	85
Collecte de l'information	86
Préexamen	86
Examen critique	86
Document pour l'examen critique	87
Examen préliminaire des préparations exemptées contenant des substances psychotropes	89
Comité d'experts de la Pharmacodépendance	89
Réunion d'information	90
Experts collaborant à l'examen de l'OMS	90
Évaluation effectuée par le Comité d'experts en vue d'inscriptions aux tableaux	90
Processus d'évaluation	91
Évaluation par le Comité d'experts des préparations exemptées	96

¹ Voir l'approbation de ces directives révisées dans le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la douzième séance.

V.	Communication des recommandations de l’OMS	96
VI.	Publication des documents relatifs à l’examen de l’OMS	96
VII.	Abréviations et définitions	97
Appendice 1	Extraits des Conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues	98
	Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 (extrait)	98
	Convention sur les substances psychotropes de 1971 (extraits)	100
	Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 (extraits)	102
Appendice 2	Résolution 1 (S-VIII) adoptée par la Commission des Stupéfiants des Nations Unies	103
Appendice 3	Diagramme sur la procédure d’évaluation	105

I. MANDAT

1. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'institution spécialisée des Nations Unies qui procède à l'évaluation médicale, scientifique et de santé publique des substances psychoactives aux termes de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (la Convention de 1961), telle que modifiée par le Protocole de 1972, et de la Convention sur les substances psychotropes de 1971 (la Convention de 1971).¹ Le document d'orientation en vue de cette évaluation a été élaboré en application de résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé² et de la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies. Le présent document modifie la précédente version des directives et expose les directives définissant les principes de base de la procédure d'examen, l'organisation du travail au sein du Secrétariat et avec des organismes extérieurs, ainsi que la nature de la documentation à préparer. Ces directives couvrent l'obligation faite à l'OMS, aux termes de l'article 3 de la Convention de 1961 et de l'article 2 de la Convention de 1971, de déterminer l'opportunité de recommander ou non le contrôle international de certaines substances, ainsi que l'évaluation des préparations exemptées, en vertu de l'article 3 de la Convention de 1971. La section VII donne une liste des termes et abréviations couramment utilisés.

2. Par sa résolution WHA33.27 (1980), la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général « de promouvoir la mise en route et le renforcement de programmes nationaux et internationaux ayant pour objet l'évaluation, l'inscription aux tableaux, le contrôle et l'utilisation judicieuse des stupéfiants et des substances psychotropes, y compris d'origine végétale, et d'appuyer ces programmes en élaborant des directives appropriées », ainsi que « de renforcer la coordination entre les programmes de l'OMS relatifs aux stupéfiants et aux substances psychotropes, ceux qui ont trait à la politique et à la gestion pharmaceutiques, et d'autres programmes apparentés, et de renforcer aussi la collaboration avec les organisations non gouvernementales intéressées ».

3. À la lumière de l'expérience acquise par la suite et sur la recommandation du Conseil exécutif,³ l'OMS a d'abord mis au point en 1986⁴ les directives pour l'évaluation des stupéfiants et des substances psychotropes aux fins de décisions concernant leur contrôle international en consultation avec la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies ; ces directives ont été révisées en 1990.⁵ Les amendements et les décisions adoptés ultérieurement par le Conseil exécutif en 1994⁶ et en 1999⁷ ont conduit à une nouvelle révision en 2000. Par la suite, à la demande du Comité d'experts de la Pharmacodépendance (Comité d'experts), des directives supplémentaires ont été soumises au Conseil exécutif afin de préciser certains points.⁸ Le Conseil a examiné les directives supplémentaires proposées en mai 2004,⁹ puis en janvier 2005¹⁰ où il a prié le Secrétariat et le Comité

¹ Voir l'appendice 1 pour les extraits les plus pertinents de ces Conventions.

² Résolution WHA33.27.

³ Résolution EB73.R11.

⁴ Décision EB77(3).

⁵ Décision EB85(10).

⁶ Décision EB93(16).

⁷ Décision EB103(5).

⁸ Documents EB114/7 et EB115/12.

⁹ Document EB114/2004/REC/1, procès-verbal de la troisième séance.

¹⁰ Document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la sixième séance.

d'experts de poursuivre leurs travaux sur la question. La présente révision des directives a été établie pour faire suite à cette demande.

II. PRINCIPES DE BASE

4. Le Préambule de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 est libellé comme suit :

*« Les Parties,
Soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité,
Reconnaissant que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin,
Reconnaissant que la toxicomanie est un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité,
Conscientes du devoir qui leur incombe de prévenir et de combattre ce fléau,
Considérant que pour être efficaces les mesures prises contre l'abus des stupéfiants doivent être coordonnées et universelles,
Estimant qu'une action universelle de cet ordre exige une coopération internationale guidée par les mêmes principes et visant des buts communs,
Reconnaissant la compétence de l'Organisation des Nations Unies en matière de contrôle des stupéfiants et désireuses que les organes internationaux intéressés soient groupés dans le cadre de cette organisation,
Désireuses de conclure une convention internationale acceptable pour tous, remplaçant la plupart des traités existants relatifs aux stupéfiants, limitant l'usage des stupéfiants aux fins médicales et scientifiques et établissant une coopération internationale constante pour mettre en œuvre ces principes et atteindre ces buts, ... ».*

Le Préambule de la Convention sur les substances psychotropes de 1971 est libellé comme suit :

*« Les Parties,
Soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité,
Préoccupées par le problème de santé publique et le problème social qui résultent de l'abus de certaines substances psychotropes,
Déterminées à prévenir et à combattre l'abus de ces substances et le trafic illicite auquel il donne lieu,
Considérant qu'il est nécessaire de prendre des mesures rigoureuses pour limiter l'usage de ces substances à des fins légitimes,
Reconnaissant que l'utilisation des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée,
Croyant que pour être efficaces les mesures prises contre l'abus de ces substances doivent être coordonnées et universelles,
Reconnaissant la compétence de l'Organisation des Nations Unies en matière de contrôle des substances psychotropes et désirant que les organes internationaux intéressés exercent leur activité dans le cadre de cette organisation,
Convaincues qu'une convention internationale est nécessaire pour réaliser ces fins, ... ».*

La procédure d'examen par l'OMS, fondée sur des considérations de santé publique et sur une approche factuelle, repose sur l'utilisation des meilleures informations pertinentes disponibles.

Comme le prévoient les Conventions de 1961 et 1971, l'OMS élaborera des recommandations concernant l'inscription aux tableaux, sur la base des dispositions de ces Conventions relatives aux changements apportés au champ du contrôle des substances et compte tenu du préambule de chacune desdites Conventions, de la nécessité de réduire le risque pour la santé publique – notamment de la nécessité de tenir compte du risque d'abus et d'assurer la disponibilité de ces substances à des fins médicales – et des résolutions pertinentes de leurs organes directeurs. Les Conventions sont des instruments juridiques ; la procédure d'examen de l'OMS sera appliquée conformément à la lettre et à l'esprit des Conventions.

III. DISPOSITIONS DES CONVENTIONS

5. Les Conventions de 1961 et de 1971 confient à l'OMS la responsabilité d'examiner et d'évaluer les substances afin de déterminer s'il y a lieu de les contrôler en vertu desdites Conventions. La demande d'examen peut être initiée sur notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies par une Partie aux Conventions ou par l'OMS elle-même.¹ Celle-ci communique les résultats de l'examen à la Commission des Stupéfiants, à qui incombe la responsabilité de prendre la décision d'inscrire les substances à un tableau, conformément aux dispositions des Conventions.²

6. Les recommandations formulées par l'OMS sur l'inscription éventuelle d'une substance à un tableau donné reposent sur une évaluation visant à déterminer si les critères spécifiques énoncés dans les Conventions sont remplis. En vertu des dispositions de la Convention de 1961, la Commission des Stupéfiants doit accepter ou refuser en bloc les recommandations de l'OMS, mais elle peut décider d'inscrire une substance seulement au Tableau I et pas au Tableau IV si l'OMS a recommandé l'inscription simultanée dans les deux tableaux. La Commission des Stupéfiants doit en principe accepter les conclusions médicales, scientifiques, chimiques et pharmacologiques de l'OMS et, lorsqu'elle rejette une recommandation, elle doit le faire sur la base d'autres considérations, par exemple des considérations de nature administrative ou sociale.³ Dans le cas de la Convention de 1971, la Commission peut accepter une proposition de l'OMS, mais elle peut aussi décider d'inscrire la substance concernée à un tableau autre que celui qui a été recommandé par l'OMS. En ce qui concerne les contrôles prévus par la Convention de 1971, l'évaluation de l'OMS est déterminante en matière scientifique et médicale, mais la Commission des Stupéfiants peut également tenir compte, pour prendre sa décision, de facteurs juridiques, administratifs, économiques et sociaux notamment.⁴ En vertu des dispositions des deux Conventions, une Partie qui désapprouve la décision de la Commission des Stupéfiants peut demander au Conseil économique et social de la revoir ; celui-ci peut alors confirmer, modifier ou annuler la décision de la Commission.

¹ Au nom de l'OMS, le Directeur général reçoit les notifications envoyées au titre des conventions internationales sur le contrôle des drogues et, sur la base des recommandations et des avis qui lui sont fournis conformément aux présentes directives, formule des recommandations relatives au contrôle international des substances psychoactives aux termes de ces conventions.

² Le processus d'inscription aux tableaux est régi par les dispositions de l'article 3 de la Convention de 1961 et des articles 2 et 17 (paragraphe 2) de la Convention de 1971. Ce processus est décrit en détail dans les Commentaires sur ces Conventions, publiés par l'Organisation des Nations Unies.

³ Commentaire relatif à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Convention de 1961), paragraphes 16-18.

⁴ Convention de 1971, article 2, paragraphe 5 ; voir aussi le Commentaire relatif à la Convention sur les substances psychotropes (Convention de 1971), paragraphe 20.

7. Conformément aux dispositions de l'article 3 de la Convention de 1971, une Partie peut exempter de mesures spécifiques de contrôle une préparation contenant une ou plusieurs substances psychotropes à la condition que la préparation soit composée de telle manière qu'elle ne présente qu'un risque nul ou négligeable d'abus et que la substance ne puisse pas être récupérée, par des moyens faciles à mettre en œuvre dans une quantité susceptible de donner lieu à un usage abusif, de sorte que la préparation ne provoque pas des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux. Pour ce faire, une Partie doit adresser une notification au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies qui communique, à son tour, la notification aux autres Parties, à l'OMS et à l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants. Si une Partie, ou l'OMS, a des informations sur une préparation qui, à son avis, justifient la suppression de l'exemption, elle doit en aviser le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et lui fournir les informations à l'appui de cette décision. L'OMS examine les données soumises par les Parties qui souhaitent se prévaloir de cette disposition relative à l'exemption figurant dans la Convention de 1971 en appliquant les directives spécifiques qui ont été approuvées par la Commission des Stupéfiants.¹

8. En vertu des dispositions de la Convention de 1961, la liste des préparations de stupéfiants exemptées de mesures spécifiques de contrôle est donnée au Tableau III. Une nouvelle exemption ne peut être accordée que par l'inscription de la préparation au Tableau III, et les propositions pertinentes sont étudiées par l'OMS de la même manière que celles concernant les substances simples.

9. La Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 (la Convention de 1988) est entrée en vigueur en novembre 1990. L'article 12 de la Convention de 1988 place sous contrôle international les substances fréquemment utilisées pour la production illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. Ces substances sont énumérées dans les Tableaux I et II de la Convention de 1988. L'OMS n'a pas de rôle officiel à jouer dans la mise sous contrôle de ces substances aux termes de la Convention de 1988. Il est cependant possible qu'une même substance puisse devoir être mise sous contrôle simultanément aux termes de la Convention de 1961, de la Convention de 1971 ou de la Convention de 1988. Des indications sur la façon de procéder en pareil cas figurent ci-après dans la sous-section *Évaluations effectuées par le Comité d'experts en vue d'inscriptions aux tableaux*.

IV. PROCÉDURE D'EXAMEN PAR L'OMS²

10. La procédure d'examen par l'OMS a pour objectif d'évaluer les substances aux fins d'un contrôle international. À l'aide des données fournies par le Secrétariat, le Comité d'experts procède à des préexamens et des examens critiques, afin de donner au Directeur général un avis sur l'inscription à un tableau.

11. L'examen des préparations exemptées notifiées par une Partie comporte un examen préliminaire effectué par le Secrétariat et une évaluation par le Comité d'experts.

¹ Les procédures spécifiques de l'OMS pour l'examen des préparations exemptées ont été mises au point conformément aux directives de la Commission relatives à l'exemption. Ces directives, qui se fondent pour l'essentiel sur des recommandations formulées par l'OMS, ont été approuvées par la Commission à sa huitième session extraordinaire et sont exposées dans sa résolution 1 (S-VIII). Voir le rapport de la Commission dans : *Conseil économique et social, Documents officiels, 1984, Supplément N° 3* (document E/CN.7/1984/13).

² Voir le diagramme sur la procédure d'évaluation à l'appendice 3.

12. Le calendrier de la procédure d'examen doit être fixé par le Secrétariat en fonction du calendrier de la Commission des Stupéfiants et de ses procédures.

Collecte de l'information

13. Des informations pertinentes sur les substances psychoactives présentant une possibilité d'abus, avérée ou potentielle, ou pouvant être transformées en substances de ce type doivent être recueillies systématiquement par le Secrétariat dans la littérature, auprès des programmes et des centres collaborateurs de l'OMS, des autorités sanitaires et des organes nationaux de réglementation pharmaceutique, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, des instituts de recherche, des instituts universitaires et d'autres sources compétentes.

Préexamen

14. Le préexamen a pour finalité de déterminer si les informations disponibles justifient un examen critique par le Comité d'experts.

15. Un préexamen est initié quand 1) le Secrétariat, 2) un membre du Comité d'experts, ou 3) un représentant des autres organisations invitées à participer à la réunion du Comité d'experts, conformément au paragraphe 35 ci-après, a présenté au Comité d'experts une proposition accompagnée des informations requises. Le Secrétariat inscrira la proposition de préexamen d'une substance à l'ordre du jour de la première réunion possible du Comité d'experts.

16. Les catégories d'informations requises pour évaluer les substances dans le cadre des préexamens sont les mêmes que celles utilisées pour les examens critiques. Le Secrétariat fournira toutes les informations nécessaires pour le préexamen sous la forme d'un bref résumé des données pertinentes. À ce stade, le Comité d'experts doit décider si ces informations justifient un examen critique. S'il ne juge pas qu'un examen critique soit justifié, il recommande alors de ne pas poursuivre l'évaluation de la substance en question. Le préexamen est une analyse préliminaire et les conclusions à ce stade ne doivent pas préjuger de la nécessité de changer l'assujettissement d'une substance à un contrôle. La confidentialité de l'information reçue par l'OMS aux fins de l'examen sera respectée si tel est le souhait de ceux qui ont fourni ces informations. Des dispositions appropriées devront être prises dans ce sens lorsque le Comité d'experts aura accès à l'information utilisée pour préparer le préexamen.

17. Le Comité d'experts recommandera ensuite un examen critique s'il estime que les informations peuvent justifier l'inscription de la substance considérée à un tableau déterminé ou une modification de cette inscription aux termes des Conventions de 1961 ou de 1971, compte tenu des critères indiqués aux paragraphes 48 à 59 ci-après.

Examen critique

18. L'examen critique a pour objet de déterminer si le Comité d'experts doit conseiller au Directeur général de recommander l'inscription d'une substance à un tableau ou la modification de cette inscription.

19. Un examen critique est entrepris quand :

- 1) une notification a été soumise par une Partie à la Convention de 1961 ou à la Convention de 1971 au sujet de l'inscription d'une substance à un tableau déterminé ;

- 2) la Commission des Stupéfiants a explicitement demandé qu'une substance fasse l'objet d'un examen ;
- 3) le préexamen d'une substance a conduit le Comité d'experts à recommander un examen critique ;
- 4) l'attention de l'OMS a été appelée sur des informations selon lesquelles la substance est produite clandestinement, présente un risque particulièrement grave pour la santé publique et la société, et n'est considérée par aucune Partie comme ayant une utilité thérapeutique reconnue.

Si, en ce qui concerne le cas 4), une Partie confirme par la suite un usage thérapeutique de la substance considérée, celle-ci est soumise à un préexamen.

Document pour l'examen critique

20. Le document pour l'examen critique a pour objet de fournir au Comité d'experts les données complètes en vue de l'évaluation d'une substance.

21. Le Secrétariat est chargé de collecter et de réunir les données sur les substances retenues pour l'examen critique. Il se servira d'un questionnaire pour demander les informations nécessaires aux ministères de la santé des États Membres et aux organes internationaux de contrôle et il communiquera l'ordre du jour de la prochaine réunion.

22. Le document pour l'examen critique doit être aussi complet que possible et équilibré dans sa présentation. Il doit comporter des données suffisantes et pertinentes, y compris celles issues de la littérature médicale et des études sur les abus. À cet effet, le Secrétariat peut demander le concours de conseillers ou de groupes de travail spéciaux.

23. Lors de l'élaboration du projet de document pour l'examen critique, y compris un rapport distinct sur le questionnaire, le Secrétariat doit fournir, si possible, des informations sous les rubriques suivantes :

- 1) identification de la substance par la dénomination commune internationale (DCI), le nom chimique, un autre nom courant ou des appellations commerciales, d'autres caractéristiques d'identification, le numéro de registre du Chemical Abstracts Service ;
- 2) chimie, y compris les informations générales sur la synthèse, la préparation et les propriétés ;
- 3) facilité de la transformation en substances sous contrôle ;
- 4) pharmacologie générale, y compris pharmacocinétique et pharmacodynamie ;
- 5) toxicologie ;
- 6) réactions indésirables chez l'homme ;
- 7) potentiel d'induction de dépendance ;
- 8) potentiel d'abus ;

- 9) applications thérapeutiques, étendue de l'utilisation thérapeutique et épidémiologie de l'utilisation médicale ;
- 10) inscription à la liste modèle OMS des médicaments essentiels ;
- 11) autorisations de commercialisation (en tant que médicament) ;
- 12) usage industriel ;
- 13) applications non médicales, abus et dépendance ;
- 14) nature et ampleur des problèmes de santé publique liés à l'abus et à la dépendance ;
- 15) production licite, consommation et commerce international ;
- 16) fabrication et commerce illicites, et informations connexes ;
- 17) mesures internationales de contrôle actuellement en place et leur impact ;
- 18) mesures nationales de contrôle adoptées dans le passé et actuelles ;
- 19) autres informations médicales et scientifiques pertinentes pour la formulation d'une recommandation d'inscription d'une substance à un tableau.

24. Les données pour l'examen critique doivent être présentées d'une manière qui facilite une évaluation scientifique par le Comité d'experts. L'examen critique comporte un résumé et une section comparant directement les données aux critères établis pour l'inscription de substances à un tableau.

25. Le projet de document pour l'examen critique et le rapport sur le questionnaire sont transmis à tous les gouvernements, toutes les institutions, organisations ou autres parties intéressées qui ont collaboré directement et substantiellement à sa préparation et qui en ont fait la demande. Les destinataires peuvent formuler des observations sur le projet. Pour aider à s'assurer que tous les documents présentés au Comité d'experts sont à jour, le Secrétariat communiquera l'ordre du jour de la prochaine réunion aux sources d'informations concernées.

26. Pour chaque substance, le projet de document pour l'examen critique et le rapport sur le questionnaire seront examinés par deux experts des tableaux OMS d'experts, y compris l'évaluation de la qualité scientifique des données présentées. En cas de limitations ou d'omissions de données, celles-ci devront être signalées, discutées et adaptées le cas échéant.

27. Le document pour l'examen critique et le rapport sur le questionnaire seront fournis à tous les membres du Comité d'experts au moins trente jours avant sa réunion, et publiés sur le site Web de l'OMS, conformément aux règles de l'OMS en matière de publication.

28. La confidentialité de l'information reçue par l'OMS aux fins de l'examen sera respectée si tel est le souhait de ceux qui ont fourni ces informations. Des dispositions appropriées devront être prises dans ce sens lorsque le Comité d'experts aura accès à l'information utilisée pour préparer le préexamen et l'examen critique.

Examen préliminaire des préparations exemptées contenant des substances psychotropes

29. Le Secrétariat examinera les notifications d'exemption reçues de Parties à la Convention de 1971 pour vérifier si les préparations contenant une substance psychotrope sont réservées au marché national ou sont exportées hors du pays qui accorde l'exemption. Si une préparation est réservée au marché national et si la Partie qui accorde l'exemption donne, dans sa notification, l'assurance qu'il n'existe pas, selon les données en sa possession, d'abus notable, le Secrétariat estimera que la mesure d'exemption n'appelle pas une évaluation de la part du Comité d'experts. Toutefois, si l'OMS reçoit des preuves d'abus au plan national ou est informée que la préparation est susceptible de causer un problème de santé publique et d'ordre social pour une autre Partie (trafic illicite et/ou abus, par exemple), le Comité d'experts évalue l'exemption.

Comité d'experts de la Pharmacodépendance

30. Conformément au règlement pertinent de l'OMS, le Comité d'experts se réunit si nécessaire pour débattre des questions relevant de ses compétences. En règle générale, il doit se réunir au moins une fois tous les deux ans.

31. **Composition.** Les membres du Comité d'experts sont choisis par le Directeur général conformément au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts. Le Directeur général fixe le nombre d'experts à inviter à une réunion d'un Comité d'experts de la Pharmacodépendance, ainsi que la date et la durée de la réunion et il convoque ce Comité.

32. **Fonctions.** Le Comité d'experts a pour fonctions d'examiner les informations qui lui sont soumises sur les substances en cours d'examen aux fins d'un contrôle international et sur les préparations exemptées, et de conseiller le Directeur général sur ces questions. Les avis du Comité d'experts portent sur des données scientifiques, médicales et de santé publique et doivent être conformes aux critères énoncés dans les Conventions. Le Comité d'experts est plus particulièrement chargé :

- 1) de procéder à des préexamens afin de sélectionner les substances devant faire l'objet d'un examen critique ;
- 2) de procéder à des examens critiques pour déterminer si les substances sélectionnées peuvent provoquer un état de dépendance, donner lieu à des abus et/ou constituer des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux, ainsi que pour en vérifier l'utilité thérapeutique, et de donner un avis sur le tableau dans lequel les inscrire aux termes de l'une des deux Conventions ;
- 3) de procéder à l'évaluation des préparations exemptées afin de déterminer s'il y a lieu de mettre fin à des exemptions notifiées de certaines préparations aux termes de la Convention de 1971.

33. **Procédure.** Elle est régie par le Règlement de l'OMS applicable aux tableaux et comités d'experts.

34. **Secrétariat.** Le Comité d'experts est assisté par un secrétariat, notamment par le secrétaire du Comité d'experts, et par les membres du personnel des programmes concernés de l'OMS ainsi que, le cas échéant, de consultants et de conseillers temporaires. Les fonctions de secrétaire sont exercées par un administrateur technique compétent dans le sujet traité.

35. **Autres organisations.** Des représentants d'organisations du système des Nations Unies, telles que l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) et l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants (OICS), ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) compétentes en relations officielles avec l'OMS, peuvent être invités aux réunions du Comité d'experts en qualité d'observateurs. En consultation avec les membres et le Secrétariat, le Président peut décider de tenir une réunion du Comité d'experts à laquelle participent uniquement ses membres.

36. Les recommandations et avis du Comité d'experts restent confidentiels jusqu'à ce que leur publication soit autorisée conformément aux règles internes de l'OMS. Tous les participants sont tenus de respecter le caractère confidentiel de toutes les informations qu'ils reçoivent dans le cadre des procédures du Comité d'experts, ainsi que des délibérations du Comité.

Réunion d'information

37. Les parties intéressées souhaitant présenter des données peuvent demander à cet effet la convocation d'une réunion d'information avec le Comité d'experts. Ces demandes doivent être déposées au Secrétariat au moins vingt jours avant le début de la réunion du Comité d'experts et indiquer la nature et la teneur de la présentation devant être faite à la réunion. Tous les participants à la réunion du Comité d'experts sont invités à cette réunion d'information.

38. La réunion d'information a pour objet de permettre au Comité d'experts, avant qu'il ne se réunisse, de prendre note des présentations et de poser aux représentants des parties intéressées des questions sur les données qui ont été fournies à propos des substances faisant l'objet d'un examen.

39. La réunion d'information se tiendra avant que ne soit convoquée la réunion du Comité d'experts. Le Secrétariat décidera librement de l'ordre du jour de la réunion d'information, en tenant compte de la nature des présentations proposées et des contraintes de temps pour la réunion du Comité d'experts. Les décisions du Secrétariat concernant la réunion d'information seront communiquées aux parties intéressées qui en ont fait la demande au moins dix jours avant la réunion du Comité d'experts.

Experts collaborant à l'examen de l'OMS

40. Les experts collaborant à l'examen doivent justifier d'une carrière scientifique et d'antécédents professionnels de haut niveau et représenter toutes les disciplines concernées telles que sciences du comportement, pharmacologie, pharmacie, médecine, biologie, épidémiologie et santé publique. Des scientifiques représentant des services de recherche de l'industrie peuvent être invités à participer en qualité de conseillers à des réunions de groupes de travail spéciaux de l'OMS, le cas échéant, mais ils ne sont pas invités à participer aux réunions du Comité d'experts.

41. Les experts appelés à participer à l'examen de l'OMS sont choisis avec le plus grand soin, de manière à éviter tout conflit d'intérêts. Les mêmes considérations valent pour tous ceux qui sont concernés par le processus. À cet égard, les experts invités à participer à l'examen de l'OMS, en particulier aux travaux du Comité d'experts, doivent signer une déclaration concernant d'éventuels conflits d'intérêts.

Évaluation effectuée par le Comité d'experts en vue d'inscriptions aux tableaux

42. Le Comité d'experts fonde essentiellement ses délibérations sur les documents qui lui sont fournis par le Secrétariat, c'est-à-dire le document pour l'examen critique, le rapport sur le

questionnaire et les observations reçues par le Secrétariat au sujet de l'examen critique. Le Comité d'experts peut également tenir compte des informations complémentaires présentées lors de la réunion d'information. Les informations sur lesquelles est basé l'examen critique sont portées à la connaissance du Comité d'experts. Leur diffusion peut être par ailleurs restreinte s'il est nécessaire de garantir des conditions de confidentialité, conformément au paragraphe 28 ci-dessus.

43. Les propositions pour modifier l'assujettissement d'une substance à un contrôle doivent être soumises à la même évaluation que celle qui s'applique aux substances qu'il est proposé d'inscrire pour la première fois à un tableau ; par ailleurs, les mêmes critères que ceux mentionnés plus loin aux paragraphes 46 à 59 devront être appliqués pour réaliser cette évaluation.

44. Pour faciliter l'administration efficiente du système international de contrôle, il est déconseillé d'assujettir la même substance aux dispositions de plusieurs conventions. C'est également vrai des substances inscrites dans un tableau de la Convention de 1988, ou dont l'inscription à un tableau a été recommandée par l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants.

45. Une recommandation visant simultanément à supprimer une substance figurant dans une Convention et à l'ajouter à une autre Convention peut avoir des répercussions sur l'administration du système international de réglementation. Comme pour toute recommandation, on pourra envisager de tels changements à la lumière de nouvelles informations les justifiant. Il ne devrait être proposé de transférer une substance d'une convention à une autre que si de nouvelles mesures spécifiques de contrôle s'imposent pour diminuer la portée ou la probabilité d'un usage abusif de cette substance ou de son utilisation dans la fabrication de substances illicites et ne limitent pas indûment la disponibilité de cette substance pour un usage médico-scientifique légitime.

Processus d'évaluation

Orientations

46. Les Conventions de 1961 et de 1971 prévoient toutes les deux le contrôle des substances susceptibles de « donner lieu à des abus analogues et produire des effets nocifs analogues » à ceux des substances déjà assujetties au contrôle en vertu de ces deux Conventions. De nombreuses substances présentent une analogie en termes d'« abus » et d'« effets nocifs ». Les amphétamines, les barbituriques et les tranquillisants ne sont assujettis qu'à la Convention de 1971 du fait qu'il est admis par les Parties aux deux Conventions que la Convention de 1961 ne s'applique pas à ces substances, même s'il a été reconnu que les effets des amphétamines, barbituriques et tranquillisants étaient analogues à ceux de la cocaïne et de la morphine à certains égards.¹ Pour l'examen d'autres substances qui, au regard de la possibilité d'abus, présentent des caractéristiques analogues à celles des substances réglementées dans le cadre des deux Conventions, le Comité d'experts suit la séquence analytique établie par les directives pour toutes les substances ; c'est-à-dire qu'il examine premièrement l'applicabilité de la Convention de 1961 et, s'il trouve qu'elle n'est pas applicable, celle de la Convention de 1971. Ainsi, le Comité évalue tout d'abord (sur la base d'études chez l'animal et l'homme) si la substance examinée présente des possibilités analogues d'usage abusif et si elle a des propriétés dépendogènes comparables à celles des substances psychoactives déjà contrôlées en vertu de la Convention de 1961. Cette évaluation ne doit pas se limiter à l'étude étroite d'une seule propriété pharmacologique. S'il est établi, pour la substance examinée, que la possibilité d'usage abusif et les propriétés engendrant la dépendance sont comparables à celles des substances psychoactives déjà contrôlées dans le cadre de la Convention de 1961, son inscription à un tableau de

¹ Commentaire sur la Convention de 1961, article 3, paragraphe 3.iii) (Commentaire 6).

la Convention de 1961 sera alors recommandée ; dans le cas contraire, l'analyse sera faite en appliquant les critères de la Convention de 1971.

47. La Convention de 1961 prévoit le contrôle des substances pouvant être transformées en stupéfiants. La Convention de 1971 ne prévoit pas de contrôle des précurseurs. La Convention de 1988 comble la lacune qui existait pour le contrôle des précurseurs des substances psychotropes et le contrôle des autres produits chimiques fréquemment utilisés dans la production illicite de toutes les substances sous contrôle. L'Organe international de Contrôle des Stupéfiants est chargé d'examiner les précurseurs à la fois des stupéfiants et des substances psychotropes en vue d'un contrôle éventuel. Il pourra être demandé au Comité d'experts d'évaluer une substance pour déterminer si elle peut être transformée en une substance contrôlée en vertu de la Convention de 1961. Dans ce cas, il doit déterminer si la substance peut être « transformée », au sens de la définition du paragraphe 49 du présent texte, puis déterminer ensuite si elle peut être transformée en une substance assujettie à la Convention de 1961.

Première étape : Convention de 1961

48. Lorsqu'il décide, à l'issue de ses délibérations, de recommander un contrôle international ou une modification du contrôle international, le Comité d'experts doit d'abord déterminer, au regard de la Convention de 1961, si la substance, conformément à l'article 3, paragraphe 3.iii) de ladite Convention : 1) peut donner lieu à des abus analogues et produire des effets nocifs analogues à ceux des substances inscrites au Tableau I ou au Tableau II ; ou 2) peut être transformée en une substance déjà inscrite au Tableau I ou au Tableau II.

49. Outre le principe d'« analogie » énoncé à l'article 3, paragraphe 3.iii) de cette Convention et mentionné au paragraphe 48, la Convention fait également état du principe de « transformation ». Une substance est dite « transformable » si du fait de la facilité de la transformation et du rendement de l'opération il est possible et profitable pour un fabricant clandestin de la transformer en substances psychoactives sous contrôle.¹

50. Le Secrétariat avisera promptement le Secrétariat de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants de toutes les évaluations du Comité d'experts relatives aux substances pouvant être transformées en stupéfiants. Si l'avis du Comité d'experts consiste à inscrire dans un tableau une substance, qu'elle soit psychoactive ou transformable en une substance psychoactive, déjà inscrite au Tableau I ou au Tableau II de la Convention de 1988, le Secrétariat prendra les mesures nécessaires pour coordonner ses travaux avec le Secrétariat de l'OICS. Cet Organe pourra ainsi examiner la possibilité de recommander que la substance considérée soit rayée du tableau concerné de la Convention de 1988 avant que l'OMS ne communique sa recommandation à l'Organisation des Nations Unies. Si l'OMS et l'OICS formulent ces recommandations, la Commission des Stupéfiants pourra examiner les deux propositions simultanément.

51. Si la substance satisfait aux critères d'inscription au Tableau I de la Convention de 1961, le Comité d'experts doit déterminer en outre si le produit satisfait aux critères d'inscription au Tableau IV, conformément à l'article 3, paragraphe 5 de ladite Convention, qui concerne les substances particulièrement susceptibles de donner lieu à des abus et de produire des effets nocifs, et si ce danger n'est pas compensé par des avantages thérapeutiques appréciables que ne posséderaient pas des substances autres que celles inscrites au Tableau IV.

¹ Commentaire sur la Convention de 1961, paragraphe 13.

52. Si le Comité d'experts conclut qu'une substance ne satisfait pas aux critères de contrôle au titre de la Convention de 1961, il procède alors à une évaluation au titre de la Convention de 1971.

Deuxième étape : Convention de 1971

53. Lorsqu'il étudie la possibilité d'une inscription aux tableaux de la Convention de 1971, le Comité d'experts détermine, conformément à l'article 2, paragraphe 4 de ladite Convention :

- a) si la substance peut :
 - i) 1) provoquer un état de dépendance,¹ et
 - 2) provoquer une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur, ou
 - ii) donner lieu à des abus et provoquer des effets nocifs comparables à ceux d'une substance des Tableaux I, II, III ou IV, et
- b) s'il existe des raisons suffisantes de croire que la substance donne ou risque de donner lieu à des abus tels qu'elle constitue un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elle soit placée sous contrôle international.

54. S'agissant du paragraphe 53 des présentes directives, le principe de comparabilité énoncé à l'article 2, paragraphe 4.a)ii) de la Convention de 1971 ne s'applique que dans les situations où la substance ne provoque pas un état de dépendance. En l'absence de constatation qu'une substance engendre la dépendance, le principe de comparabilité devient important, sinon il reste secondaire.

55. Les Commentaires sur la Convention de 1971 énoncent les considérations qui doivent entrer en ligne de compte pour une telle évaluation :

i) « L'évaluation de cette substance (...) ne doit pas se borner à énoncer les résultats concrets de l'étude qu'elle [(l'OMS)] a effectuée (...) mais doit aussi inclure *une évaluation des données qu'elle peut avoir recueillies, à la lumière des considérations de santé publique qu'elle peut juger propres à aider la Commission (...)* » Commentaire sur la Convention de 1971 (paragraphe 41) ;

ii) « L'OMS doit aussi établir *la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus* afin d'être à même de juger si les abus ou le risque d'abus (...) constituent un problème de santé publique et un problème social justifiant [que la substance] soit placée sous contrôle international. » id. (paragraphe 42) ;

¹ Le vingt-huitième Comité d'experts de la Pharmacodépendance a défini la dépendance comme suit : « Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la substance en cause et sa recherche permanente. Les facteurs déterminants de la pharmacodépendance et les facteurs qui en découlent peuvent être biologiques, psychologiques ou sociaux, et comportent habituellement une interaction. ». Le Comité a également mentionné qu'à son avis, cette définition est compatible avec les directives pour le diagnostic de la CIM-10 (Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance : vingt-huitième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 836)).

iii) L'OMS doit « *apprécier le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social (...). Comme, en prenant sa décision, la [Commission des Stupéfiants va] ... mettre en balance les propriétés dangereuses de la substance et les considérations d'ordre non médical ... il lui serait utile de connaître l'opinion de l'OMS sur le degré de gravité du problème sanitaire et social qu'elle doit prendre en compte.* » Article 2, paragraphe 5 ... id. (paragraphe 43) ;

iv) L'OMS est priée d'évaluer « *le degré d'utilité de la substance en thérapeutique en se fondant sur deux considérations : a) le degré de risque pour la santé publique et b) l'utilité de la substance en thérapeutique ... [ce qui recouvre] non seulement les effets bénéfiques [que le médicament] peut produire, sa valeur en cas d'indications médicales graves ainsi que l'importance et la fréquence de son utilisation, mais aussi l'intensité des propriétés dangereuses (...) et tous autres effets secondaires nocifs [que l'on peut être amené à prendre en considération] ...* » id. (paragraphe 44) ;

v) On peut affirmer que l'OMS en recommandant l'inscription d'une substance à un tableau particulier « *tiendra compte des vues qui sont les siennes sur le degré de risque que ladite substance représente pour la santé publique et sur le degré de son utilité en thérapeutique ...* » id. (paragraphe 49).

56. Sur la base des considérations ci-dessus, le Comité d'experts a établi, lors de sa dix-septième réunion,¹ des critères plus spécifiques pour proposer l'inscription d'une substance à un tableau déterminé en vue de son contrôle. Ces critères sont les suivants :

En vue d'une inscription au Tableau I :

Substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque particulièrement grave pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est très limitée ou inexistante.

En vue d'une inscription au Tableau II :

Substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à moyenne.

En vue d'une inscription au Tableau III :

Substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique mais dont la valeur thérapeutique est moyenne à grande.

En vue d'une inscription au Tableau IV :

Substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque faible mais non négligeable pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à grande.

¹ Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance : dix-septième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1970 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 437).

Lorsque les critères ci-dessus ne s'appliquent qu'en partie, les recommandations concernant l'inscription d'une substance à un tableau doivent accorder une importance plus grande au risque pour l'aspect de la santé publique qui a trait spécifiquement à la possibilité d'abus.

Nonobstant ce qui précède, l'inscription au Tableau I ne devrait être recommandée que lorsque les critères ci-dessus sont totalement satisfaits, tant en ce qui concerne la valeur thérapeutique que le risque pour la santé publique.

57. Les critères énoncés dans le paragraphe précédent ne couvrent pas spécifiquement la dimension des problèmes sociaux, à la différence des Commentaires à la Convention de 1971. On remarque également que ces critères ne couvrent pas tous les cas. L'expression « risque pour la santé publique » est à interpréter comme se rapportant à la fois à des problèmes sociaux et des problèmes de santé publique. On observera qu'en vertu de l'article 2, paragraphe 4.b) de ladite Convention, il faut qu'il existe des raisons suffisantes qui justifient la mise sous contrôle « international » de la substance en question, ce qui signifie que les mesures de contrôle prévues par la Convention sont indiquées pour résoudre ou atténuer le problème et que leur défaut d'application dans un pays, que lui-même connaisse ou non des problèmes sociaux ou de santé publique provoqués par la substance à l'étude, affaiblit le contrôle dans les autres pays connaissant ces problèmes. Le contrôle international se justifie également lorsque les problèmes sociaux ou de santé publique n'existent que dans un seul pays et que les mesures de contrôle dudit pays se trouvent affaiblies par l'absence de contrôle dans les autres pays.

58. Si le Comité d'experts conseille l'inclusion d'une substance déjà inscrite au Tableau I ou au Tableau II de la Convention de 1988, le Secrétariat de l'OMS prendra les mesures nécessaires pour coordonner son action avec celle du Secrétariat de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants. Cet Organe pourra ainsi étudier la possibilité de recommander que la substance considérée soit rayée du tableau concerné de la Convention de 1988 avant que l'OMS ne communique ses recommandations à l'Organisation des Nations Unies. Si l'OMS et l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants formulent de telles recommandations, la Commission des Stupéfiants étudiera les deux propositions simultanément.

59. Le Comité d'experts formulera sa recommandation sur le statut d'inscription à un tableau pour toutes les substances psychoactives à l'étude, comme le décrit le paragraphe 60 ci-dessous. Si le Comité d'experts est dans l'incapacité de formuler une recommandation sur des substances à l'étude, il demandera que soit réalisé un autre examen critique afin de traiter cette question à une réunion ultérieure.¹

Troisième étape : le rapport

60. Le Comité d'experts prépare une évaluation récapitulative pour chaque substance examinée. Cette évaluation doit comporter les conclusions du Comité d'experts concernant l'analogie (propriétés pharmacologiques, abus et effets nocifs) de la substance avec les substances déjà inscrites dans les Tableaux I et II de la Convention de 1961 et, dans le cas d'une substance « pouvant être transformée », une évaluation de la possibilité de la transformer en une substance placée déjà sous contrôle en tant que stupéfiant. Si le contrôle de cette substance est recommandé en vertu de la Convention de 1971, l'évaluation devra également indiquer si le contrôle est recommandé pour le traitement d'une substance qui engendre la dépendance ou bien en raison de l'analogie qu'elle

¹ Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance : trente-quatrième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 942).

présente avec les substances assujetties à un contrôle. Pour chaque substance examinée, l'évaluation récapitulative devra comporter une description succincte des conclusions du Comité d'experts sur la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus, le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social et le degré d'utilité de la substance en thérapeutique, ainsi que des recommandations sur les mesures éventuelles de contrôle auxquelles il serait opportun de l'assujettir à la lumière de cette évaluation. Le Comité d'experts avise le Directeur général de son évaluation et de sa recommandation. Le rapport du Comité d'experts sera publié et consultable sur le site Web de l'OMS, conformément aux règles de l'OMS relatives à la publication des rapports des comités d'experts.

Évaluation par le Comité d'experts des préparations exemptées

61. L'évaluation des préparations exemptées porte sur les éléments suivants : 1) la conformité avec les dispositions de l'article 3, paragraphe 2, de la Convention de 1971 concernant les risques d'abus présentés par les substances psychotropes et la possibilité de les récupérer ainsi qu'avec la résolution 1 (S-VIII) de la Commission des Stupéfiants ; et 2) les informations communiquées à l'OMS prouvant que la préparation risque de constituer un problème de santé publique et un problème social pour un pays importateur ou pour un pays où elle fait l'objet d'un trafic illicite. Le Comité d'experts conclut l'évaluation en avisant le Directeur général des résultats.¹

V. COMMUNICATION DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

62. Après avoir reçu les conseils du Comité d'experts en vue d'inscrire une substance à un tableau ou de modifier son inscription, le Directeur général communiquera, en tant que de besoin, ses recommandations à l'Organisation des Nations Unies. Des copies de ces recommandations sont publiées parallèlement sur le site Web de l'OMS.

63. Toute recommandation tendant à mettre fin à une exemption, en totalité ou en partie, est communiquée par le Directeur général à la partie responsable de l'exemption si le problème d'abus est limité au pays d'origine de la préparation ou à l'Organisation des Nations Unies si l'abus est très répandu.

VI. PUBLICATION DES DOCUMENTS RELATIFS À L'EXAMEN DE L'OMS

64. Le Directeur général soumet au Conseil exécutif un rapport relatif aux réunions du Comité d'experts de la Pharmacodépendance, conformément au paragraphe 4.23 du Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts ; conformément au règlement de l'OMS, le rapport du Comité d'experts est publié à la fois dans la Série de Rapports techniques et sur le site Web de l'OMS. La publication de tout autre document préparé pour le Comité d'experts est régie par l'article 4.15 du Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts, aux termes duquel le Directeur général peut publier tout document établi pour un comité d'experts ou en autoriser la publication, l'auteur ou les auteurs en étant dûment indiqué(s) le cas échéant.

¹ Voir aussi l'appendice 2.

VII. ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS

Comité d'experts	« Comité d'experts » désigne ici le Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance. Par sa résolution WHA1.25, la Première Assemblée mondiale de la Santé a décidé en 1948 de créer un Comité d'experts pour les Médicaments engendrant l'Accoutumance, lequel a été rebaptisé Comité d'experts de la Pharmacodépendance à sa seizième réunion (1968).
Commission des Stupéfiants	La Commission des Stupéfiants du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies.
Convention de 1961	Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972.
Convention de 1971	Convention sur les substances psychotropes de 1971.
Convention de 1988	Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.
État Membre	État Membre de l'OMS.
Notification	Communication officielle adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies par un État Partie à une convention internationale sur le contrôle des drogues ou par l'OMS, ou une telle communication du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à un État Partie ou à l'OMS. Dans le contexte des présentes directives, on entend par notification une notification concernant l'inscription d'une substance à un tableau aux termes des dispositions de l'article 3 de la Convention unique ou des articles 2 et 3 de la Convention sur les substances psychotropes.
OICS	Organe international de Contrôle des Stupéfiants, établi par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, et par ladite Convention, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.
Partie	État devenu Partie à une convention internationale sur le contrôle des drogues par signature, ratification, adhésion ou succession.
Secrétariat	Secrétariat de l'OMS.
Stupéfiant	Toute substance des Tableaux I et II de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants, qu'elle soit naturelle ou synthétique.
Substance psychoactive	Toute substance, naturelle ou synthétique, ou tout produit naturel ayant des propriétés psychoactives.
Substance psychotrope	Toute substance, qu'elle soit d'origine naturelle ou synthétique, ou tout produit naturel du Tableau I, II, III ou IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

Appendice 1

**EXTRAITS DES CONVENTIONS DES NATIONS UNIES
SUR LE CONTRÔLE DES DROGUES****Convention unique sur les stupéfiants de 1961,
telle que modifiée par le Protocole de 1972 (extrait)¹***Article 3*

MODIFICATIONS DU CHAMP D'APPLICATION DU CONTRÔLE

1. Si une Partie ou l'Organisation mondiale de la Santé est en possession de renseignements qui, à son avis, rendent nécessaire de modifier l'un ou l'autre des Tableaux, elle adressera au Secrétaire général une notification accompagnée de tous les renseignements pertinents à l'appui de celle-ci.
2. Le Secrétaire général communiquera cette notification et les renseignements qu'il jugera pertinents aux Parties, à la Commission et, si la notification a été adressée par une Partie, à l'Organisation mondiale de la Santé.
3. Si une notification se rapporte à une substance qui n'est pas déjà inscrite au Tableau I ou au Tableau II,
 - i) Toutes les Parties examineront, compte tenu des renseignements disponibles, la possibilité d'appliquer provisoirement à la substance toutes les mesures de contrôle applicables aux stupéfiants du Tableau I ;
 - ii) En attendant sa décision, prise en vertu du sous-paragraphe iii) du présent paragraphe, la Commission peut décider que les Parties appliquent provisoirement à ladite substance toutes les mesures de contrôle applicables aux stupéfiants du Tableau I. Les Parties appliqueront provisoirement ces mesures à la substance en question ;
 - iii) Si l'Organisation mondiale de la Santé constate que cette substance peut donner lieu à des abus analogues et produire des effets nocifs analogues à ceux des stupéfiants du Tableau I ou du Tableau II, ou qu'elle est transformable en un stupéfiant, elle en avisera la Commission, et celle-ci pourra alors décider, selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, que cette substance sera inscrite au Tableau I ou au Tableau II.
4. Si l'Organisation mondiale de la Santé constate qu'une préparation ne peut, en raison des substances qu'elle contient, donner lieu à des abus ni produire d'effets nocifs (paragraphe 3) et que le stupéfiant qu'elle contient n'est pas facilement récupérable, la Commission, selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, pourra inscrire cette préparation au Tableau III.
5. Si l'Organisation mondiale de la Santé constate qu'un stupéfiant du Tableau I est particulièrement susceptible de donner lieu à des abus et de produire des effets nocifs (paragraphe 3), et que ce danger n'est pas compensé par des avantages thérapeutiques appréciables que ne posséderaient pas des substances autres que celles du Tableau IV, la Commission peut, selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, inscrire ce stupéfiant au Tableau IV.

¹ Organisation des Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*. New York, 1977.

6. Lorsqu'une notification a trait à un stupéfiant du Tableau I ou du Tableau II ou à une préparation du Tableau III, la Commission, mise à part l'action prévue par le paragraphe 5, peut, selon la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, modifier l'un ou l'autre des Tableaux, soit :

- a) En transférant un stupéfiant du Tableau I au Tableau II ou du Tableau II au Tableau I ;
ou
- b) En rayant un stupéfiant ou une préparation, selon le cas, d'un Tableau.

7. Toute décision de la Commission prise en application du présent article sera communiquée par le Secrétaire général à tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies, aux États non membres Parties à la présente Convention, à l'Organisation mondiale de la Santé et à l'Organe. La décision prendra effet à l'égard de chaque Partie à la date de réception de la communication susvisée, et les Parties prendront alors toutes mesures requises par la présente Convention.

8. a) Toute décision de la Commission de modifier un tableau sera soumise à l'examen du Conseil si une Partie en fait la demande dans les quatre-vingt-dix jours qui suivront la réception de la notification de la décision. Cette demande sera présentée au Secrétaire général avec tous renseignements pertinents à l'appui.

b) Le Secrétaire général communiquera copie de cette demande et des renseignements pertinents à la Commission, à l'Organisation mondiale de la Santé et à toutes les Parties, qu'il invitera à présenter leurs observations dans les quatre-vingt-dix jours. Toutes les observations reçues seront soumises à l'examen du Conseil.

c) Le Conseil pourra confirmer, modifier ou annuler la décision de la Commission ; il statuera en dernier ressort. Sa décision sera notifiée à tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies, aux États non membres Parties à la présente Convention, à la Commission, à l'Organisation mondiale de la Santé et à l'Organe.

d) En attendant son examen par le Conseil, la décision de la Commission restera en vigueur.

9. Les décisions de la Commission prises en application du présent article ne seront pas soumises à l'examen prévu à l'article 7.

Convention sur les substances psychotropes de 1971 (extraits)¹*Article 2*

CHAMP D'APPLICATION DU CONTRÔLE DES SUBSTANCES

...

4. Si l'Organisation mondiale de la Santé constate :

a) Que ladite substance peut provoquer :

i) 1) Un état de dépendance, et

2) Une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur, ou

ii) Des abus et des effets nocifs comparables à ceux d'une substance du Tableau I, II, III ou IV, et

b) Qu'il existe des raisons suffisantes de croire que la substance donne ou risque de donner lieu à des abus tels qu'elle constitue un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elle soit placée sous contrôle international,

elle communiquera à la Commission une évaluation de cette substance, où elle indiquera notamment la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus, le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social et le degré d'utilité de la substance en thérapeutique, ainsi que des recommandations sur les mesures éventuelles de contrôle auxquelles il serait opportun de l'assujettir à la lumière de cette évaluation.

5. Tenant compte de la communication de l'Organisation mondiale de la Santé, dont les évaluations seront déterminantes en matière médicale et scientifique, et prenant en considération les facteurs d'ordre économique, social, juridique, administratif et tous autres facteurs qu'elle pourra juger pertinents, la Commission pourra ajouter ladite substance au Tableau I, II, III ou IV. Elle pourra demander des renseignements complémentaires à l'Organisation mondiale de la Santé ou à d'autres sources appropriées.

...

Article 3

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES RELATIVES AU CONTRÔLE DES PRÉPARATIONS

1. Sous réserve de ce qui est stipulé aux paragraphes suivants du présent article, une préparation est soumise aux mêmes mesures de contrôle que la substance psychotrope qu'elle contient, et, si elle contient plus d'une telle substance, aux mesures applicables à celle de ces substances qui est le plus strictement contrôlée.

¹ Organisation des Nations Unies, *Convention sur les substances psychotropes de 1971*. New York, 1977.

2. Si une préparation qui contient une substance psychotrope autre qu'une substance du Tableau I est composée de telle manière qu'elle ne présente qu'un risque d'abus négligeable ou nul, et que la substance ne peut pas être récupérée en quantité pouvant donner lieu à des abus, par des moyens facilement applicables, et qu'en conséquence cette préparation ne crée ni un problème pour la santé publique, ni un problème social, ladite préparation pourra être exemptée de certaines des mesures de contrôle énoncées dans la présente Convention, conformément au paragraphe 3.

3. Si une Partie constate qu'une préparation relève des dispositions du paragraphe précédent, elle peut décider de l'exempter, dans son pays ou dans l'une de ses régions, d'une ou de toutes les mesures de contrôle prévues dans la présente Convention ; toutefois ladite préparation demeurera soumise aux obligations énoncées dans les articles suivants :

- a) Article 8 (licences), en ce qu'il s'applique à la fabrication ;
- b) Article 11 (enregistrement), en ce qu'il s'applique aux préparations exemptées ;
- c) Article 13 (interdiction et restrictions à l'exportation et à l'importation) ;
- d) Article 15 (inspection), en ce qu'il s'applique à la fabrication ;
- e) Article 16 (renseignements à fournir par les Parties), en ce qu'il s'applique aux préparations exemptées ; et
- f) Article 22 (dispositions pénales), dans la mesure nécessaire à la répression d'actes contraires aux lois ou règlements adoptés conformément aux obligations ci-dessus.

Ladite Partie notifiera au Secrétaire général toutes décisions de ce genre, ainsi que le nom et la composition de la préparation exemptée, et les mesures de contrôle dont celle-ci est exemptée. Le Secrétaire général transmettra la notification aux autres Parties, à l'Organisation mondiale de la Santé et à l'Organe.

4. Si une Partie ou l'Organisation mondiale de la Santé a des informations sur une préparation exemptée en vertu du paragraphe 3, qui, à son avis, justifient la suppression complète ou partielle de l'exemption, elle les notifiera au Secrétaire général et lui fournira les informations à l'appui de cette notification. Le Secrétaire général transmettra cette notification, accompagnée de toute information qu'il jugera pertinente, aux Parties, à la Commission et, lorsque la notification sera faite par une Partie, à l'Organisation mondiale de la Santé. L'Organisation mondiale de la Santé communiquera à la Commission une évaluation de la préparation prenant en considération les facteurs énumérés au paragraphe 2, ainsi qu'une recommandation relative aux mesures de contrôle dont la préparation devrait éventuellement cesser d'être exemptée. La Commission, tenant compte de la communication de l'Organisation mondiale de la Santé, dont l'évaluation sera déterminante en matière médicale et scientifique, et prenant en considération les facteurs d'ordre économique, social, juridique, administratif et autres, qu'elle pourra juger pertinents, pourra décider que la préparation cessera d'être exemptée d'une ou de toutes les mesures de contrôle. Le Secrétaire général communiquera toute décision de la Commission prise en vertu du présent paragraphe à tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies, aux États non membres Parties à la présente Convention, à l'Organisation mondiale de la Santé et à l'Organe. Toutes les Parties prendront des dispositions en vue de supprimer l'exemption de la ou des mesures de contrôle en question dans un délai de 180 jours à compter de la date de la communication du Secrétaire général.

**Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et
de substances psychotropes de 1988 (extraits)¹**

Article 12

SUBSTANCES FRÉQUEMMENT UTILISÉES DANS LA FABRICATION ILLICITE
DE STUPÉFIANTS OU DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES

1. Les Parties adoptent les mesures qu'elles jugent appropriées pour empêcher le détournement de substances inscrites au Tableau I et au Tableau II aux fins de la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes et coopèrent entre elles à cette fin.

2. Si une Partie ou l'Organe sont en possession de renseignements qui, à leur avis, rendent nécessaire l'inscription d'une substance au Tableau I ou au Tableau II, ils adressent au Secrétaire général une notification accompagnée de tous les renseignements pertinents à l'appui de celle-ci. La procédure exposée aux paragraphes 2 à 7 du présent article s'applique également lorsqu'une Partie ou l'Organe sont en possession de renseignements justifiant la radiation d'une substance du Tableau I ou du Tableau II, ou le passage d'une substance d'un tableau à l'autre.

3. Le Secrétaire général communique cette notification et tous renseignements qu'il juge pertinents aux Parties, à la Commission et, si la notification émane d'une Partie, à l'Organe. Les Parties communiquent au Secrétaire général leurs observations concernant la notification, ainsi que tous renseignements complémentaires de nature à aider l'Organe à procéder à une évaluation et la Commission à se prononcer.

4. Si l'Organe, tenant compte de l'ampleur, de l'importance et de la diversité des utilisations licites de la substance et après avoir examiné s'il serait possible et aisé d'utiliser des substances de remplacement, tant à des fins licites que pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes, constate :

- a) Que la substance est fréquemment utilisée dans la fabrication illicite d'un stupéfiant ou d'une substance psychotrope, et
- b) Que la fabrication illicite d'un stupéfiant ou d'une substance psychotrope, par leur volume et leur ampleur, crée de graves problèmes de santé publique ou sociaux, justifiant ainsi une action au plan international,

il communique à la Commission une évaluation de la substance, en indiquant notamment les effets probables de son inscription au Tableau I ou au Tableau II tant sur les utilisations licites que sur la fabrication illicite et, le cas échéant, il fait des recommandations quant aux mesures de contrôle qui seraient appropriées au vu de ladite évaluation.

5. La Commission, tenant compte des observations présentées par les Parties et des observations et recommandations de l'Organe, dont l'évaluation sera déterminante sur le plan scientifique, et prenant aussi dûment en considération tous autres facteurs pertinents, peut décider, à la majorité des deux tiers de ses membres, d'inscrire une substance au Tableau I ou au Tableau II.

...

¹ Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Appendice 2

**RÉSOLUTION 1 (S-VIII) ADOPTÉE PAR LA COMMISSION
DES STUPÉFIANTS DES NATIONS UNIES¹**Directives concernant l'exemption de préparations de certaines mesures de contrôle en vertu des dispositions de l'article 3 de la Convention de 1971 sur les substances psychotropesLa Commission des Stupéfiants,

Ayant pris note des documents MNH/78.1 et MNH/82.51 contenant des propositions formulées par les groupes consultatifs de l'Organisation mondiale de la Santé au sujet des directives à suivre pour accorder des exemptions en vertu des dispositions de l'article 3 de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes,

Ayant examiné le rapport du Secrétaire général du 16 décembre 1983 intitulé « Examen de l'élaboration de directives pour l'exemption de préparations conformément aux dispositions de l'article 3 de la Convention sur les substances psychotropes » (E/CN.7/1984/4),

Rappelant ses résolutions 2 (S-VI) du 19 février 1980 et 5 (XXX) du 16 février 1983,

Consciente que les décisions qu'elle prend lorsqu'il s'agit de mettre fin à une exemption doivent tenir compte des conditions économiques et sociales existant dans le pays qui accorde l'exemption, et notamment du degré de développement de ses services de santé et de son système national de distribution des drogues,

Persuadée que les gouvernements doivent contribuer à l'élaboration de nouvelles directives, eu égard à l'expérience acquise au long de l'application des directives actuellement en vigueur,

Approuve les directives ci-après à l'intention des autorités nationales, de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Commission des Stupéfiants :

Directives proposées à l'intention des autorités nationales

a) Une préparation contenant une substance psychotrope associée à i) soit une autre substance psychotrope, ii) soit un stupéfiant, iii) soit une substance psychoactive qui n'est pas placée sous contrôle international, mais qui est notoirement susceptible d'abus, ne devrait pas être exemptée ; néanmoins, l'exemption d'une préparation relevant de l'une quelconque des catégories ci-dessus et composée de telle manière que le risque d'abus qu'elle présente est négligeable peut être envisagée ;

b) Une préparation contenant une substance psychotrope associée à un stupéfiant inscrit aux Tableaux I ou II de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ne devrait pas être exemptée ; l'exemption ne peut être autorisée que si la préparation a été inscrite au Tableau III de cette Convention par la Commission, conformément à la procédure d'amendement prévue par les dispositions du paragraphe 4 de l'article 3 de la Convention ;

¹ Extrait du document des Nations Unies E/CN.7/1984/13 (1984).

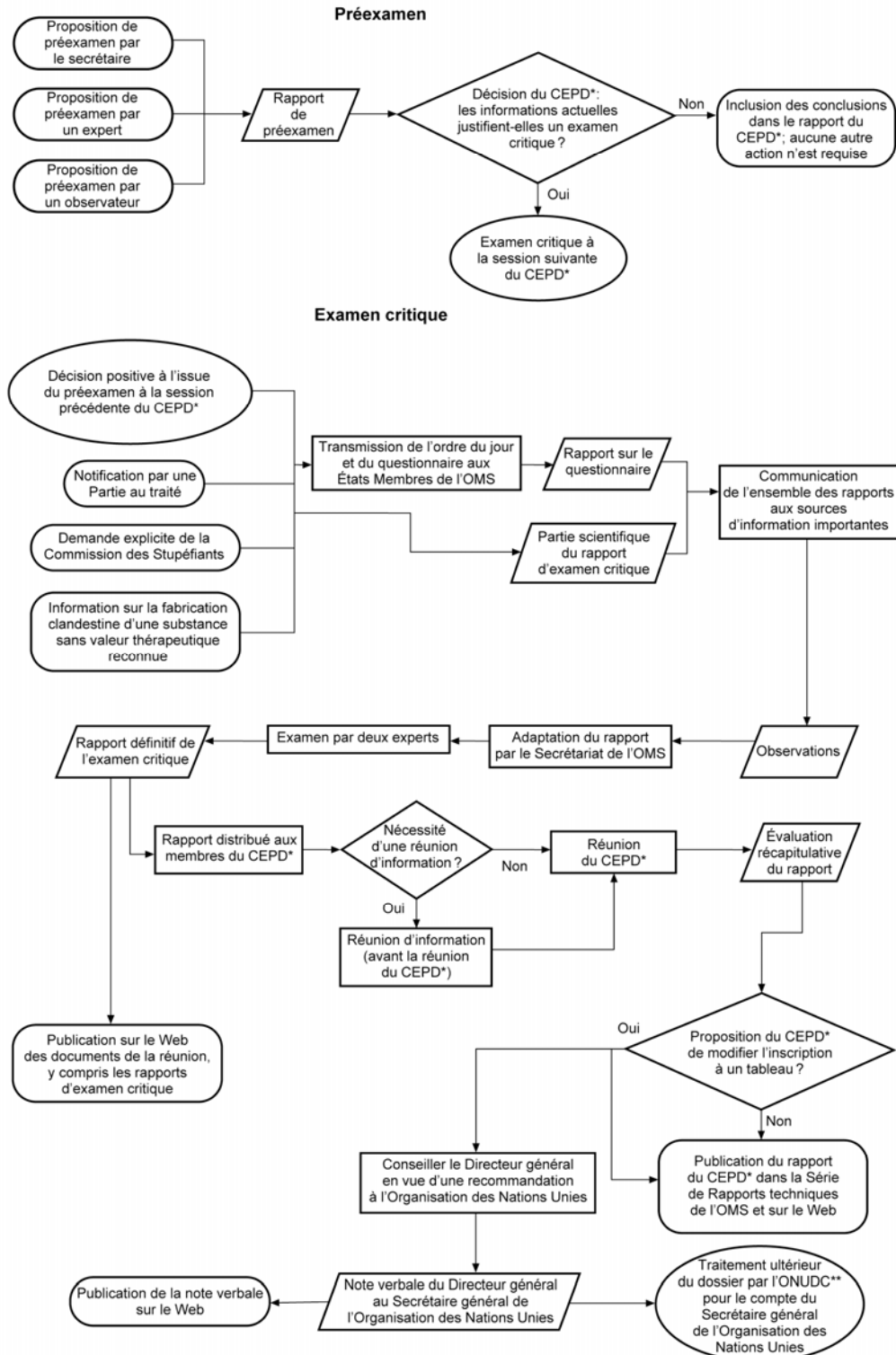
- c) Une préparation contenant une substance psychotrope sous forme injectable ne devrait pas être exemptée ;
- d) Une préparation contenant une substance psychotrope ne devrait pas être exemptée des dispositions du paragraphe 1 de l'article 10 de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes ;
- e) Une préparation contenant une substance psychotrope ne devrait pas être exemptée des dispositions du paragraphe 2 de l'article 10 de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, à moins que cette exemption ne soit conforme aux exigences de la législation nationale ;
- f) Une préparation contenant une substance psychotrope ne devrait pas être exemptée des dispositions de l'article 12 de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes ;
- g) Nonobstant les directives qui font l'objet des alinéas d), e) et f) ci-dessus, les réactifs de diagnostic *in vitro*, les tampons et les témoins analytiques contenant des substances psychotropes pourraient être exemptés des dispositions des articles 10 et 12 de la Convention de 1971.

Directives proposées à l'intention de l'Organisation mondiale de la Santé

- h) L'Organisation mondiale de la Santé devrait examiner attentivement les notifications des Parties lorsqu'elles concernent des exemptions qui visent exclusivement le pays considéré ; lorsqu'il est manifeste qu'une exemption spécifique accordée par une autorité nationale compétente n'est pas conforme aux directives a) à e) ci-dessus et peut constituer un danger pour la santé publique du pays considéré, l'Organisation mondiale de la Santé devrait immédiatement appeler l'attention des autorités nationales compétentes sur le risque qu'elle peut entraîner pour la santé publique et devrait informer la Commission des Stupéfiants de son action à cet égard. En revanche, s'il est manifeste que l'exemption constitue un danger pour un autre pays, l'Organisation mondiale de la Santé doit procéder d'urgence à son examen.

Appendice 3

DIAGRAMME SUR LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION

Examen par l'OMS des substances psychoactives
aux fins d'un contrôle international

* Comité d'experts de la Pharmacodépendance.

** Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

ANNEXE 7

Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif

1. Résolution EB126.R4 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

Tous les résultats escomptés pour cet objectif stratégique.

Tous les résultats escomptés sauf le résultat escompté 4.8.

Tous les résultats escomptés sauf les résultats escomptés 10.6, 10.7 et 10.9.

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

La résolution se réfère particulièrement à l'objectif stratégique 10 qui porte à la fois sur l'amélioration de la gestion et de l'organisation de la prestation des services de santé conformément à l'approche des soins de santé primaires, et le renforcement du suivi et de l'évaluation des progrès. La résolution intéresse particulièrement tous les objectifs stratégiques liés à l'obtention de résultats sanitaires spécifiques, essentiellement les objectifs stratégiques 1 à 4. Dans ce dernier groupe, la résolution se réfère plus particulièrement à l'objectif stratégique 2 et à l'objectif stratégique 4. Parmi les autres objectifs stratégiques en rapport avec la résolution figurent l'objectif stratégique 5 sur les situations d'urgence et les crises (résultats escomptés 5.1 à 5.3), l'objectif stratégique 6 sur la réduction des facteurs de risque pour la santé associés à des modes de vie nocifs (résultat escompté 6.6), l'objectif stratégique 7 sur le traitement des déterminants sociaux et économiques de la santé et l'accroissement de l'équité en santé (résultat escompté 7.3), l'objectif stratégique 8 sur la promotion d'un environnement plus sain (résultats escomptés 8.1 et 8.2), l'objectif stratégique 9 sur la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires (résultats escomptés 9.1 à 9.4), l'objectif stratégique 11 sur l'élargissement de l'accès aux technologies et produits médicaux (résultats escomptés 11.1 à 11.3) et l'objectif stratégique 12 sur le rôle de chef de file, les partenariats et la collaboration avec les pays (résultats escomptés 12.1 à 12.3).

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)**

Les deux principaux courants d'activités et les coûts associés concernent : i) la production du rapport annuel sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; et ii) la fourniture d'un soutien technique aux pays pour renforcer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme. La production du rapport sera réalisée essentiellement au Siège tandis que le soutien technique sera fourni par le biais des bureaux régionaux.

Coût total de la production du rapport annuel (dans le cadre de la publication *Statistiques sanitaires mondiales*) : US \$350 000.

Dépenses de personnel : 33 % en équivalent plein temps, à la classe P6 ; 40 % en équivalent plein temps, à la classe P5 ; 50 % en équivalent plein temps, à la classe P4 ; et 50 % en équivalent plein temps, à la classe P3. Total : US \$1,9 million.

Coût total au titre de la contribution des bureaux régionaux : US \$2 millions.

Coût total : US \$4 250 000.

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)

Coût total pour la mise en œuvre : US \$1,7 million (US \$900 000 au niveau du Siège et US \$800 000 au niveau des bureaux régionaux).

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) ?**

Siège : 50 % à partir des contributions mises en recouvrement et 50 % à partir des contributions volontaires.

Bureaux régionaux : 100 % à partir des contributions volontaires.

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 de mise en œuvre concernant le rapport annuel sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé seront exécutées au Siège. La collaboration avec tous les bureaux régionaux pour permettre de mieux disposer d'informations actualisées et le soutien aux pays pour l'analyse, le rapprochement et l'estimation des données seront organisés en fonction des besoins.

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

Siège : oui, sous réserve des fonds disponibles.

Bureaux régionaux : non, pour le Bureau régional de l'Afrique et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est.

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)

Le Bureau régional de l'Afrique et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est auront besoin d'un membre du personnel (en équivalent plein temps) pour travailler dans les pays.

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

De 2010 à 2015.

1. Résolution EB126.R5 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

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.

2.2 Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en œuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de traitement des toxicomanies, de soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.

2.4 Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.

4.4 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle, la mise en place d'interventions efficaces et le suivi des progrès.

4.5 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et le suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.

7.2 Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international pour traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, notamment pour comprendre quelles sont les conséquences du commerce et des accords commerciaux sur la santé publique, agir sur celles-ci et pour encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.

9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

9.1 Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.

9.2 Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.

9.3 Amélioration du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.

9.4 Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes destinés à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.

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

- Examen et amélioration des lignes directrices concernant les interventions en matière de nutrition, en passant de 10 à 40 lignes directrices.
- Surveillance de la croissance de l'enfant, des pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de l'apport en micronutriments et de la mise en œuvre des interventions nutritionnelles, en étendant de 50 à 70 pays l'application des normes de croissance, en effectuant cinq études sur l'apport en micronutriments et en collectant des données sur la mise en œuvre dans 150 pays.
- Lancement d'initiatives de collaboration interinstitutions aux niveaux mondial et des pays pour amplifier les programmes en matière de nutrition : cinq initiatives.
- Appui technique à 20 pays pour l'amplification des interventions en matière de nutrition et renforcement des capacités dans 15 pays supplémentaires.
- Appui technique aux États Membres pour le renforcement et la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales en matière de nutrition en vue d'accélérer les activités face à la double charge de la malnutrition : fourniture d'un appui à 15 pays supplémentaires.
- Orientations techniques sur les mesures prioritaires à prendre sur le plan nutritionnel pour prévenir la tuberculose et soutenir la lutte contre le VIH : fourniture d'un appui à 15 pays supplémentaires.

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)

US \$12 millions (personnel : US \$5 millions, activités : US \$7 millions) pendant trois ans.

- 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)**

US \$8,5 millions (personnel : US \$4 millions, activités : US \$4,5 millions ; répartition à l'intérieur de l'Organisation : Siège – US \$2,5 millions, Régions – US \$6 millions).

- 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) ?

Un plan mondial de mobilisation des ressources est en cours de préparation en vue de solliciter d'éventuels donateurs. Un financement partiel a été apporté par les Gouvernements de l'Espagne, des États-Unis d'Amérique, de l'Italie, du Japon et du Luxembourg ainsi que par des organismes caritatifs.

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 travaux normatifs (notamment la mise au point des lignes directrices et les examens scientifiques) vont se dérouler au Siège, mais la plupart des activités seront menées dans les pays et au niveau régional. La priorité sera donnée aux 36 pays repérés par l'OMS en raison de la charge particulièrement élevée de morbidité et de mortalité qu'ils supportent du fait de la malnutrition.

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

Comme cela a déjà été préconisé dans l'examen des activités menées par l'OMS en matière de nutrition, il faut recruter davantage de personnel. Cela est particulièrement vrai au niveau des pays et dans certains bureaux régionaux.

- 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)**

Il faut recruter davantage de personnel dans toutes les Régions, notamment celles de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Des agents techniques dans le domaine de la nutrition aux classes P.2 et P.3 seraient tout particulièrement nécessaires.

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

La mise en œuvre de certaines des activités prévues dans cette résolution a déjà débuté au cours de l'exercice actuel. La plupart des activités seront menées durant le premier trimestre de 2011.

1. Résolution EB126.R7 Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

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.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

1.3 Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.

5.5 Fourniture aux États Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences sanitaires liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.

9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

9.1 Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.

9.2 Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d'origine alimentaire, zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.

9.5 Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques ; création et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.

9.6 Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes internationales afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire, zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.

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

La résolution fournira un cadre actualisé pour l'action normative de l'OMS sur la sécurité sanitaire des aliments dans les limites des résultats escomptés existants en mettant en outre l'accent sur le renforcement du conseil scientifique, l'estimation de la charge des maladies d'origine alimentaire pour la santé, le soutien au Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments (INFOSAN) et la prévention transsectorielle des maladies zoonotiques.

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)

US \$29,1 millions sur les six prochaines années (personnel : US \$16,5 millions, activités : US \$12,6 millions).

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)

US \$9,7 millions au Siège.

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

US \$8 millions sont compris dans le budget programme.

4. Incidences financières

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

Fonds extrabudgétaires des États Membres intéressés et des organisations non gouvernementales concernées.

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)**

L'exécution sera organisée au Siège, en coordination avec l'ensemble des six bureaux régionaux et certains pays de chaque Région.

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

Non.

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

Deux membres du personnel de la catégorie professionnelle au Siège.

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

Les initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments sont des activités en cours. Le prochain rapport de situation sera présenté à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé ; il faudrait par conséquent que les nouvelles initiatives majeures soient évaluées d'ici à la fin de l'exercice 2010-2011.

1. Résolution EB126.R12 Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets**2. Lien avec le budget programme**

Objectif stratégique :

8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.

Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation :

8.2 Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple les enfants).

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

La résolution va dans le sens du résultat escompté et sa mise en œuvre permettrait d'atteindre plus aisément la cible pour 2011 de 12 États Membres mettant en place des interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, avec le soutien technique de l'OMS, dans au moins l'un des cadres suivants : lieux de travail, habitations ou villes. Le chiffre de base pour 2010 restera le même que celui de 2009 (à savoir 8).

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)**

Aucun coût supplémentaire ne sera supporté concernant les activités. Dans la résolution, il est demandé au Secrétariat de soutenir la mise en œuvre des mesures prévues dans la Déclaration de Bali, dans le cadre du mandat de l'Organisation et dans la limite des ressources disponibles. Le plan de travail pour l'exercice 2010-2011 comporte déjà des activités visant à faire face au problème des déchets dangereux, en particulier des déchets liés aux soins de santé en collaboration avec d'autres organes concernés tels que le PNUE et le Secrétariat de la Convention de Bâle.

- 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)**

Aucun coût supplémentaire spécifique n'est prévu dans le cadre de la résolution.

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

Sans objet.

4. Incidences financières

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

Sans objet.

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 de prévention primaire seront essentiellement menées au niveau des pays ; les projets multinationaux seront entrepris par l'intermédiaire du Siège et des bureaux régionaux ; et la liaison avec le PNUE et la Convention de Bâle sera essentiellement assurée par l'intermédiaire du Siège et des 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)**

Sans objet.

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

Il faudra s'occuper en permanence du problème des déchets liés aux soins de santé ainsi que des autres déchets dangereux afin de faire en sorte que leur production soit réduite au minimum de manière durable. Par conséquent, le calendrier initial prévu dans la présente résolution suivra le plan stratégique à moyen terme jusqu'en 2013. Ensuite, il sera réexaminé s'il y a lieu.

1. Résolution EB126.R13 Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

8.1 Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées).

8.2 Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple les enfants).

8.3 Fourniture d'une assistance technique et d'un soutien aux États Membres pour renforcer au niveau national les systèmes, fonctions et services de gestion des risques pour la santé au travail et de salubrité de l'environnement.

8.5 Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en traitant les effets émergents et réémergents du développement sur la salubrité de l'environnement et la modification des modes de consommation et de production, et en réagissant aux conséquences néfastes de l'évolution des technologies.

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

La résolution va dans le sens des résultats escomptés et vient appuyer les indicateurs concernant les États Membres évaluant les menaces pour la santé liés à l'environnement, les États Membres mettant en place des interventions de prévention primaire des risques pour la santé liés à l'environnement et les États Membres ayant mis en œuvre au niveau national des plans ou politiques d'action pour la gestion des risques pour la santé au travail. Les bases restent les mêmes.

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)

Le calendrier n'est pas précisé et on peut s'attendre à ce que la mise en œuvre de la résolution s'inscrive dans la durée car il est probable que d'autres pesticides et produits chimiques deviendront obsolètes du fait des mesures de gestion des risques qui seront prises. Les activités prévues du Secrétariat sont principalement consacrées à des substances spécifiques suscitant des préoccupations, par exemple au renoncement progressif à l'utilisation du plomb, du mercure et de l'amiante. Le niveau actuel du coût des activités au Siège concernant ces substances est de l'ordre de US \$500 000 par période biennale. Selon les estimations, la mise en œuvre des activités d'ensemble concernant les pesticides et produits chimiques obsolètes en général occasionnera un coût supplémentaire d'un montant à peu près équivalent.

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)

Voir ci-dessus la section 3.a).

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

Le niveau actuel des activités concernant les substances spécifiques visées, estimé à US \$500 000, est inclus dans le budget programme approuvé.

4. Incidences financières

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

Par des contributions volontaires d'États Membres intéressés et par des ressources non gouvernementales pertinentes.

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)

Siège (coordination de la mise en œuvre et recommandations générales destinées aux bureaux régionaux et aux bureaux dans les pays) et bureaux régionaux en consultation avec les pays.

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

Le personnel déjà en poste peut assurer le niveau actuel des activités. La mise en œuvre des activités d'ensemble concernant les pesticides et produits chimiques obsolètes d'une manière générale nécessitera un personnel supplémentaire (voir sous c) ci-dessous).

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)

Les activités d'ensemble nécessiteront l'engagement d'un membre du personnel supplémentaire de la catégorie professionnelle (équivalent plein temps : 25 %).

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

Le calendrier n'est pas spécifié et l'on peut s'attendre à ce que la mise en œuvre de la résolution se poursuive durablement (voir ci-dessus la section 3.a)).

1. Résolution EB126.R15 Accélération des progrès 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

2. Lien avec le budget programme

Objectifs stratégiques :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

1.1 Fourniture aux États Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.

4.5 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et le suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.

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

La résolution s'inscrit dans le cadre des résultats escomptés susmentionnés et vient appuyer les indicateurs suivants : pour l'objectif stratégique 1 – i) Nombre d'États Membres ayant réalisé une couverture vaccinale d'au moins 90 % au niveau national (DTC 3) ; et ii) Nombre d'États Membres qui ont introduit le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b dans leur programme national de vaccination ; et pour l'objectif stratégique 4 – i) Nombre d'États Membres cibles dotés d'une politique intégrée visant à instaurer l'accès universel à des interventions efficaces pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; et ii) Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies visant à accroître la couverture par des interventions de santé et développement de l'enfant.

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 montant de US \$110 millions est nécessaire pendant la période 2010-2015 pour couvrir les coûts au Siège ainsi qu'aux niveaux des bureaux régionaux et des bureaux de pays.

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)

En ce qui concerne l'objectif stratégique 1 : Siège – au total US \$5,9 millions (dépenses de personnel : US \$900 000 ; activités : US \$5 millions) ; bureaux régionaux et de pays – au total US \$27,4 millions (dépenses de personnel : US \$5 millions ; activités : US \$22,4 millions).

En ce qui concerne l'objectif stratégique 4 : Siège – au total US \$600 000 (dépenses de personnel : US \$450 000 ; activités : US \$150 000) ; bureaux régionaux et de pays – au total US \$8 millions (dépenses de personnel : US \$2,4 millions ; activités : US \$5,6 millions).

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) ?

En ce qui concerne l'objectif stratégique 1 : les fonds pour 2010 sont disponibles par le biais de l'Alliance GAVI et de la Fondation Gates. Une partie des fonds nécessaires pour 2011 pourraient être fournis par les mêmes sources, mais un déficit de financement est probable pour 2011.

En ce qui concerne l'objectif stratégique 4 : on recherchera des contributions volontaires pour financer ces activités.

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)

Tous les niveaux de l'OMS, l'accent étant mis en particulier sur les 68 pays prioritaires faisant l'objet de l'initiative « Countdown to 2015 » (compte à rebours 2015) qui sont confrontés à une charge de morbidité importante. La plupart des pays concernés figurent aussi parmi ceux qui pourront bénéficier de fonds de l'Alliance GAVI.

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

Non. Il faudra du personnel supplémentaire pour mettre en œuvre la résolution surtout dans les pays confrontés à une forte charge de morbidité.

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)

Trois membres du personnel (en équivalent plein temps) à la classe P.4 : un au Siège, un dans le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et un au niveau des pays.

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

La période 2010-2015.

1. Résolution EB126.R16 Hépatite virale

2. Lien avec le budget programme

Objectif stratégique :

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation :

1.1 Fourniture aux États Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.

1.4 Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux États Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.

1.5 Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.

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

La résolution s'inscrit dans le cadre des résultats escomptés. Les indicateurs spécifiques pour la prévention de l'hépatite virale seront établis selon les besoins.

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)

Il faudra US \$30 millions pour les cinq prochaines années : un tiers (US \$10 millions) au Siège pour la planification et la coordination mondiales entre les parties intéressées, pour l'orientation politique mondiale et pour la fourniture d'un appui aux bureaux régionaux et de pays ; et deux tiers (US \$20 millions) pour les activités d'appui aux niveaux régional et de pays.

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)

Le coût total est estimé à US \$6 millions par an.

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

Les activités de l'Organisation en matière de prévention de l'hépatite font appel à un certain nombre d'unités techniques. Il est difficile de connaître le montant réel des ressources disponibles pour ces activités dans la mesure où ces ressources n'apparaissent pas en tant que telles dans le budget programme et peuvent, par exemple, figurer sous les rubriques sécurité transfusionnelle, sécurité des injections, sécurité sanitaire des aliments, prévention du cancer, vaccination de l'enfant ou traitement des infections opportunistes pour le VIH.

4. Incidences financières

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

Des fonds supplémentaires provenant de contributions volontaires devraient être obtenus grâce à une politique active de mobilisation des ressources.

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)

Actuellement, la plupart des activités sont exécutées au Siège (orientations politiques et techniques, plaidoyer mondial, coordination des parties intéressées et mobilisation des fonds) et dans deux Régions de l'OMS (Méditerranée orientale et Pacifique occidental).

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

Non.

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

Au Siège, au moins deux membres du personnel supplémentaires (équivalent plein temps) seront nécessaires dans la catégorie professionnelle, ainsi qu'un membre du personnel (équivalent plein temps) dans la catégorie des services généraux. Au cours de l'exercice 2010-2011, il faudra un membre du personnel supplémentaire (équivalent plein temps) de la catégorie professionnelle dans chacun des trois bureaux régionaux (avec un appui administratif) ; au cours de l'exercice 2012-2013, trois membres du personnel supplémentaires (équivalent plein temps) seront nécessaires pour les autres bureaux régionaux (avec un appui administratif). En tout, il faudra donc huit membres du personnel (équivalent plein temps) de la catégorie professionnelle et trois ou quatre membres du personnel (équivalent plein temps) de la catégorie des services généraux. Dans 10 pays au moins, il faudra un administrateur recruté sur le plan national.

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

Le programme mondial sera étendu à la Région africaine, à la Région européenne et à la Région de la Méditerranée orientale en 2010, et à l'ensemble des Régions au cours de l'exercice 2010-2011.
