



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire

CE134/21, Add. I (Fr.)
9 juin 2004
ORIGINAL : ANGLAIS

RÉSOLUTIONS ET AUTRES ACTIONS DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ REVÊTANT UN INTÉRÊT POUR LE COMITÉ EXÉCUTIF DE L'OPS

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la santé s'est tenue à Genève (Suisse) du 17 au 22 mai 2004. Des délégations de 184 États Membres, dont celles de 33 pays des Amériques, ont participé à l'Assemblée. Après avoir débattu d'un ordre du jour qui comprenait 33 points, l'Assemblée a approuvé 19 résolutions.

Ce document résume 13 de ces résolutions qui présentent un intérêt particulier pour les pays des Amériques et le Bureau régional.

Le Comité exécutif est invité à examiner ces résolutions et à faire part de ses vues pour ce qui est de la pertinence des décisions prises lors de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la santé pour la Région des Amériques.

Introduction

1. La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la santé s'est déroulée à Genève (Suisse) du 17 au 22 mai 2004. Des délégations de 184 États membres, dont celles de 33 pays des Amériques, ont participé à l'Assemblée. Des représentants de 118 organisations internationales et ONG étaient également présents. Mme A. David-Antoine, Ministre de la Santé et de l'Environnement de la Grenade, a été élue Vice-présidente de l'Assemblée, tandis que le Docteur D. Slater, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, était nommé Vice-président de la Commission A ; et le Docteur C. Modeste-Curwen, Ministre des Travaux, de la Communication et du Transport de la Grenade, comptait parmi les représentants du Conseil exécutif à l'Assemblée. L'ancien Président des États-Unis d'Amérique, Jimmy Carter, était l'un des orateurs invités à prononcer un discours à l'Assemblée.

2. L'ordre du jour de cette Cinquante-Septième Assemblée (annexe C) couvrait 33 points, dont 17 qui avaient trait aux questions de politique de la santé tandis que les 16 autres portaient sur les ressources, la gestion et des questions institutionnelles. Comme à l'occasion des Assemblées précédentes, ces questions ont été examinées dans le cadre d'une série de réunions de commissions et de sessions plénières. L'Assemblée a approuvé 19 résolutions — soit 16 de moins que celles qui avaient été approuvées par la Cinquante-Sixième Assemblée en 2003. La version intégrale de ces résolutions, ainsi que d'autres documents liés à l'Assemblée peuvent être consultés sur le site suivant de la page Web de l'OMS : http://www.who.int/gb/ebwha/f/f_wha57.html.

3. Treize de ces résolutions (copies à l'annexe D) présentent un intérêt particulier à la fois pour les États Membres des Amériques et pour le Bureau régional. Neuf de ces résolutions portent sur des questions de politique de la santé et les quatre autres traitent des ressources, de la gestion et de questions institutionnelles.

4. Les tableaux suivants présentent une synthèse des implications de ces résolutions pour les États Membres de l'Organisation (annexe A) et le Secrétariat (annexe B). Les tableaux indiquent aussi le titre des résolutions sur les mêmes sujets adoptées par les instances dirigeantes de l'OPS au cours des cinq dernières années. L'une de ces résolutions — qui a trait au développement du traitement et des soins pour le VIH/SIDA — figure comme point à l'ordre du jour de la 134^e session du Comité exécutif de l'OPS, comme indiqué au annexe A.

Questions diverses

Membres du Conseil exécutif

5. L'Assemblée a élu 12 États Membres appelés à désigner une personne pour siéger au Conseil exécutif. Dans la Région des Amériques, la Bolivie, le Brésil et la Jamaïque ont été élus pour remplacer la Colombie, Cuba et la Grenada, dont les mandats étaient arrivés à expiration. Les personnes désignées par la Colombie, Cuba et la Grenada se sont jointes à celles du Canada, de l'Équateur et des États-Unis d'Amérique pour la 114^e session du Conseil exécutif, qui s'est tenue du 24 au 27 mai 2004. Au cours de cette réunion, le Dr. F. Huerta Montalvo, Président de la Fondation Eugenio Espejo en Équateur, a été élu Vice-président du Conseil.

Mesure à prendre par le Comité exécutif

6. Le Comité exécutif est invité à examiner ces résolutions et à faire part de ses vues pour ce qui est de leur pertinence pour la Région des Amériques.

Annexes

**Annexe A. Résolutions de la WHA57 présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS —
Questions relatives à la politique de la santé**

N°	Résolution	Implications pour les pays	Implications pour le Secrétariat	Résolutions précédentes de l'OPS
10	Sécurité routière et santé	Promouvoir la prévention des accidents de la circulation en tant que priorité dans le cadre de plans d'action et stratégiques nationaux recouvrant l'évaluation, la sensibilisation, la législation, l'éducation, ainsi que des services de prévention, d'urgence et de réhabilitation. Cela exige une démarche multisectorielle faisant intervenir les organismes d'État, le secteur privé et la société civile, avec la participation active des ministères de la santé. Utiliser le rapport mondial sur la prévention des accidents de la circulation pour faciliter cette démarche.	Appuyer la prévention des accidents de la circulation et s'efforcer d'en limiter les conséquences, au moyen de diverses activités en collaboration avec le système des Nations Unies et des ONG. Soumettre un rapport d'activité à la WHA60 en mai 2007.	
11	Famille et santé	Promouvoir des politiques qui apportent un soutien à tous les membres de la famille, en particulier aux enfants. Les politiques, plans et programmes sensibles à la spécificité des sexes doivent tenir compte des droits et besoins de chacun des membres de la famille. Les données sur la santé doivent être désagrégées en fonction du sexe, de l'âge et d'autres déterminants. Des alliances et des partenariats doivent être établis avec des partenaires publics et privés pour aider les familles à répondre à leurs besoins. Les mandats des conférences et sommets des Nations Unies relatifs à la famille doivent être remplis.	Favoriser une plus grande sensibilisation et appuyer des politiques et programmes nationaux sur les questions de santé familiale, y compris pour ce qui est de désagréger les données et de s'acquitter des mandats des Nations Unies. Les politiques et programmes de l'OMS doivent tenir compte de ces questions en coopération avec le système des Nations Unies. Soumettre un rapport à la WHA59 sur la mise en œuvre de cette résolution.	CD44.R12 Famille et santé
12	Stratégie de santé génésique	Promouvoir cette stratégie dans le cadre des efforts déployés au niveau national en vue de réaliser les ODM ainsi que d'autres objectifs et cibles du développement international. La santé génésique et sexuelle doit faire partie intégrante de la planification et de la budgétisation nationales, et les systèmes de santé doivent être consolidés en vue de garantir l'accès universel à ces systèmes. La mise en œuvre de la stratégie doit faire l'objet d'un suivi afin de s'assurer qu'elle bénéficie aux populations démunies et aux groupes marginalisés, dans le cadre du suivi et de la notification des progrès réalisés à l'échelle nationale en vue de réaliser les ODM.	Promouvoir et appuyer la mise en œuvre et l'évaluation de la stratégie, en aidant les pays à assurer un approvisionnement sûr en produits de base en termes de santé génésique. Mettre l'accent sur la santé maternelle et néonatale dans le rapport de 2005 sur les contributions de l'OMS aux ODM et fournir des rapports d'activité réguliers sur la stratégie à l'Assemblée mondiale de la santé.	CSP25.R13 Population et santé génésique

**Annexe A. Résolutions de la WHA57 présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS —
Questions relatives à la politique de la santé (suite)**

N°	Résolution	Implications pour les pays	Implications pour le Secrétariat	Résolutions précédentes de l'OPS
13	Génomique et santé dans le monde	Définir des politiques et stratégies nationales en matière de génomique et mettre en place des mécanismes pour évaluer différents aspects des techniques pertinentes. Renforcer la capacité nationale et accélérer l'application éthique des progrès de la génomique aux problèmes de santé des pays.	Appuyer les politiques et stratégies nationales et la capacité à accroître les bénéfices de la génomique pour la santé. Promouvoir la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et l'innovation dans la recherche génomique, avec les Nations Unies et d'autres partenaires. Faciliter les échanges entre les pays développés et en développement pour l'utilisation des techniques génomiques.	
14	Développer le traitement et les soins pour le VIH/SIDA Document CE134.13	Mettre en place ou renforcer une infrastructure et des systèmes pour être en mesure d'assurer efficacement des services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement du VIH/SIDA, au moyen de diverses politiques et pratiques spécifiées. Appliquer le principe du « Trois fois un » afin de mieux coordonner et d'harmoniser la riposte au VIH/SIDA. Adapter la législation nationale afin de tirer parti des marges de manœuvre qu'offre l'Accord de l'OMC sur les ADPIC et veiller à ce que les accords commerciaux bilatéraux tiennent compte de ces marges de manœuvre.	Renforcer le rôle de l'OMS, en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA. Apporter un appui aux pays afin de développer leur riposte au VIH/SIDA. Appuyer les pays en développement en vue d'améliorer leur accès, leur approvisionnement et leur acquisition de produits destinés à diagnostiquer, traiter et gérer le VIH/SIDA. Remettre à la WHA58 un rapport d'activité sur la mise en œuvre de cette résolution.	CSP26.R12 le SIDA dans les Amériques CD43.R16 le SIDA dans les Amériques CD42.R13 le SIDA dans les Amériques CD41.R9 le SIDA dans les Amériques
16	Promotion de la santé et modes de vie sains	Renforcer les capacités au niveau national et local pour la planification et la mise en œuvre de politiques et programmes de promotion de la santé à la fois complets et multisectoriels et tenant compte des sexospécificités et des contextes culturels, en mettant particulièrement l'accent sur les pauvres et les groupes marginalisés. Renforcer l'efficacité de la promotion de la santé. Promouvoir des modes de vie sains, et des programmes de réduction des méfaits de l'alcool et d'arrêt du tabagisme. Envisager les mécanismes de financement et de gestion pour la promotion de la santé.	Inscrire la promotion de la santé au tout premier rang des priorités au sein de l'OMS et préconiser une approche de la promotion de la santé fondée sur des données factuelles. Fournir un appui aux pays pour les activités liées aux programmes de promotion de la santé, aux modes de vie sains, à la gestion des facteurs de risque, et pour cesser de fumer. Présenter un rapport sur les progrès sur le plan de la promotion de modes de vie sains à l'EB115 et à la WHA58.	CD43.R11 Promotion de la santé dans les Amériques

**Annexe A. Résolutions de la WHA57 présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS —
Questions relatives à la politique de la santé (suite)**

N°	Résolution	Implications pour les pays	Implications pour le Secrétariat	Résolutions précédentes de l'OPS
17	Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé	Mettre en œuvre la stratégie en faisant intervenir tous les groupes concernés avec les buts, objectifs, calendrier et lignes directrices nécessaires. Promouvoir la responsabilité individuelle pour des modes de vie sains, l'alimentation et l'exercice physique. Préserver et promouvoir les aliments traditionnels et l'exercice physique. La stratégie doit respecter les engagements pris dans le cadre d'accords internationaux et multilatéraux, en évitant tout effet restreignant ou faussant les échanges commerciaux. Tenir compte des effets sur les populations vulnérables et des produits spécifiques.	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie, en collaboration avec les institutions des Nations Unies et bilatérales. Suivre et diffuser les connaissances sur l'alimentation et l'exercice physique. Coopérer avec la société civile et des parties prenantes publiques et privées dans la mise en œuvre de la stratégie en évitant des conflits d'intérêts potentiels. Présenter un rapport sur la mise en œuvre de la stratégie à la WHA59.	
18	Transplantation d'organes et de tissus humains Allogreffes Greffes xénogéniques	Exercer un contrôle efficace sur l'obtention, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Coopérer à l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble du monde dans ce domaine. Développer l'utilisation des dons de reins faits par des donneurs vivants lorsque cela est possible, en plus des dons provenant de donneurs décédés. Protéger les plus pauvres et les groupes vulnérables du « tourisme de la transplantation » et du trafic de tissus et d'organes humains. Autoriser les greffes xénogéniques uniquement lorsque des mécanismes nationaux de contrôle réglementaire et de surveillance efficaces sont en place. Coopérer à l'élaboration de recommandations et de principes directeurs en vue d'harmoniser les pratiques dans l'ensemble du monde pour éviter le risque de transmission potentielle des agents infectieux aux receveurs et à leurs contacts. Soutenir la collaboration et la coordination internationales en vue de la prévention et de la surveillance des infections résultant de greffes xénogéniques.	Continuer à mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains. Promouvoir la coopération internationale pour améliorer l'accès à ces procédures. Appuyer le développement de la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes et la prévention du trafic d'organes. Faciliter la collaboration internationale ayant trait aux greffes xénogéniques et réunir des données pour son évaluation. Informer les pays des manifestations infectieuses faisant suite à une greffe xénogénique. Appuyer le renforcement de la capacité nationale dans ce domaine. Présenter un rapport à l'Assemblée mondiale de la santé sur la mise en œuvre de cette résolution en temps opportun.	

**Annexe A. Résolutions de la WHA57 présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS —
Questions relatives à la politique de la santé (suite)**

N°	Résolution	Implications pour les pays	Implications pour le Secrétariat	Résolutions précédentes de l'OPS
19	Migration internationale du personnel de santé	Atténuer les effets néfastes de la migration du personnel de santé et en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé. Mettre au point et appliquer des politiques et stratégies permettant de mieux retenir le personnel de santé. Faire appel à des accords entre gouvernements pour gérer la migration du personnel de santé. Mettre en place des mécanismes pour atténuer l'effet négatif de la migration du personnel de santé, notamment le soutien apporté par les bénéficiaires au renforcement des systèmes de santé dans les pays d'origine.	Suivre et étudier cette question. Étudier d'autres pratiques équitables pour le recrutement international de personnels de santé. Aider les pays pour le développement de leur personnel de santé, avec d'autres secteurs de programme au sein de l'OMS. Promouvoir les « ressources humaines pour le développement sanitaire » au sein des Nations Unies et de l'OMS. Présenter un rapport sur la mise en œuvre de cette résolution à la WHA58.	

**Annexe B. Résolutions de la WHA57 présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS —
Questions relatives aux ressources et à la gestion**

N°	Résolution	Implications pour les pays	Implications pour le Secrétariat	Résolutions précédentes de l'OPS
7	Accord avec l'Office international des Épidémiologies		Procéder à des échanges d'informations, une coordination et une coopération entre les Secrétariats des deux organisations en matière de zoonose, de santé publique vétérinaire et de sécurité alimentaire.	
5	Membres redevables d'arriérés de contributions	Étant donné qu'ils sont redevables d'arriérés de contributions envers l'OMS, quatre États membres de l'OPS (Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, la République Dominicaine et le Suriname) n'ont pas pu exercer leurs droits de vote au cours de la WHA57.		
8	Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la santé : amendement à l'article 72	Les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé sur les questions importantes sont prises à la majorité des deux tiers des Membres présents et votants.	L'utilisation du genre masculin dans les Documents fondamentaux doit être considérée comme incluant le genre féminin, à moins que le contexte s'y oppose de manière évidente.	
15	Barème des contributions pour 2005	Les contributions pour 2005 pour les États membres de l'OMS dans la Région des Amériques varient entre 22 % (États-Unis) et 0,001 % (Belize, la Dominique, la Grenade, le Guyana, le Nicaragua, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et le Suriname).	Des ajustements ont été approuvés pour les contributions de 2005 de 20 États membres de l'OMS dans la Région des Amériques (Antigua-et-Barbuda, la Barbade, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la République Dominicaine, El Salvador, le Guatemala, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, Panama, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela), assurant que leurs contributions biennales demeurent telles qu'approuvées précédemment.	



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CINQUANTE-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Genève, Suisse
17-22 mai 2004

A57/1 Rev.1
17 mai 2004

Ordre du jour

SEANCES PLENIERES

1. **Ouverture de l'Assemblée¹**
Document A57/1
2. **Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions**
Document A57/2
3. **Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général**
Document A57/3
4. **Intervenants invités**
5. [Supprimé]
6. **Conseil exécutif : élection**
7. **Distinctions**
8. **Rapports des commissions principales**
9. **Clôture de l'Assemblée**

¹ 1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs

1.2 Election de la Commission des Désignations

1.3 Rapports de la Commission des Désignations

- Election du président

- Election des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau

1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales.

TABLES RONDES

10. Tables rondes : le VIH/SIDA

Document A57/DIV/9

COMMISSION A

11. Ouverture des travaux de la Commission¹

12. Questions techniques et sanitaires

12.1 VIH/SIDA

Documents WHA56/2003/REC/1, résolution WHA56.30, et A57/4

12.2 Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*) : surveillance et lutte

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R1, et A57/5

12.3 Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R6, et A57/6

12.4 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

Document A57/7

12.5 Eradication de la poliomyélite

Document A57/8

12.6 Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R7, et A57/9

12.7 Sécurité routière et santé

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R3, A57/10 et A57/10 Add.1

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

12.8 Promotion de la santé et modes de vie sains

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R2, et A57/11

12.9 La famille et la santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R12, et A57/12

12.10 Santé génésique

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R11, et A57/13

12.11 Les systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires

Documents WHA56/2003/REC/1, résolution WHA56.6, et A57/14

12.12 Qualité et innocuité des médicaments : systèmes de réglementation

Document A57/15

12.13 Génomique et santé mondiale : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R4, et A57/16

12.14 Transplantation d'organes et de tissus humains

Documents EB113/2004/REC/1, résolution EB113.R5, et A57/17

12.15 Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)

Documents A57/18 et A57/18 Add.1

- Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde (résolution WHA56.20)
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (résolution WHA56.29)
- Prévention intégrée des maladies non transmissibles (résolution WHA55.23)
- Qualité des soins : sécurité des patients (résolution WHA55.18)
- La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (résolution WHA33.32)
- Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (résolution WHA56.27)
- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (résolution WHA56.1)

12.16 Eradication de la dracunculose

Document A57/33

COMMISSION B

13. Ouverture des travaux de la Commission¹

14. Questions relatives à la vérification intérieure des comptes et à la surveillance

- Rapport du vérificateur intérieur des comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif

Document A57/19

15. Questions financières

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

Documents A57/20, A57/20 Add.1 et A57/21

15.2 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

Document A57/22

15.3 Barème des contributions pour 2005

Document A57/23

15.4 [Supprimé]

15.5 [Supprimé]

16. Questions relatives au programme et au budget

16.1 Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire

Document A57/24

16.2 Budget programme 2002-2003

Document A57/25

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

17. Questions relatives au personnel

17.1 Ressources humaines : rapport annuel

Document A57/26

17.2 [Supprimé]

17.3 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

Document A57/27

18. Questions juridiques

18.1 Accord avec l'Office international des Epizooties

Document A57/28

18.2 Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : amendement à l'article 72

Documents EB112/2003/REC/1, résolution EB112.R1, et A57/29

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

Documents A57/30, A57/INF.DOC./1 et A57/INF.DOC./2

20. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales

Document A57/31

21. Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales

Documents WHA56/2003/REC/1, décision WHA56(10), et A57/32

= = =

CINQUANTE-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

WHA57.5

Point 15.2 de l'ordre du jour

22 mai 2004

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

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

¹ Document A57/22.

DECIDE :

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

Accord avec l'Office international des Epizooties

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport concernant l'accord entre l'OMS et l'Office international des Epizooties ;¹

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

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

¹ Document A57/28.

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

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

Ayant examiné la résolution EB112.R1 ;

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

Article 72

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

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

Sécurité routière et santé

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Document A57/10.

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

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

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

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

4. RECOMMANDE aux Etats Membres :

1) d'intégrer la prévention des accidents de la circulation dans les programmes de santé publique ;

2) d'évaluer la situation nationale concernant la charge que font peser les accidents de la circulation et de veiller à ce que les ressources disponibles soient en rapport avec l'ampleur du problème ;

3) d'établir et d'appliquer, s'ils ne l'ont pas encore fait, une stratégie nationale de prévention des accidents de la circulation et des plans d'action appropriés ;

4) d'élaborer une politique gouvernementale de sécurité routière, et notamment de désigner un organisme unique ou un point focal chargé de la sécurité routière ou de recourir à un autre mécanisme efficace, selon le contexte national ;

5) de faciliter la collaboration plurisectorielle entre les différents ministères et secteurs, y compris avec les entreprises de transport privées, les communautés et la société civile ;

6) de renforcer les services d'urgence et de réadaptation ;

7) de sensibiliser davantage l'opinion aux facteurs de risque, notamment aux effets d'une consommation excessive d'alcool, des médicaments psychoactifs et de l'utilisation d'un téléphone portable au volant ;

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

- 8) de prendre des mesures spécifiques pour éviter et combattre la mortalité et la morbidité dues aux accidents de la circulation et d'en évaluer les effets ;
 - 9) d'appliquer les lois et règlements existants de la circulation routière et de collaborer avec les écoles, les employeurs et d'autres organisations pour promouvoir l'éducation des conducteurs et des piétons en matière de sécurité routière ;
 - 10) d'utiliser le prochain rapport mondial sur la prévention des accidents de la circulation pour planifier et appliquer des stratégies appropriées de prévention dans ce domaine ;
 - 11) de veiller à ce que les ministères de la santé soient associés à l'élaboration de la politique de prévention des accidents de la circulation ;
 - 12) en particulier aux pays en développement, de légiférer et d'appliquer strictement l'obligation pour les motocyclistes et leurs passagers de porter un casque, et de rendre obligatoires l'installation de ceintures de sécurité par les constructeurs automobiles et le port de la ceinture de sécurité par les conducteurs ;
 - 13) de rechercher les moyens d'accroître le financement de la sécurité routière, y compris en créant un fonds ;
5. PRIE le Directeur général :
- 1) de collaborer avec les Etats Membres à la mise sur pied de politiques de santé publique fondées sur des données scientifiques et de programmes d'application de mesures visant à prévenir les accidents de la circulation et à en atténuer les conséquences ;
 - 2) d'encourager la recherche à l'appui d'approches fondées sur des données factuelles afin de prévenir les accidents de la circulation et d'en atténuer les conséquences ;
 - 3) de faciliter l'adaptation de mesures concrètes de prévention des accidents de la circulation qui puissent être appliquées au niveau local ;
 - 4) de fournir un appui technique au renforcement des systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie aux victimes des accidents de la circulation ;
 - 5) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales pour développer les capacités de prévention des accidents ;
 - 6) de maintenir et de renforcer les efforts de sensibilisation à l'ampleur du problème et à la prévention ;
 - 7) d'organiser régulièrement des réunions d'experts pour échanger des informations et renforcer les capacités ;

8) de faire rapport sur les progrès accomplis aux plans de la promotion de la sécurité routière et de la prévention des accidents de la circulation dans les Etats Membres à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

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

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

Rappelant que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé stipule que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ;

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

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

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

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

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

¹ Document A57/12.

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

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

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

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à évaluer les politiques publiques dans l'optique d'aider les familles à offrir un milieu propice à tous leurs membres ;
- 2) à veiller à ce que des infrastructures juridiques, sociales et matérielles appropriées aident les parents, les familles, les tuteurs et les autres personnes qui s'occupent des enfants, en particulier les personnes âgées, afin de renforcer leur aptitude à soigner, élever et protéger les enfants en tenant compte dans chaque cas de l'intérêt supérieur de l'enfant et en accordant à son avis une importance en rapport avec son âge et son degré de maturité ;
- 3) à prendre des mesures pour que des politiques, plans et programmes de santé sexospécifiques prennent en compte les droits et l'ensemble des besoins de chaque membre de la famille en matière de santé et de développement, une attention particulière étant accordée aux familles qui risquent de ne pas être en mesure de répondre aux besoins essentiels de leurs membres, comme les familles où surviennent des cas de maltraitance des enfants, de violence en général, de violence domestique ou de défaut de soins, notamment aux membres handicapés et aux personnes âgées ;
- 4) à mettre en place, à utiliser et à maintenir des systèmes qui fournissent des données, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres déterminants de la santé, pour améliorer la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions sanitaires reposant sur des bases factuelles adaptées à tous les membres de la famille ;
- 5) à mettre sur pied ou à renforcer les alliances et les partenariats avec tous les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux compétents, afin d'aider les familles à répondre aux besoins en matière de santé et de développement de tous leurs membres ;
- 6) à renforcer les mesures nationales visant à affecter des ressources suffisantes pour permettre de tenir les engagements internationaux pris compte tenu des buts et des résultats des conférences et sommets des Nations Unies concernant la santé des membres de la famille ;
- 7) à s'acquitter de leurs obligations au titre des instruments internationaux applicables à la famille et au développement sanitaire, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi que le stipule la résolution WHA46.27 sur l'Année internationale de la famille ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de mieux faire prendre conscience des questions de santé concernant la famille, les membres de la famille, les individus et la communauté et de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent intensifier leurs efforts afin de renforcer les politiques de santé axées sur ces questions ;
- 2) de soutenir les Etats Membres, à leur demande, pour qu'ils puissent mettre en place, utiliser et maintenir des systèmes qui fournissent des données, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres déterminants de la santé, afin d'améliorer la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation d'interventions sanitaires reposant sur des bases factuelles adaptées à tous les membres de la famille ;
- 3) d'aider les Etats Membres dans les efforts qu'ils déploient pour établir des programmes sur le rôle parental ou renforcer ceux qui existent en organisant des recherches appropriées et des tribunes internationales pour confronter les expériences nationales ;
- 4) d'appuyer les Etats Membres dans leurs efforts pour tenir les engagements qu'ils ont pris compte tenu des buts et des résultats des conférences et sommets des Nations Unies concernant la santé des membres de la famille, en collaboration avec les partenaires compétents ;
- 5) d'accorder l'attention voulue aux questions relatives aux soins et au soutien liées à la santé des membres de la famille, y compris les hommes et les personnes âgées, dans les politiques et programmes pertinents de l'Organisation, et de veiller à ce que les initiatives axées sur la famille et la santé tiennent compte du rôle des écoles dans l'éducation des enfants, en particulier des fillettes ;
- 6) de collaborer étroitement avec le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations compétentes du système des Nations Unies, telles que l'UNICEF et le FNUAP, pour les questions concernant les membres de la famille, en échangeant constatations et données d'expérience ;
- 7) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

¹ Document A57/13, annexe.

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

³ Document A/56/326.

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

Génomique et santé dans le monde

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

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

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

1. PREND NOTE des recommandations contenues dans le rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé intitulé *Génomique et santé dans le monde* ;²
2. ADOPTE, pour la présente résolution et pour toutes les activités ultérieures de l'OMS, la définition suivante de la génomique : étude des gènes et de leurs fonctions et techniques connexes ;

¹ Document A57/16.

² Organisation mondiale de la Santé. *Génomique et santé dans le monde : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé*. Genève (à paraître).

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à envisager l'adoption desdites recommandations et à mobiliser tous les milieux scientifiques, sociaux, politiques et économiques concernés pour :

1) définir des politiques et stratégies nationales en matière de génomique et mettre en place des mécanismes pour évaluer les techniques pertinentes, le rapport coût/efficacité, les structures d'examen éthique, les répercussions juridiques, sociales et économiques, les systèmes de réglementation, notamment en ce qui concerne la sécurité, et la nécessité d'une action de sensibilisation dans la population ;

2) renforcer les centres et établissements qui font de la recherche en génomique, ou en créer de nouveaux, pour développer les capacités nationales et accélérer l'application éthique des progrès de la génomique aux problèmes de santé des pays ;

4. DEMANDE aux Etats Membres de veiller à ce que la collaboration se resserre entre le secteur privé, la communauté scientifique, la société civile et d'autres partenaires concernés, en particulier au sein du système des Nations Unies, et à ce que le dialogue s'engage pour trouver des moyens ingénieux et équitables de mobiliser davantage de ressources pour des travaux de recherche en génomique visant à répondre aux besoins de santé des pays en développement et à renforcer les capacités dans des domaines tels que la bioéthique et la bio-informatique ;

5. PRIE le Directeur général :

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

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

3) de faciliter les échanges entre pays développés et en développement pour ce qui concerne l'utilisation et l'application des techniques de la génomique afin que puissent être abordés des problèmes locaux et régionaux particuliers, par exemple par des activités de formation et de soutien technique.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

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

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le VIH/SIDA ;¹

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

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

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

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

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

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

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

¹ Document A57/4.

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

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

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

Accueillant avec satisfaction l'accord intervenu le 25 avril 2004 entre les partenaires du développement en vue de mieux coordonner et d'harmoniser la riposte au VIH/SIDA dans les pays grâce au principe « Trois fois un », à savoir un seul cadre d'action convenu d'un commun accord contre le VIH/SIDA jetant la base d'une coordination de l'action de tous les partenaires, une seule autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA dotée d'un large mandat multisectoriel et un seul système convenu d'un commun accord pour le pays en matière de suivi et d'évaluation ;

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

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

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

Reconnaissant le rôle spécial de l'OMS à l'intérieur du système des Nations Unies pour combattre et atténuer les effets du VIH/SIDA, la responsabilité qui lui incombe dans les suites à donner à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA et, en tant qu'organisme coparrainant de

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

l'ONUSIDA, dans l'orientation des efforts du système des Nations Unies en matière de traitement de l'infection à VIH/SIDA et des soins aux patients ainsi que dans une action énergique de prévention ;

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

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

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

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres, à titre prioritaire :

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

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

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

a) une dotation suffisante du secteur de la santé en ressources humaines ayant reçu la formation nécessaire et possédant l'ensemble des compétences requises pour mettre en oeuvre une riposte amplifiée ;

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

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

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

e) une bonne qualité et la pertinence scientifique et médicale des produits pharmaceutiques ou des technologies médicales pour le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA, quels que soient leurs sources et leurs pays d'origine, notamment en utilisant

de façon optimale la liste OMS des médicaments présélectionnés qui satisfont aux normes internationales de qualité ;

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

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

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

i) la promotion de l'allaitement au sein à la lumière du cadre de l'ONU pour une action prioritaire sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et des nouveaux principes directeurs de l'OMS et de l'UNICEF à l'intention des décideurs et des gestionnaires des soins de santé ;

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

5) à appliquer le principe « Trois fois un » afin de mieux coordonner et d'harmoniser les activités dans le cadre de la riposte des systèmes de santé au VIH/SIDA ;

6) à veiller à ce que les accords commerciaux bilatéraux tiennent compte des marges de manoeuvre ménagées par l'Accord de l'OMC sur les ADPIC et reconnues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;

3. PRIE le Directeur général :

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

2) de prendre des mesures dans l'optique du principe « Trois fois un » pour :

a) apporter un appui aux pays afin de développer le plus possible les possibilités de prestation de toutes les interventions qui intéressent la prévention, les soins, l'accompagnement et le traitement pour le VIH/SIDA et les maladies associées, y compris la tuberculose ;

b) appuyer, mobiliser et faciliter les efforts des pays en développement pour développer le traitement antirétroviral à l'intention des groupes les plus vulnérables, d'une manière qui tienne compte de la pauvreté et de l'égalité entre hommes et femmes, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé nationaux, tout en maintenant un équilibre approprié au niveau des investissements entre prévention, soins et traitement ;

- c) donner des orientations sur les moyens d'accélérer la prévention dans le cadre du développement du traitement, conformément à la stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA ;
- 3) de prendre des mesures pour donner aux pays en développement plus facilement accès à des produits pharmaceutiques et diagnostiques pour diagnostiquer, soigner et prendre en charge le VIH/SIDA, notamment en renforçant et en élargissant le projet OMS de préqualification ;
- 4) de veiller à ce que le processus d'examen de préqualification et les résultats des rapports d'inspection et d'évaluation des produits figurant sur la liste, à part l'information faisant l'objet d'un droit de propriété et l'information confidentielle, soient accessibles au grand public ;
- 5) d'aider les pays en développement à améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des achats de médicaments contre le SIDA et de produits diagnostiques de bonne qualité ;
- 6) d'aider les pays à intégrer le développement de la riposte au VIH/SIDA dans un effort de grande envergure en vue du renforcement des systèmes de santé nationaux, eu égard en particulier au développement des ressources humaines et aux infrastructures de santé, au financement des systèmes de santé et à l'information sanitaire ;
- 7) de soumettre, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport de situation sur la mise en oeuvre de la présente résolution à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

Barème des contributions pour 2005

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹

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

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005 %
Afghanistan	0,00200
Afrique du Sud	0,29200
Albanie	0,00500
Algérie	0,07600
Allemagne	8,66230
Andorre	0,00500
Angola	0,00100
Antigua-et-Barbuda	0,00300
Arabie saoudite	0,71300
Argentine	0,95600
Arménie	0,00200
Australie	1,59200
Autriche	0,85900
Azerbaïdjan	0,00500
Bahamas	0,01300
Bahreïn	0,03000
Bangladesh	0,01000
Barbade	0,01000
Bélarus	0,01800
Belgique	1,06900
Belize	0,00100
Bénin	0,00200
Bhoutan	0,00100
Bolivie	0,00900

¹ Document A57/23.

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005
	%
Bosnie-Herzégovine	0,00300
Botswana	0,01200
Brésil	1,52300
Brunéi Darussalam	0,03400
Bulgarie	0,01700
Burkina Faso	0,00200
Burundi	0,00100
Cambodge	0,00200
Cameroun	0,00800
Canada	2,81300
Cap-Vert	0,00100
Chili	0,22300
Chine	2,05300
Chypre	0,03900
Colombie	0,15500
Comores	0,00100
Congo	0,00100
Costa Rica	0,03000
Côte d'Ivoire	0,01000
Croatie	0,03700
Cuba	0,04300
Danemark	0,71800
Djibouti	0,00100
Dominique	0,00100
Egypte	0,12000
El Salvador	0,02200
Emirates arabes unis	0,23500
Equateur	0,01900
Erythrée	0,00100
Espagne	2,52000
Estonie	0,01200
Etats-Unis d'Amérique	22,00000
Ethiopie	0,00400
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,00600
Fédération de Russie	1,10000
Fidji	0,00400
Finlande	0,53300
France	6,03010
Gabon	0,00900
Gambie	0,00100
Géorgie	0,00300
Ghana	0,00400
Grèce	0,53000
Grenade	0,00100
Guatemala	0,03000
Guinée	0,00300
Guinée-Bissau	0,00100
Guinée équatoriale	0,00200
Guyana	0,00100
Haïti	0,00300
Honduras	0,00500
Hongrie	0,12600

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005
	%
Iles Cook	0,00100
Iles Marshall	0,00100
Iles Salomon	0,00100
Inde	0,42100
Indonésie	0,14200
Iran (République islamique d')	0,15700
Iraq	0,01600
Irlande	0,35000
Islande	0,03400
Israël	0,46700
Italie	4,88510
Jamahiriya arabe libyenne	0,13200
Jamaïque	0,00800
Japon	19,46830
Jordanie	0,01100
Kazakhstan	0,02500
Kenya	0,00900
Kirghizistan	0,00100
Kiribati	0,00100
Koweït	0,16200
Lesotho	0,00100
Lettonie	0,01500
Liban	0,02400
Libéria	0,00100
Lituanie	0,02400
Luxembourg	0,07700
Madagascar	0,00300
Malaisie	0,20300
Malawi	0,00100
Maldives	0,00100
Mali	0,00200
Malte	0,01400
Maroc	0,04700
Maurice	0,01100
Mauritanie	0,00100
Mexique	1,88300
Micronésie (Etats fédérés de)	0,00100
Monaco	0,00300
Mongolie	0,00100
Mozambique	0,00100
Myanmar	0,01000
Namibie	0,00600
Nauru	0,00100
Népal	0,00400
Nicaragua	0,00100
Niger	0,00100
Nigéria	0,04200
Nioué	0,00100
Norvège	0,67900
Nouvelle-Zélande	0,22100
Oman	0,07000
Ouganda	0,00600

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005
	%
Ouzbékistan	0,01400
Pakistan	0,05500
Palaos	0,00100
Panama	0,01900
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,00300
Paraguay	0,01200
Pays-Bas	1,69000
Pérou	0,09200
Philippines	0,09500
Pologne	0,46100
Porto Rico	0,00100
Portugal	0,47000
Qatar	0,06400
République arabe syrienne	0,03800
République centrafricaine	0,00100
République de Corée	1,79600
République démocratique du Congo	0,00300
République démocratique populaire lao	0,00100
République de Moldova	0,00100
République dominicaine	0,03500
République populaire démocratique de Corée	0,01000
République tchèque	0,18300
République-Unie de Tanzanie	0,00600
Roumanie	0,06000
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,12720
Rwanda	0,00100
Sainte-Lucie	0,00200
Saint-Kitts-et-Nevis	0,00100
Saint-Marin	0,00300
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,00100
Samoa	0,00100
Sao Tomé-et-Principe	0,00100
Sénégal	0,00500
Serbie-et-Monténégro	0,01900
Seychelles	0,00200
Sierra Leone	0,00100
Singapour	0,38800
Slovaquie	0,05100
Slovénie	0,08200
Somalie	0,00100
Soudan	0,00800
Sri Lanka	0,01700
Suède	0,99800
Suisse	1,19700
Suriname	0,00100
Swaziland	0,00200
Tadjikistan	0,00100
Tchad	0,00100
Thaïlande	0,20900
Timor-Leste	0,00100
Togo	0,00100

Membres et Membres associés	Barème révisé de l'OMS pour 2005
	%
Tokélaou	0,00100
Tonga	0,00100
Trinité-et-Tobago	0,02200
Tunisie	0,03200
Turkménistan	0,00500
Turquie	0,37200
Tuvalu	0,00100
Ukraine	0,03900
Uruguay	0,04800
Vanuatu	0,00100
Venezuela	0,17100
Viet Nam	0,02100
Yémen	0,00600
Zambie	0,00200
Zimbabwe	0,00700
Total	100,00000

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

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème)
	US \$
Afghanistan	-
Afrique du Sud	-
Albanie	3 435
Algérie	-
Allemagne	-
Andorre	1 715
Angola	-
Antigua-et-Barbuda	1 715
Arabie saoudite	274 710
Argentine	-
Arménie	-
Australie	228 355
Autriche	-
Azerbaïdjan	-
Bahamas	-
Bahreïn	22 320
Bangladesh	-
Barbade	3 435
Bélarus	-
Belgique	-

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème)
	US \$
Belize	-
Bénin	-
Bhoutan	-
Bolivie	3 435
Bosnie-Herzégovine	-
Botswana	3 435
Brésil	130 490
Brunéi Darussalam	24 035
Bulgarie	10 300
Burkina Faso	-
Burundi	-
Cambodge	1 715
Cameroun	-
Canada	214 620
Cap-Vert	-
Chili	152 810
Chine	1 844 005
Chypre	10 300
Colombie	82 415
Comores	-
Congo	-
Costa Rica	24 035
Côte d'Ivoire	1 715
Croatie	13 735
Cuba	32 620
Danemark	63 525
Djibouti	-
Dominique	-
Egypte	96 150
El Salvador	17 170
Emirates arabes unis	103 015
Equateur	-
Erythrée	-
Espagne	-
Estonie	-
Etats-Unis d'Amérique	-
Ethiopie	-
Ex-République yougoslave de Macédoine	3 435
Fédération de Russie	68 680
Fidji	-
Finlande	-
France	-
Gabon	-
Gambie	-
Géorgie	-
Ghana	-
Grèce	317 635
Grenade	-
Guatemala	20 605
Guinée	-
Guinée-Bissau	-

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Guinée équatoriale	1 715
Guyana	-
Haïti	1 715
Honduras	3 435
Hongrie	13 735
Iles Cook	-
Iles Marshall	-
Iles Salomon	-
Inde	218 055
Indonésie	-
Iran (République islamique d')	-
Iraq	-
Irlande	223 205
Islande	5 150
Israël	211 185
Italie	-
Jamahiriya arabe libyenne	17 170
Jamaïque	3 435
Japon	-
Jordanie	8 585
Kazakhstan	-
Kenya	3 435
Kirghizistan	-
Kiribati	-
Koweït	61 810
Lesotho	-
Lettonie	-
Liban	13 735
Libéria	-
Lituanie	15 455
Luxembourg	17 170
Madagascar	-
Malaisie	39 490
Malawi	-
Maldives	-
Mali	-
Malte	-
Maroc	12 020
Maurice	3 435
Mauritanie	-
Mexique	1 552 125
Micronésie (Etats fédérés de)	-
Monaco	-
Mongolie	-
Mozambique	-
Myanmar	3 435
Namibie	-
Nauru	-
Népal	-
Nicaragua	-
Niger	-

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème)
	US \$
Nigéria	18 885
Nioué	-
Norvège	135 640
Nouvelle-Zélande	6 870
Oman	34 340
Ouganda	3 435
Ouzbékistan	-
Pakistan	-
Palaos	-
Panama	10 300
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-
Paraguay	-
Pays-Bas	144 225
Pérou	-
Philippines	25 755
Pologne	460 145
Porto Rico	-
Portugal	78 980
Qatar	54 940
République arabe syrienne	-
République centrafricaine	-
République de Corée	1 383 860
République démocratique du Congo	-
République démocratique populaire lao	-
République de Moldova	-
République dominicaine	34 340
République populaire démocratique de Corée	-
République tchèque	66 960
République-Unie de Tanzanie	5 150
Roumanie	8 585
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	1 916 460
Rwanda	-
Sainte-Lucie	1 715
Saint-Kitts-et-Nevis	-
Saint-Marin	1 715
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-
Samoa	-
Sao Tomé-et-Principe	-
Sénégal	-
Serbie-et-Monténégro	-
Seychelles	-
Sierra Leone	-
Singapour	363 995
Slovaquie	29 190
Slovénie	37 775
Somalie	-
Soudan	1 715
Sri Lanka	8 585
Suède	-
Suisse	1 715

Membres et Membres associés	Membres ayant droit à une compensation en 2005 (nouveau barème) US \$
Suriname	-
Swaziland	-
Tadjikistan	-
Tchad	-
Thaïlande	72 110
Timor-Leste	1 715
Togo	-
Tokélaou	-
Tonga	-
Trinité-et-Tobago	10 300
Tunisie	8 585
Turkménistan	-
Turquie	-
Tuvalu	-
Ukraine	-
Uruguay	1 715
Vanuatu	-
Venezuela	24 035
Viet Nam	24 035
Yémen	-
Zambie	-
Zimbabwe	-
Total	11 182 830

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

Promotion de la santé et modes de vie sains

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

¹ Document A57/11.

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

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

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

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à renforcer les capacités existantes aux niveaux national et local pour la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes de promotion de la santé à la fois complets et multisectoriels et tenant compte des sexospécificités et des contextes culturels, en mettant particulièrement l'accent sur les pauvres et les groupes marginalisés ;
- 2) à mettre en place des mécanismes appropriés pour suivre et analyser les expériences nationales et recueillir les données pertinentes afin de renforcer la base de données factuelles destinée à assurer l'efficacité des interventions de promotion de la santé qui font partie intégrante des systèmes de santé en vue d'obtenir de réels changements dans la société et les modes de vie ;
- 3) à donner une haute priorité à la promotion de modes de vie sains chez les enfants et les jeunes – garçons et filles, à l'école ou dans d'autres établissements d'enseignement et au-dehors – y compris en leur proposant des activités récréatives saines et sans risque et en créant des environnements favorables à l'adoption de tels modes de vie ;
- 4) à inclure l'usage nocif de l'alcool dans la liste des facteurs de risque liés aux modes de vie, comme cela est préconisé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, et à prêter attention à la prévention des méfaits de l'alcool et à la promotion de stratégies visant à réduire les conséquences physiques, mentales et sociales préjudiciables d'un usage nocif de l'alcool, notamment chez les jeunes et les femmes enceintes, ainsi que sur le lieu de travail et au volant ;
- 5) à mettre sur pied des programmes de sevrage tabagique ;
- 6) à étudier activement, lorsque cela est nécessaire et approprié, l'établissement de mécanismes de financement novateurs, adéquats et durables dotés d'une base institutionnelle solide pour la gestion de la promotion de la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

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

leur capacité à mettre en oeuvre, surveiller, évaluer et diffuser des programmes efficaces de promotion de la santé à tous les niveaux ;

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

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

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

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

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

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. APPROUVE la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé jointe en annexe à la présente résolution ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à définir, appliquer et évaluer les mesures recommandées dans la stratégie, compte tenu de leur situation nationale et dans le cadre de leurs politiques et programmes généraux, pour promouvoir la santé des personnes et des communautés par une alimentation saine et de l'exercice physique, et pour réduire les risques de maladies non transmissibles et l'incidence de ces maladies ;

- 2) à promouvoir des modes de vie incluant une alimentation saine et de l'exercice physique et favorisant l'équilibre énergétique ;
 - 3) à renforcer les structures existantes, ou à en créer de nouvelles, pour mettre en oeuvre la stratégie dans le secteur de la santé et les autres secteurs intéressés, pour en suivre et en évaluer l'efficacité et pour orienter les investissements et la gestion de ressources en vue de réduire la prévalence des maladies non transmissibles et les risques liés à une mauvaise alimentation et à la sédentarité ;
 - 4) à définir à cette fin, compte tenu de leur situation nationale :
 - a) des buts et objectifs nationaux,
 - b) un calendrier réaliste pour les atteindre,
 - c) des lignes directrices nationales sur l'alimentation et l'exercice physique,
 - d) des indicateurs mesurables de méthodes et de résultats permettant de suivre et d'évaluer avec précision les mesures prises et de répondre rapidement aux besoins recensés ;
 - e) des mesures pour préserver et promouvoir les aliments et l'activité physique traditionnels ;
 - 5) à encourager la mobilisation de tous les groupements sociaux et économiques concernés, y compris les associations scientifiques, professionnelles, non gouvernementales, bénévoles, du secteur privé, de la société civile et de l'industrie, et à les engager activement et de manière appropriée à mettre en oeuvre la stratégie et en atteindre les buts et objectifs ;
 - 6) à encourager et favoriser un environnement propice à l'exercice de la responsabilité individuelle en matière de santé par l'adoption d'un mode de vie incluant une alimentation saine et de l'exercice physique ;
 - 7) à veiller à ce que les politiques publiques adoptées aux fins de la mise en oeuvre de cette stratégie soient conformes aux engagements qu'ils ont pris à titre individuel dans le cadre d'accords internationaux et multilatéraux, y compris les accords commerciaux et autres, afin d'éviter tout effet restreignant ou faussant les échanges commerciaux ;
 - 8) à tenir compte, lors de la mise en oeuvre de la stratégie, des risques d'effets non intentionnels sur les populations vulnérables et des produits spécifiques ;
3. ENGAGE les autres organisations et organismes internationaux à accorder un rang de priorité élevé, dans le cadre de leurs mandats et programmes respectifs, à la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique en vue d'améliorer l'état de santé, et invite les parties intéressées des secteurs public et privé, y compris la communauté des donateurs, à s'associer et à apporter leur soutien aux gouvernements ;
4. PRIE la Commission du Codex Alimentarius de continuer, dans le cadre de son mandat opérationnel, à accorder toute l'attention voulue aux mesures reposant sur des données avérées qui

pourraient être prises pour améliorer les normes sanitaires des aliments conformément aux buts et objectifs de la stratégie ;

5. PRIE le Directeur général :

- 1) de poursuivre et intensifier, en coopération avec les Etats Membres, les travaux consacrés à la sous-alimentation et aux carences en micronutriments, et à continuer à faire rapport aux Etats Membres sur les progrès accomplis dans le domaine de la nutrition (résolutions WHA46.7, WHA52.24, WHA54.2, WHA55.25) ;
- 2) de fournir des avis techniques et de mobiliser un soutien, aux niveaux mondial et régional, pour les Etats Membres, à leur demande, en vue de la mise en oeuvre de la stratégie et du suivi et de l'évaluation de son application ;
- 3) de suivre en permanence les progrès scientifiques internationaux et la recherche concernant l'alimentation, l'exercice physique et la santé, y compris les avantages nutritionnels supposés des produits agricoles qui constituent une part importante de l'alimentation dans chaque pays, pour que les Etats Membres puissent adapter leurs programmes aux connaissances les plus actuelles ;
- 4) de continuer à mettre au point et à diffuser des informations, des principes directeurs, des études, des évaluations et des matériels de sensibilisation et de formation techniques afin que les Etats Membres soient plus conscients des avantages économiques et du rôle d'une alimentation saine et de l'exercice physique dans leur lutte contre l'augmentation de la charge mondiale des maladies non transmissibles ;
- 5) de renforcer la coopération internationale avec d'autres organisations du système des Nations Unies et institutions bilatérales afin de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique tout au long de l'existence ;
- 6) de coopérer avec les parties intéressées de la société civile et des secteurs public et privé qui s'emploient à réduire les risques de maladies non transmissibles à la mise en oeuvre de la stratégie et à la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique, en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;
- 7) de travailler avec d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et organisations intergouvernementales à l'évaluation et au suivi des aspects sanitaires, des incidences socio-économiques et des aspects sexospécifiques de cette stratégie et de son application, et d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé des progrès de cette activité ;
- 8) de présenter un rapport sur la mise en oeuvre de la stratégie mondiale à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

ANNEXE

**STRATEGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION,
L'EXERCICE PHYSIQUE ET LA SANTE****(approuvée par la résolution WHA57.17)**

1. Conscients de la charge importante et croissante que représentent les maladies non transmissibles, les Etats Membres ont prié le Directeur général d'élaborer une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé selon un processus de consultation générale.¹ Pour définir le contenu du projet de stratégie mondiale, six consultations régionales ont été organisées avec les Etats Membres, des organisations du système des Nations Unies et d'autres organismes intergouvernementaux, ainsi que des représentants de la société civile et du secteur privé ; un groupe de référence composé d'experts internationaux indépendants provenant des six Régions de l'OMS et spécialistes des questions d'alimentation et d'exercice physique a par ailleurs donné son avis.
2. La stratégie porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. Elle complète l'action menée depuis longtemps par l'OMS et au niveau des pays dans d'autres domaines en rapport avec l'alimentation, notamment la dénutrition, les carences en micronutriments ou encore l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

L'ENJEU

3. L'évolution radicale dans la répartition des principales causes de mortalité et de morbidité qui s'est déjà produite dans les pays développés est en train de s'accomplir dans beaucoup de pays en développement. A l'échelle mondiale, la charge des maladies non transmissibles a augmenté rapidement. En 2001, elles représentent pratiquement 60 % des 56 millions de décès annuels et 47 % de la charge de morbidité mondiale. Compte tenu de ces chiffres et de la croissance anticipée de la charge de morbidité, la prévention des maladies non transmissibles représente un important enjeu de santé publique au niveau mondial.
4. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*² montre de manière détaillée que, dans la plupart des pays, un petit nombre de facteurs de risque majeurs sont responsables de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité, les plus grands risques de maladies non transmissibles étant l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et légumes, la surcharge pondérale et l'obésité, la sédentarité et le tabagisme. Cinq de ces facteurs de risque sont étroitement liés à l'alimentation et à l'exercice physique.
5. Une mauvaise alimentation et la sédentarité comptent donc parmi les principales causes de maladies non transmissibles majeures, y compris les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et certains types de cancer, et contribuent pour une large part à la charge mondiale de morbidité, de

¹ Résolution WHA55.23.

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

mortalité et d'incapacité. D'autres maladies liées à l'alimentation et à la sédentarité, comme la carie dentaire et l'ostéoporose, sont également des causes de morbidité très répandues.

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

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

8. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque concernent essentiellement au départ les groupes aisés. Des données récentes montrent cependant qu'avec le temps, les comportements qui nuisent à la santé et les maladies non transmissibles qui leur sont associées se concentrent dans les communautés pauvres et creusent les inégalités socio-économiques.

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

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

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

12. La plupart des personnes âgées vivent dans des pays en développement et le vieillissement des populations a un profond impact sur les tableaux de morbidité et de mortalité. De nombreux pays en

développement seront donc confrontés à une charge accrue de maladies non transmissibles alors même que la charge des maladies infectieuses persistera. Outre la dimension humaine, le maintien d'une bonne santé et de la capacité fonctionnelle d'une population vieillissante sera un facteur crucial pour réduire la demande de services de santé et leur coût.

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

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

15. Les maladies non transmissibles font peser une lourde charge économique sur des systèmes de santé déjà très sollicités et coûtent très cher à la société. La santé est un déterminant essentiel du développement et un précurseur de la croissance économique. La Commission OMS Macroéconomie et Santé a montré l'effet perturbateur de la maladie sur le développement et l'importance des investissements dans la santé pour le développement économique.¹ Les programmes visant à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique pour prévenir la maladie sont donc des instruments essentiels des politiques adoptées en vue d'atteindre les objectifs de développement.

LA CHANCE A SAISIR

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

BUT ET OBJECTIFS

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

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

18. La stratégie mondiale a quatre objectifs principaux :

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

BASES FACTUELLES DE L'ACTION

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

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

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

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

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

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

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

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

PRINCIPES D'ACTION

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Voir la résolution WHA51.12 (1998).

RESPONSABILITES DES ACTEURS

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

OMS

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

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

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

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

- **conseiller et aider les Etats Membres en utilisant des méthodes de surveillance et des outils d'évaluation rapide normalisés** (tels que l'approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles mise au point par l'OMS) afin de mesurer les changements dans la répartition des risques – y compris en matière d'alimentation, de nutrition et d'exercice physique – et d'évaluer la situation, les tendances et l'impact des interventions. En collaboration avec la FAO, l'OMS aidera les Etats Membres à établir des systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle, liés à des données sur la composition des produits alimentaires ;
- **conseiller les Etats Membres sur les moyens d'associer les industries concernées à leur action de manière constructive.**

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

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

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

Etats Membres

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

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

43. **Les gouvernements sont encouragés à s'appuyer sur les structures et sur les processus déjà en place dans les domaines de l'alimentation, de la nutrition et de l'exercice physique.** Dans de nombreux pays, les stratégies et plans d'action nationaux existants peuvent être utilisés pour mettre en oeuvre la stratégie ; dans d'autres ils serviront à faire progresser la lutte contre les maladies non

transmissibles. Il est recommandé aux gouvernements d'instaurer un mécanisme national de coordination des questions d'alimentation et d'exercice physique dans le cadre d'un plan global de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. Les autorités locales devront être étroitement associées à cet effort. Il convient également de créer des comités consultatifs multisectoriels et multidisciplinaires composés d'experts techniques et de représentants des organismes publics, et présidés par une personnalité indépendante afin qu'aucun conflit d'intérêts ne fausse l'interprétation des données scientifiques.

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

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

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

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

3) **Recommandations nationales concernant l'exercice physique.** Des directives nationales visant à développer l'exercice physique pour la santé devraient être établies conformément aux buts et objectifs de la stratégie mondiale et des recommandations d'experts.

46. Les gouvernements devraient donner des informations exactes et objectives. Les gouvernements doivent envisager de prendre des mesures pour fournir aux consommateurs des informations objectives qui leur permettent de faire des choix qui ont des effets bénéfiques sur la santé et doivent instaurer des programmes appropriés d'éducation et de promotion de la santé. En particulier, les informations à l'intention des consommateurs devront être pensées en fonction des obstacles à la communication, adaptées au niveau d'instruction et à la culture locale et comprises par tous. Dans certains pays, les programmes de promotion de la santé ont été conçus en fonction de ces impératifs et devraient être utilisés pour diffuser des informations sur l'alimentation et l'exercice physique. Certains gouvernements ont déjà l'obligation légale de veiller à ce que les informations communiquées aux consommateurs leur permettent de faire des choix éclairés sur des questions qui

peuvent avoir une incidence sur leur santé. Dans d'autres pays, les mesures pourront être spécifiquement adaptées aux politiques adoptées par les pouvoirs publics. Les gouvernements devront choisir la combinaison optimale de mesures selon les capacités et le profil épidémiologique du pays.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) **Elaboration et réexamen des politiques publiques.** Les autorités nationales et locales devraient adopter des politiques et prévoir des incitations pour que la marche, le cyclisme et d'autres formes d'exercice physique puissent être pratiqués facilement et en toute sécurité ; les modes de transport non motorisés soient pris en compte dans les politiques de transport ; l'exercice physique soit favorisé sur le lieu de travail ; et les installations sportives et de loisirs soient l'expression du concept du sport pour tous. Les politiques publiques et la législation dans certains domaines comme les transports, l'urbanisme, l'éducation, le travail, les services sociaux et le financement des soins de santé ont une influence sur les possibilités de faire de l'exercice.

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

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

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

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

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

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

une meilleure structure financière, afin d'encourager les professionnels de santé à consacrer davantage de temps à la prévention.

1) **Services de santé et autres services.** Les services de santé, notamment ceux qui dispensent des soins de santé primaires, mais également d'autres services (comme les services sociaux) peuvent jouer un rôle important dans la prévention. Des enquêtes systématiques sur les principales habitudes alimentaires et l'exercice physique, alliées à une information et des conseils simples afin de faire évoluer les comportements en tenant compte de toute la durée de la vie, peuvent permettre d'atteindre une bonne partie de la population et se révéler une intervention rentable. Il faudrait prendre en considération les normes de croissance de l'OMS concernant les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire qui élargissent la définition de la santé au-delà de l'absence de maladie déclarée, pour y inclure l'adoption de pratiques et de comportements bons pour la santé. La mesure des principaux facteurs de risque biologiques, comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et la surcharge pondérale, conjuguée à l'éducation de la population et aux conseils prodigués aux patients, aide à convaincre que des changements sont nécessaires. L'identification de certains groupes à haut risque et l'application de mesures qui répondent à leurs besoins, éventuellement d'interventions pharmacologiques, sont également des éléments importants. La formation du personnel de santé, la diffusion de directives appropriées et les incitations sont des facteurs fondamentaux pour la mise en oeuvre de ces interventions.

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

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

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

2) **Recherche et évaluation.** La recherche appliquée, en particulier les projets de démonstration à base communautaire et l'évaluation des différentes politiques et interventions, doit être encouragée. Cette recherche (pour connaître par exemple les raisons de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation, et les déterminants essentiels des programmes d'intervention

efficaces), alliée à une participation accrue de spécialistes des sciences du comportement, permettra de mieux infléchir les politiques et de constituer un ensemble de compétences aux niveaux national et local. Il est également important de mettre en place des mécanismes permettant d'évaluer l'efficacité et la rentabilité des programmes de prévention nationaux ainsi que l'impact sur la santé des politiques d'autres secteurs. Il faudrait disposer de davantage d'informations, notamment sur la situation dans les pays en développement, où les programmes de promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique doivent être évalués et intégrés aux programmes généraux de développement et de lutte contre la pauvreté.

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

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

Partenaires internationaux

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

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

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

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

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

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

Société civile et organisations non gouvernementales

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

- mobiliser la communauté et plaider pour qu'une alimentation saine et l'exercice physique figurent à l'ordre du jour de l'action de santé publique ;

¹ Voir résolution WHA56.23.

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

Secteur privé

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

- de promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique conformément aux directives nationales et aux normes internationales ainsi qu'aux objectifs généraux de la stratégie mondiale ;
- de limiter la teneur en graisses saturées et en acides gras trans, en sucre et en sel des produits existants ;
- de continuer à développer et à proposer des produits nutritifs, sains et d'un coût abordable aux consommateurs ;
- d'envisager de mettre sur le marché de nouveaux produits d'une plus grande valeur nutritionnelle ;

- de donner aux consommateurs des informations adéquates et compréhensibles sur les produits et la nutrition ;
- d'avoir des pratiques de commercialisation responsables qui vont dans le sens de la stratégie, en particulier en ce qui concerne la promotion et la commercialisation des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucre ou en sel, surtout auprès des enfants ;
- d'apposer sur les produits alimentaires des étiquettes simples, claires et cohérentes avançant des arguments sanitaires fondés afin d'aider le consommateur à exercer un jugement éclairé en ce qui concerne la valeur nutritionnelle des aliments ;
- de fournir des informations sur la composition des aliments aux autorités nationales ;
- d'aider à élaborer et à mettre en oeuvre des programmes d'exercice physique.

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

SUIVI ET EVOLUTION

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

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

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

CONCLUSIONS

65. Des mesures fondées sur les meilleures données scientifiques dont on dispose et adaptées au contexte culturel doivent être mises au point, appliquées et contrôlées avec le concours et sous la direction de l'OMS. Une approche véritablement multisectorielle qui mobilise les énergies, les

ressources et les compétences de l'ensemble des partenaires est toutefois indispensable pour que les progrès soient durables.

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

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

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

Transplantation d'organes et de tissus humains

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

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

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

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

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

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

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

I

Allogreffes

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) d'exercer un contrôle national efficace sur l'obtention, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, et notamment de garantir la traçabilité des matériels humains destinés à être transplantés, ainsi que l'obligation d'en rendre compte ;
- 2) de coopérer à l'élaboration de recommandations et de principes directeurs en vue d'harmoniser les pratiques dans l'ensemble du monde en matière d'obtention, de traitement et de transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, et notamment de définir des critères minimaux de sélection des donneurs de tissus et de cellules ;
- 3) d'envisager la création de commissions d'éthique pour veiller à ce que la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes se fasse dans le respect de l'éthique ;
- 4) de développer l'utilisation des dons de rein faits par des donneurs vivants lorsque cela est possible, en plus des dons provenant de personnes décédées ;
- 5) de prendre des mesures pour protéger les plus pauvres et les groupes vulnérables du « tourisme de la transplantation » et de la vente de tissus et d'organes, en s'intéressant notamment au problème plus vaste du trafic international de tissus et d'organes humains ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à examiner et à recueillir des données mondiales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'épidémiologie des allogreffes, et sur les questions éthiques, y compris le don vivant, afin de mettre à jour les principes directeurs sur la transplantation d'organes humains ;¹
- 2) de promouvoir la coopération internationale pour améliorer l'accès de chacun à ces moyens thérapeutiques ;
- 3) de fournir un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour les aider à assurer correctement la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes, en particulier en facilitant la coopération internationale ;
- 4) de fournir un appui aux Etats Membres qui s'efforcent de mettre un terme au trafic d'organes, notamment en établissant des lignes directrices pour protéger les plus pauvres et les groupes vulnérables de ce trafic ;

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

II

Greffes xénogéniques

1. **PRIE INSTAMMENT** les Etats Membres :
 - 1) d'autoriser les greffes xénogéniques uniquement lorsque des mécanismes nationaux de contrôle réglementaire et de surveillance efficaces relevant des autorités sanitaires sont en place ;
 - 2) de coopérer à l'élaboration de recommandations et de principes directeurs en vue d'harmoniser les pratiques dans l'ensemble du monde, et notamment de mesures protectrices conformes aux normes scientifiques internationalement agréées pour éviter le risque de transmission secondaire – et transfrontalière surtout – de tout agent infectieux xénogénique qui pourrait avoir infecté les receveurs de greffes xénogéniques ou leurs contacts ;
 - 3) de soutenir la collaboration et la coordination internationales en vue de la prévention et de la surveillance des infections résultant de greffes xénogéniques ;
2. **PRIE** le Directeur général :
 - 1) de faciliter la communication et la collaboration internationale entre les autorités sanitaires des Etats Membres sur les questions ayant trait aux greffes xénogéniques ;
 - 2) de réunir des données dans le monde entier pour permettre d'évaluer les pratiques en matière de greffes xénogéniques ;
 - 3) de prendre des mesures actives pour informer les Etats Membres des manifestations infectieuses d'origine xénogénique faisant suite à une greffe xénogénique ;
 - 4) de fournir un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour les aider à renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le domaine des greffes xénogéniques, y compris les capacités d'élaboration de politiques et de contrôle des autorités nationales de réglementation ;
 - 5) de faire rapport en temps opportun à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

La migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

Rappelant d'autre part la résolution WHA22.51 adoptée en 1969 et la résolution WHA25.42 adoptée en 1972 ;

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

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

Prenant note des travaux en cours sur la migration internationale de main-d'oeuvre à l'Organisation internationale pour les Migrations, à la Commission mondiale sur les Migrations et dans d'autres organismes internationaux ;

Reconnaissant l'importance des ressources humaines pour le renforcement des systèmes de santé et la réalisation des objectifs arrêtés au niveau international qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies ;

Notant avec préoccupation que des personnels de santé de pays en développement dotés d'une excellente formation et de hautes compétences continuent à émigrer à un rythme croissant vers certains pays, ce qui fragilise les systèmes de santé des pays dont ils sont originaires ;

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

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

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

Reconnaissant d'autre part les efforts déployés pour freiner la migration du personnel de santé qui touche les pays en développement et consciente de la nécessité d'intensifier ces efforts ;

Préoccupée par le fait que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles font peser une charge additionnelle sur le personnel de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer des stratégies pour atténuer les effets néfastes de la migration du personnel de santé et en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les systèmes de santé ;
- 2) à mettre au point et appliquer des politiques et stratégies qui permettraient de mieux retenir le personnel de santé, notamment – mais pas uniquement – par le renforcement des ressources humaines pour la planification et la gestion sanitaires ainsi que par la révision des salaires et l'application de systèmes d'incitations ;
- 3) à faire appel à des accords entre gouvernements pour mettre sur pied des programmes d'échange de personnel de santé afin de faire face au problème de leur émigration ;
- 4) à mettre en place des mécanismes pour atténuer sur les pays en développement l'effet négatif de la perte de personnel de santé du fait de son émigration, notamment des moyens par lesquels les pays bénéficiaires appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'où le personnel est originaire ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'établir et de maintenir, en collaboration avec les pays et les institutions ou organisations concernés, des systèmes d'information qui permettront aux organes internationaux appropriés de suivre de manière indépendante le flux des ressources humaines pour la santé ;
- 2) en coopération avec les organisations internationales dans le cadre de leurs mandats respectifs, y compris l'Organisation mondiale du Commerce, de mener des recherches sur la migration internationale de personnels de santé, y compris sous l'angle des accords commerciaux et de la question des rapatriements de fonds, afin de déterminer les effets négatifs éventuels du phénomène et les moyens possibles d'y remédier ;

- 3) d'étudier d'autres mesures pouvant aider à développer des pratiques équitables dans le recrutement international de personnels de santé, y compris la faisabilité, le coût et la pertinence d'un instrument international ;
- 4) d'aider les Etats Membres à renforcer leurs mécanismes et processus de planification afin d'assurer la formation adéquate de personnels répondant à leurs besoins ;
- 5) d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres et tous les partenaires concernés, y compris les organismes de développement, un code de pratique¹ sur le recrutement international des personnels de santé, en particulier en provenance de pays en développement, et de faire rapport à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis à cet égard ;
- 6) d'appuyer les efforts des pays en facilitant le dialogue aux plus hauts niveaux national et international ainsi qu'entre les parties prenantes et en menant une action de sensibilisation au phénomène de la migration du personnel de santé et à ses effets, notamment en examinant les modalités par lesquelles les pays bénéficiaires pourraient compenser la perte des agents de santé, par exemple en investissant dans la formation de professionnels de la santé ;
- 7) de mobiliser tous les secteurs de programme concernés au sein de l'OMS, en collaboration avec les Etats Membres, pour développer les ressources humaines et améliorer l'appui fourni aux pays en développement dans le domaine de la santé en créant des mécanismes appropriés ;
- 8) d'engager des consultations avec les organismes du système des Nations Unies et les institutions spécialisées sur la possibilité de proclamer une année ou une décennie des « ressources humaines pour le développement sanitaire » ;
- 9) de consacrer la Journée mondiale de la Santé 2006 au thème des « ressources humaines pour le développement sanitaire » ;
- 10) de faire des ressources humaines pour le développement sanitaire un secteur prioritaire du programme général de travail de l'OMS 2006-2015 ;
- 11) de soumettre à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

Huitième séance plénière, 22 mai 2004
A57/VR/8

= = =

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