



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC66/10

**Soixante-sixième session
Guam (États-Unis d'Amérique)
12 - 16 octobre 2015**

24 septembre 2015

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 15 de l'ordre du jour provisoire

**COORDINATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE
LA SANTÉ, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DU COMITÉ RÉGIONAL**

Dans le cadre des réformes de gouvernance de l'OMS, le présent document rend compte des incidences de la résolution de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, des débats sur l'allocation stratégique des volants budgétaires et des améliorations possibles dans la procédure d'établissement de l'ordre du jour.

Les États Membres ont demandé que l'ordre du jour des sessions du Comité régional soit établi selon un processus plus souple, plus transparent et plus efficace. L'ordre du jour compte les trois grandes catégories suivantes : points obligatoires, notamment le rapport du Directeur régional ; questions techniques soulevées par les États Membres ou le Secrétariat ; autres points courants, tels que l'allocation du Président. L'ordre du jour est élaboré par le Directeur régional en consultation avec le Président. La procédure est globalement identique dans toutes les Régions, à l'exception de la Région des Amériques et de la Région européenne (voir annexe 4). Le Comité régional est invité à se prononcer sur les étapes et le calendrier proposés (ci-dessous) pour améliorer et rationaliser la procédure d'établissement de l'ordre du jour.

Deux décisions et trois résolutions de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, pertinentes pour la Région, seront examinées aux points de l'ordre du jour correspondants, à la soixante-sixième session du Comité régional. L'attention du Comité est également attirée sur deux points de l'ordre du jour de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif.

1. SITUATION ACTUELLE

DÉCISIONS ET RÉOLUTIONS DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ QUI INTÉRESSENT LA RÉGION

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté 20 résolutions et 15 décisions (annexe 1). Les décisions et résolutions suivantes de l'Assemblée mondiale de la Santé seront examinées au titre des points de l'ordre du jour correspondants de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental :

Décision WHA68(10)	Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola (point 14 de l'ordre du jour)
Décision WHA67(13)	Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie (point 14 de l'ordre du jour)
Résolution WHA68.5	Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI (point 14 de l'ordre du jour)
Résolution WHA67.15	Renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (point 12 de l'ordre du jour)
Résolution WHA67.24	Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle (point 11 de l'ordre du jour)

Toutes les décisions et résolutions susmentionnées sont reproduites à l'annexe 2.

L'attention du Comité régional est également attirée sur les points suivants de l'ordre du jour de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif. Le projet d'ordre du jour provisoire est reproduit à l'annexe 3.

Décision EB136(13) et
point 6.4 de l'ordre du jour
de EB138/1

Suivi de la réunion de haut niveau 2014 de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (point 14 de l'ordre du jour)

Point 9.2 de l'ordre du jour
de EB138/1

Stratégies mondiales du secteur de la santé pour le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (point 9 de l'ordre du jour)

RÉSOLUTION WHA68.9 : CADRE DE COLLABORATION AVEC LES ACTEURS NON ÉTATIQUES

Contexte

La collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques a pour objet de contribuer à la réalisation du mandat de l'Organisation grâce à une meilleure utilisation des ressources de ces acteurs, y compris de leurs connaissances, compétences, produits, personnel et finances. Le cadre définit les points suivants : objectifs, principes et limites de cette collaboration ; définitions des acteurs et des interactions ; renforcement de la gestion de la collaboration, l'accent étant mis sur le devoir de diligence, l'évaluation et la gestion des risques, ainsi que sur les moyens d'améliorer la transparence. Pour arrêter le projet de cadre, la Soixante-Huitième Session de l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de tenir une réunion intergouvernementale dans le courant de l'année.

Pertinence pour la Région

Ce cadre remplacerait les principes régissant les relations entre l'OMS et les organisations non gouvernementales (résolution WHA40.25 de 1987) et les directives sur la collaboration avec le secteur privé (notées par le Conseil exécutif en 2001).

Mesures recommandées aux États Membres

Les États Membres sont invités à examiner le projet de *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* à partir de la résolution WHA68.9, qui sera soumise pour examen lors de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, en janvier 2016.

ALLOCATION STRATÉGIQUE DES VOLANTS BUDGÉTAIRES

Contexte

La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (WHA66(9)) a demandé que l'Organisation élabore une nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources, qui commencera à être appliqué pour le budget programme 2016-2017. Un groupe de travail composé de six membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration s'est entendu sur des principes directeurs et quatre segments opérationnels – coopération technique au niveau national, fourniture de biens publics mondiaux et régionaux, administration et gestion, et intervention d'urgence – assortis de critères à prendre en considération dans l'allocation des ressources.

Le modèle proposé recommandé par le groupe de travail a été présenté en janvier 2015 au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, puis à la cent trente-sixième session du

Conseil exécutif. Le Conseil a demandé que le groupe de travail élabore davantage le premier segment opérationnel (coopération technique au niveau national) et décidé d'élargir la composition du groupe de travail à deux États Membres par Région.

Le modèle révisé recommandé par le groupe de travail élargi a été présenté à la cent trente-septième session du Conseil exécutif, en mai 2015.

Pertinence pour la Région

La Chine et la Malaisie ont rejoint le groupe de travail au nom de la Région du Pacifique occidental. Le modèle adopté modifie l'allocation pour la Région du Pacifique occidental.

À sa cent trente-septième session, le Conseil exécutif a recommandé que la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé adopte le modèle proposé recommandé par le Groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires. Il a recommandé que le modèle soit appliqué sur une période de trois à quatre exercices, afin de minimiser les incidences budgétaires négatives. Il a également recommandé que le Directeur général rende compte des résultats de chaque exercice d'après le nouveau modèle et que celui-ci soit examiné au moins tous les six ans pour évaluer son adéquation aux besoins des pays, ainsi que ses effets sur les enveloppes budgétaires régionales.

Mesures recommandées aux États Membres

Les États Membres sont invités à examiner le modèle proposé sur le premier segment à partir de la décision EB137(7), qui sera présentée à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

ÉTABLISSEMENT DE L'ORDRE DU JOUR DES SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

Contexte

Conformément aux articles 48 et 49 de la Constitution de l'OMS, les comités régionaux ou leur équivalent¹ – organes subsidiaires des organes directeurs de l'OMS² – ont adopté leur propre règlement intérieur et tiennent tous les ans une session ordinaire afin d'examiner les besoins en santé publique propres à leur région. Le règlement intérieur de chaque Région énumère les points à

¹ Le Comité directeur est l'équivalent du comité régional dans la Région des Amériques.

² Les organes directeurs de l'OMS sont l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif.

inscrire à l'ordre du jour provisoire et définit dans ses grandes lignes la procédure d'établissement de l'ordre du jour (annexe 4).

Dans le cadre des réformes de gouvernance entreprises par l'Organisation, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif ont débattu du renforcement du rôle stratégique, du caractère intégrateur, de la responsabilisation, de la transparence et de l'efficacité des organes directeurs, ainsi que de leurs organes subsidiaires.

À la cent trente-sixième session du Conseil exécutif, en janvier 2015, les États Membres de la Région du Pacifique occidental ont exprimé leur appui aux efforts visant à mieux gérer l'ordre du jour des réunions des organes directeurs. Ils ont demandé au Secrétariat de leur indiquer comment il inscrit de nouvelles questions à l'ordre du jour³. Ce qui a incité le Bureau régional à proposer une procédure plus efficace pour établir l'ordre du jour, que les États Membres pourront adopter à la soixante-sixième session du Comité régional, en octobre 2015.

Structure et types d'ordre du jour utilisés dans la Région du Pacifique occidental

Les sessions du Comité régional se tiennent traditionnellement pendant une semaine, soit du lundi au vendredi. Les États Membres se réunissent pour délibérer, réfléchir et prendre d'importantes décisions en vue d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région. L'ordre du jour des sessions du Comité régional comprend généralement sept types de points qui peuvent se répartir selon les trois catégories suivantes : points obligatoires ; points techniques proposés par les États Membres ou le Secrétariat ; points fixes (tableau 1).

Tableau 1
Structure et types courants d'ordre du jour

Type d'ordre du jour	Nombre de points de l'ordre du jour	Nature de l'ordre du jour	Auteur	Résolution
Rapport du Directeur régional	1	Mandaté par la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et le règlement intérieur du Comité régional du Pacifique occidental	Secrétariat	Non
Budget programme	1 ou 2	Mandaté par la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé	Secrétariat	Oui

³ EB136/PSR/4 Procès-verbal provisoire de la quatrième séance (p. 8) : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136-PSR/B136_PSR4-en.pdf

Points techniques	4 à 5	Demandés par les États Membres ou proposés par le Secrétariat. L'ordre du jour est généralement en concordance avec le cycle des cadres régionaux et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé	États Membres et Secrétariat	Oui
Groupe technique	0 ou 1	Une question technique particulièrement importante pour la Région, soulevée et appuyée par les États Membres, peut inclure un groupe technique	États Membres et Secrétariat	Oui
Rapport de situation	6 à 8 regroupés par deux	Mandatés par une résolution, mais le calendrier d'établissement des rapports peut être proposé par les États Membres et le Secrétariat	États Membres et Secrétariat	Non
Coordination avec l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité exécutif	2 à 3	Proposés par les organes directeurs (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif)	États Membres et Secrétariat	Oui
Autres	Points fixes	Éléments fixes de la réunion : Élection des membres du bureau, allocution du Président/Président sortant/Directeur général, décision concernant la date et le lieu de la prochaine session du Comité régional	Secrétariat	Parfois

En marge de la session plénière, se tiennent généralement des manifestations parallèles pendant les pauses déjeuner. Les thèmes abordés sont proposés par le Secrétariat ou les États Membres. Un maximum de six créneaux peut être alloué, en fonction du nombre de salles disponibles.

Après la clôture du Comité régional, en octobre, le Directeur régional lance le processus d'élaboration d'un ordre du jour provisoire pour l'année suivante. Il communique la proposition d'ordre du jour aux États Membres, accompagné d'une note verbale sollicitant leur contribution et leurs propositions. Les États Membres disposent d'un mois pour soumettre leurs propositions. Le Directeur régional assure la coordination avec les États Membres, qui soumettent leurs propositions en vue d'élaborer plus avant l'ordre du jour provisoire. Enfin, le Directeur régional arrête, en consultation avec le Président, les points à inscrire à l'ordre du jour définitif. Les points sont limités

à un nombre qui peut être raisonnablement couvert par la structure courante, composée des trois principales catégories⁴.

Méthodes d'établissement de l'ordre du jour actuellement appliquées dans d'autres Régions

Le règlement intérieur des comités des Régions de l'OMS pour l'Afrique, la Méditerranée orientale, l'Europe et l'Asie du Sud-Est concorde dans les grandes lignes avec celui de la Région du Pacifique occidental en ce qui concerne les points à inscrire à l'ordre du jour provisoire. La Région des Amériques définit un ensemble de points différents, à l'exception des points prescrits par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (voir annexe 4, colonne 2). La procédure d'établissement de l'ordre du jour est essentiellement la même dans toutes les Régions, sauf dans la Région des Amériques et la Région européenne (voir annexe 4, colonne 3).

Étapes et calendrier proposés concernant l'établissement de l'ordre du jour pour le Comité régional du Pacifique occidental

Les étapes et le calendrier suivants pourraient être envisagés en faveur d'un processus plus ouvert, plus transparent et plus éclairé :

- Première étape (octobre) : à chaque session ordinaire, le Comité régional examine les points qu'il a été proposé d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la session suivante. À titre d'exemple, à sa soixante-septième session, qui se tiendra en 2016, le Comité régional débattrait des points de l'ordre du jour provisoire de la soixante-huitième session, qui aura lieu en 2017. Pour chaque point proposé, le Comité régional peut décider de l'inscrire à l'ordre du jour provisoire, ou d'autoriser un examen plus poussé de ce point, qui pourra ultérieurement figurer à l'ordre du jour provisoire.
- Deuxième étape (janvier) : à la réunion du Conseil exécutif, qui se tient en janvier, le Directeur régional procède à des échanges de vues sur l'ordre du jour provisoire avec les membres de la Région siégeant au Conseil exécutif.
- Troisième étape (janvier-février) : le Directeur régional révisé l'ordre du jour provisoire selon qu'il conviendra, prenant en considération toute observation formulée par les membres de la Région siégeant au Conseil exécutif. Le Directeur régional communique aux États

⁴ Les points proposés par les États Membres étant généralement trop nombreux pour pouvoir tous figurer à l'ordre du jour, certains sont examinés dans le cadre de manifestations parallèles tandis que d'autres sont proposés pour de futures sessions du Comité régional.

Membres, pour observations, la version révisée de l'ordre du jour provisoire. Les États Membres peuvent proposer l'inscription de questions supplémentaires.

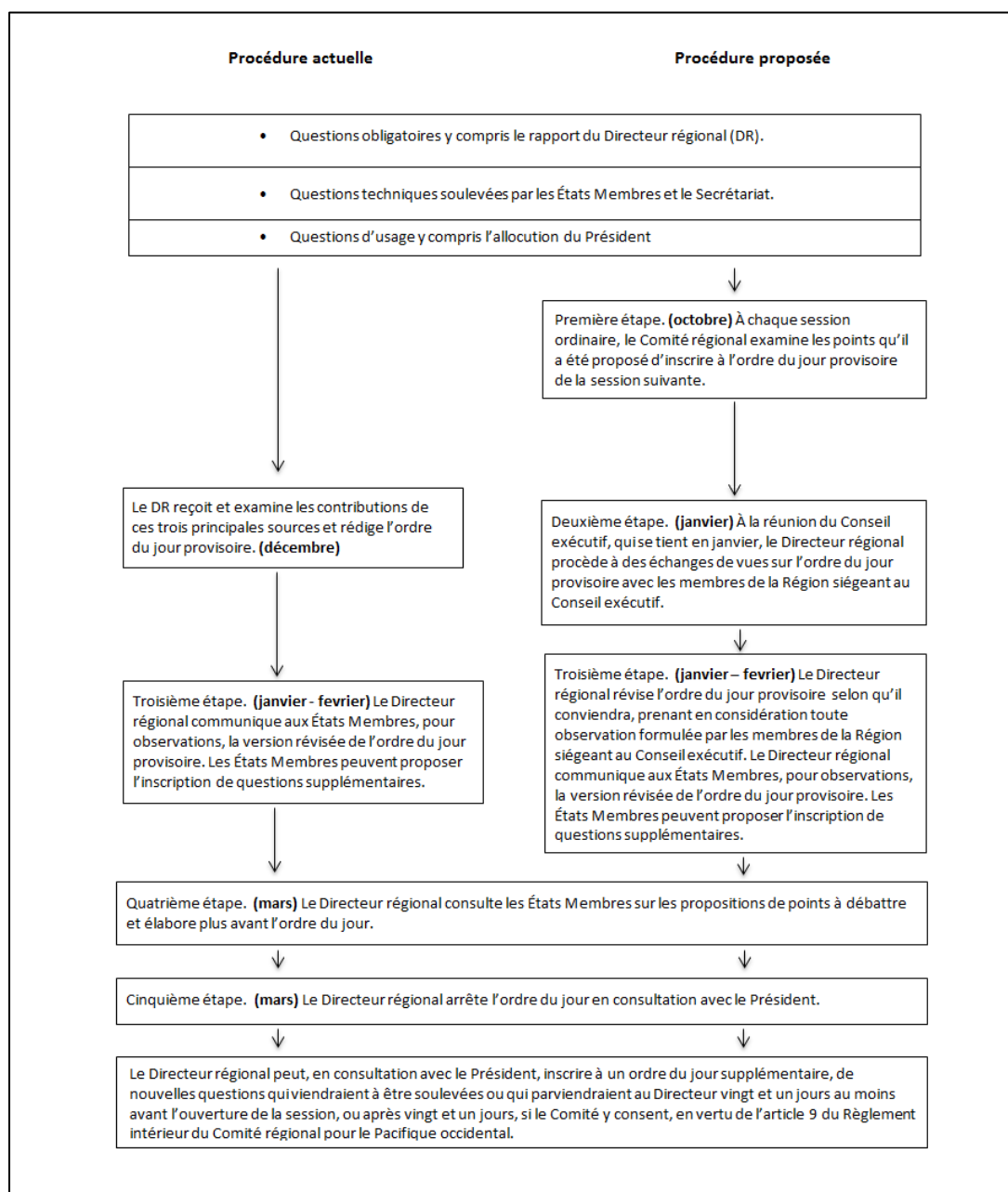
- Quatrième étape (mars) : Le Directeur régional consulte les États Membres sur les propositions de points à débattre et élabore plus avant l'ordre du jour.
- Cinquième étape 5 (mars) : Le Directeur régional arrête l'ordre du jour, en consultation avec le Président.

Le Directeur régional peut, en consultation avec le Président, inscrire à un ordre du jour supplémentaire, de nouvelles questions qui viendraient à être soulevées ou qui parviendraient au Directeur vingt et un jours au moins avant l'ouverture de la session, ou après vingt et un jours, si le Comité y consent, en vertu de l'article 9 du Règlement intérieur du Comité régional pour le Pacifique occidental.

La figure 1 ci-dessous fournit une comparaison, en ce qui concerne l'établissement de l'ordre du jour, entre les étapes et le calendrier actuels et ceux qui sont proposés.

Figure 1

Comparaison entre la procédure actuelle et la procédure proposée pour l'établissement de l'ordre du jour des sessions du Comité régional du Pacifique occidental



Mesures recommandées aux États Membres

Le Comité régional est invité à se prononcer sur les étapes et le calendrier proposés (ci-dessus) pour améliorer la procédure d'établissement de l'ordre du jour.

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LA
SOIXANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**

Résolution	Titre de la résolution
WHA68.1	Budget programme 2016 - 2017
WHA68.2	Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030
WHA68.3	Poliomyélite
WHA68.4	Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination anti-amarilic recommandée pour les voyageurs
WHA68.5	Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI
WHA68.6	Plan d'action mondial pour les vaccins
WHA68.7	Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens
WHA68.8	Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air
WHA68.9	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
WHA68.10	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2014
WHA68.11	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
WHA68.12	Barème des contributions 2016-2017
WHA68.13	Rapport du Commissaire aux Comptes
WHA68.14	Nomination du Commissaire aux comptes
WHA68.15	Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle
WHA68.16	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

Annexe 1

Résolution	Titre de la résolution
WHA68.17	Amendements au Statut du personnel
WHA68.18	Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
WHA68.19	Résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition
WHA68.20	Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique

Décision	Titre de la décision
WHA68(1)	Composition de la Commission de vérification des pouvoirs
WHA68(2)	Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
WHA68(3)	Élection du bureau des commissions principales
WHA68(4)	Constitution du Bureau de l'Assemblée
WHA68(5)	Adoption de l'ordre du jour
WHA68(6)	Vérification des pouvoirs
WHA68(7)	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
WHA68(8)	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
WHA68(9)	Poliomyélite
WHA68(10)	Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola
WHA68(11)	Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé
WHA68(12)	Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetment étiquetés/falsifiés/contrefaits

Décision	Titre de la décision
WHA68(13)	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
WHA68(14)	Élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
WHA68(15)	Choix du pays où se tiendra la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé



A68/DIV/3

Décision

WHA68(10) Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant rappelé la résolution adoptée par le Conseil exécutif à sa session extraordinaire sur Ebola du 25 janvier 2015,¹

Évaluation intérimaire

1. A accueilli avec satisfaction le rapport préliminaire du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, figurant dans le document A68/25 ;
2. A remercié le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola pour les travaux qu'il a menés à ce jour ;
3. A prié le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola de poursuivre ses travaux conformément au mandat qui lui a été confié dans la résolution sur Ebola adoptée à la session extraordinaire du Conseil exécutif,¹ et de remettre un rapport final au Directeur général au plus tard le 31 juillet 2015.

Règlement sanitaire international (2005)

1. A prié le Directeur général de constituer un comité d'examen en vertu du Règlement sanitaire international (2005) pour examiner le rôle du Règlement dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, avec les objectifs suivants :
 - a) évaluer l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005) concernant la prévention, la préparation et la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola, en se penchant plus particulièrement sur la notification et les incitations à notifier, les recommandations temporaires, les mesures supplémentaires, la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, les principales capacités nationales, le contexte et les liens avec le Cadre d'action d'urgence² et les autres responsabilités humanitaires de l'Organisation ;
 - b) évaluer le degré d'application des recommandations faites par le précédent comité d'examen en 2011³ et son incidence sur l'actuelle épidémie de maladie à virus Ebola ;

¹ Résolution EBSS3.R1.

² Voir la résolution WHA65.20.

³ Voir le document A64/10.

(c) recommander des mesures assorties de délais pour améliorer le fonctionnement, la transparence et l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005), y compris la riposte de l'OMS, et renforcer la préparation et la riposte à des situations d'urgence futures ayant des conséquences sanitaires ;

2. A prié le Directeur général de convoquer le Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) comme le prévoit ledit Règlement en août 2015, et de faire rapport sur l'avancement de ses travaux à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016 ;

3. A accepté d'apporter un soutien aux États d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale et aux autres États à risque afin que le Règlement sanitaire international (2005), y compris les principales capacités requises, soit pleinement appliqué d'ici à juin 2019 ;

4. A noté la recommandation du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire tendant à ce que l'OMS propose un plan, dont le financement sera partagé avec les États Membres et les autres acteurs concernés, en vue de mettre en place dans tous les pays les principales capacités de santé publique requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), et d'étudier les mécanismes et les options d'analyse objective passant par une autoévaluation et, sur une base volontaire, un examen par les pairs et/ou une évaluation externe pour les États Membres qui en font la demande.

Ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence

1. S'est félicité des efforts déployés par le Directeur général pour présenter un cadre conceptuel initial concernant les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire en cas de flambées et d'urgences ayant des conséquences sanitaires, s'inscrivant dans la structure et les fonctions spéciales du programme d'action d'urgence en général, qui rassemblera et guidera toutes les opérations de riposte aux flambées et aux situations d'urgence que l'OMS mène dans le cadre de son mandat, aux trois niveaux de l'Organisation et sous la conduite du Directeur général, à l'appui de la riposte menée par les pays eux-mêmes ;¹

2. A rappelé que l'action d'urgence de l'OMS à tous les niveaux sera exercée conformément au droit international, en particulier conformément à l'article 2.d) de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et d'une manière qui soit conforme aux principes et objectifs du Cadre d'action d'urgence, ainsi qu'au Règlement sanitaire international (2005), et qu'elle sera guidée par une approche des urgences sanitaires axée sur tous les risques, en privilégiant l'adaptabilité, la flexibilité et la responsabilisation ; les principes humanitaires de neutralité, d'humanisme, d'impartialité et d'indépendance ; ainsi que la prévisibilité, la ponctualité et la prise en main par les pays ;

3. A souligné combien il importait que l'OMS renforce ses capacités dans les domaines où elle possède un avantage comparatif, et tire largement parti des capacités des autres institutions, fonds et programmes des Nations Unies, du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, des équipes médicales étrangères et de ses partenaires (dans le cadre des accords dits « standby »),² ainsi que le rôle de chef de file joué par l'OMS au sein du Groupe de responsabilité sectorielle Santé ;

4. A prié le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, en janvier 2016, sur les progrès accomplis dans la mise en place, la coordination et la gestion du programme d'action d'urgence, y compris des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence.

¹ Voir le paragraphe 44 du document A68/27.

² Voir le paragraphe 15 du document A68/27.

Fonds de réserve

1. S'est félicitée des paramètres décrits dans le document A68/26, qui inclut les principes directeurs qui doivent régir le fond, tels que la taille, la portée, la viabilité, le fonctionnement, les sources de financement volontaires et les mécanismes de transparence ;
2. A décidé de créer, afin d'intensifier rapidement l'action initiale de l'OMS face aux flambées et aux situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires,¹ un fonds de réserve spécifique reconstituable, fusionnant les deux fonds existants de l'OMS,² d'une capitalisation cible de US \$100 millions, et complètement financé par des contributions volontaires souples dans les limites de la portée du fond ;
3. Est convenue que le fonds de réserve fournira, de manière fiable et transparente, y compris pour ce qui est des rapports financiers et de la responsabilisation, un financement pour une période pouvant aller jusqu'à trois mois,³ en privilégiant la prévisibilité, la ponctualité et la prise en main par les pays ; les principes humanitaires de neutralité, d'humanisme, d'impartialité et les bonnes pratiques d'aide humanitaire ;⁴
4. A décidé que le fonds de réserve serait placé sous l'autorité du Directeur général, et utilisé à sa discrétion ;
5. A prié le Directeur général d'examiner la portée et les critères du fonds de réserve après deux ans de mise en œuvre, et d'inclure, dans un rapport qui sera présenté à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017, des propositions en vue d'améliorer les résultats du fond et sa viabilité à long terme ;
6. A remercié les États Membres pour les contributions au fonds de réserve qui ont déjà été annoncées ;
7. A prié le Directeur général, notamment au cours de la prochaine phase du dialogue sur le financement, de faire appel aux donateurs pour les encourager à apporter une contribution au fonds de réserve ;
8. A prié le Directeur général de faire rapport, à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session, en janvier 2016, sur les résultats du fonds de réserve, notamment sur les montants mobilisés et dépensés, en précisant la valeur ajoutée et pour quel objet ;
9. A prié le Directeur général de donner la priorité aux opérations sur le terrain dans les pays affectés au moment d'utiliser le fonds de réserve.

¹ En appliquant les critères objectifs décrits dans le Cadre d'action d'urgence de l'OMS.

² Compte OMS pour les interventions rapides et Fonds d'intervention d'urgence OMS-Nuclear Threat Initiative.

³ La période pourra être prolongée par le Directeur général si nécessaire, pour une période supplémentaire pouvant aller jusqu'à trois mois, afin d'assurer la continuité, uniquement si d'autres financements n'ont pu être mobilisés.

⁴ Voir A/58/59/-E/2003/94, annexe II.

Recherche-développement

1. S'est félicitée du rôle de coordination essentiel joué par l'OMS dans les travaux en cours pour la mise au point de vaccins, de produits diagnostiques et de médicaments contre la maladie à virus Ebola ;
2. A salué l'élaboration du plan établi, en consultation avec les États Membres et les parties concernées, pour accélérer la recherche-développement sur les épidémies ou les situations d'urgence sanitaire lorsque les solutions préventives et curatives font défaut ou sont insuffisantes, compte tenu des autres travaux effectués à l'OMS ;
3. A réaffirmé la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Renforcement des systèmes de santé

1. A salué l'élaboration des plans solides et chiffrés de relèvement du système de santé national de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone qui ont été présentés aux réunions de printemps de la Banque mondiale, le 17 avril 2015, en tant que base de la coordination des donateurs et des investissements stratégiques ;
2. A prié l'OMS de poursuivre son rôle de coordination à l'appui des administrations nationales dans le cadre de leurs préparatifs en vue de la conférence de haut niveau du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour les annonces de contributions sur Ebola qui doit avoir lieu le 10 juillet 2015 ;
3. A reconnu le rôle moteur joué par le ministère de la santé de chacun des trois pays les plus touchés pour mettre l'accent, avec l'appui des bureaux de pays de l'OMS, sur le relèvement rapide en privilégiant la lutte contre l'infection, la réactivation des services essentiels, les priorités immédiates du personnel de santé et la surveillance intégrée des maladies ;
4. A prié le Directeur général de poursuivre et d'élargir l'action de l'Organisation à l'appui des États Membres pour qu'ils soient mieux préparés à riposter à des situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires en renforçant le système de santé national.

Aller de l'avant

1. A salué l'engagement du Directeur général en faveur de la réforme de l'action et de la culture de l'OMS dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires, et en particulier de l'établissement de dispositifs de commandement et de supervision aux trois niveaux de l'Organisation ;
2. S'est félicitée de la proposition du Directeur général concernant la mise sur pied d'un groupe consultatif d'experts ciblé et restreint chargé d'orienter et d'appuyer l'élaboration ultérieure de la réforme des activités de l'OMS dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires ;
3. A prié le Directeur général de faire rapport, à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016 par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session, en janvier 2016, sur les progrès accomplis concernant ces réformes et les autres mesures prises dans le cadre de la présente décision et a réaffirmé sa demande au Directeur général de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur toutes les situations d'urgence de niveau 3 du Comité permanent interorganisations des Nations Unies pour lesquelles des mesures ont été prises par l'OMS.

(Neuvième séance plénière, 26 mai 2015)

= = =



A67/DIV/3

Décision

WHA67(13) Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur l'action intersectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie,¹ reconnaissant que la proportion des personnes âgées dans la population augmente dans la quasi-totalité des pays et que les systèmes de santé sont confrontés à des défis croissants associés au vieillissement de la population, a prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec les États Membres et les autres parties prenantes et en coordination avec les bureaux régionaux, et en tenant compte des ressources disponibles, un projet de stratégie et plan d'action mondiaux complets sur le vieillissement et la santé qui sera soumis à l'examen du Conseil exécutif en janvier 2016 et de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

(Neuvième séance plénière, 24 mai 2014)

= = =

¹ Document A67/23.

WPR/RC66/10

page 22

Annexe 2



SOIXANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

WHA68.5

Point 15.3 de l'ordre du jour

26 mai 2015

Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ;¹

Rappelant aux États Membres leurs droits et obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et leurs responsabilités envers la communauté internationale ;

Rappelant le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la grippe pandémique A(H1N1) 2009 transmis par le Directeur général à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Prenant en considération la constitution d'un comité d'examen comme prévu aux articles 5 et 13 du Règlement sanitaire international (2005) et conformément aux dispositions du chapitre III du titre IX du Règlement ;

Se félicitant de la conclusion fructueuse des travaux du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, de la façon dont son président a exercé ses fonctions, de l'engagement manifesté par ses membres et de la présentation de son rapport au Directeur général pour communication à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à appuyer la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ;

¹ Document A68/22 Add.1.

² Document A64/10.

2. PRIE le Directeur general :

1) de présenter un rapport de situation à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en oeuvre des recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI ;

2) d'apporter un soutien technique aux États Membres pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI.

Neuvième séance plénière, 26 mai 2015
A68/VR/9

===



SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

WHA67.15

Point 14.3 de l'ordre du jour

24 mai 2014

Renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants¹

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les moyens de traiter le problème mondial de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;²

Rappelant la résolution WHA49.25, dans laquelle il est déclaré que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, la résolution WHA56.24 sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, et la résolution WHA61.16 sur les mutilations sexuelles féminines ;

Consciente des nombreux efforts consentis dans l'ensemble du système des Nations Unies pour traiter le problème de la violence, en particulier contre les femmes et les filles et contre les enfants, notamment la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, et toutes les résolutions pertinentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et du Conseil des droits de l'homme, ainsi que toutes les conclusions concertées de la Commission de la condition de la femme sur le sujet ;

Notant que l'OMS définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations » ;

Notant aussi que la violence interpersonnelle, à distinguer de la violence auto-infligée et de la violence collective, se divise entre violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime et violence communautaire, et comprend des formes de violence à différents stades de la vie, telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence entre partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées, la violence entre membres d'une famille, la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple dans les écoles, sur les lieux de travail, dans les prisons et les maisons de retraite ;³

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/22.

³ *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Rappelant la définition de la violence contre les femmes, telle qu'énoncée dans la Déclaration de 1993 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ;¹

Constatant avec inquiétude que des millions d'individus et de familles subissent les conséquences négatives de la violence sur leur santé et leur bien-être et que de nombreux cas de violence ne sont pas signalés ;

Préoccupée en outre par le fait que la violence a des répercussions diverses sur la santé pouvant entraîner la mort, un handicap et des blessures physiques, un impact sur la santé mentale et des effets sur la santé sexuelle et génésique, ainsi que des conséquences sociales ;

Reconnaissant que les systèmes de santé sont souvent incapables de faire face au problème de la violence de manière appropriée et de contribuer à une riposte multisectorielle globale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'à l'échelle mondiale, une femme sur trois est victime de la violence physique et/ou sexuelle, y compris celle exercée par son époux, au moins une fois dans sa vie ;²

Préoccupée par le fait que la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles, est souvent exacerbée dans les situations d'urgence humanitaire et d'après-conflit, et reconnaissant que les systèmes de santé nationaux peuvent grandement contribuer à parer à ses conséquences ;

Notant que prévenir la violence interpersonnelle à l'égard des enfants – garçons ou filles – peut contribuer de manière significative à prévenir la violence interpersonnelle à l'égard des femmes et des filles, ainsi que des enfants, et que le fait d'être maltraité ou de manquer de soins pendant la petite enfance et l'enfance accroît le risque de commettre des actes de violence à l'égard des femmes, de maltraiter ses propres enfants et de devenir de jeunes adultes violents, et soulignant que de nombreuses données attestent l'efficacité des programmes de soutien parental pour prévenir la maltraitance et le défaut de soins aux enfants et mettre fin à la perpétuation intergénérationnelle de la violence interpersonnelle ;

Notant aussi que la violence à l'égard des filles requiert une attention particulière, du fait qu'elles sont soumises à des formes de violence liées aux inégalités entre les sexes qui restent trop souvent cachées et occultées par la société, y compris par le personnel soignant, et qu'elles souffrent aussi davantage de la violence sexuelle, même si la maltraitance des enfants (physique et affective) et le défaut de soins touchent autant les garçons que les filles ;

Profondément préoccupée par la gravité des conséquences des actes de violence à l'égard des femmes au cours de la grossesse, à la fois sur la santé de la femme et sur la grossesse, telles que fausse couche et travail prématuré, et sur le nourrisson, telles que le faible poids à la naissance ; et reconnaissant les possibilités qu'offrent les soins prénatals de repérer les victimes suffisamment tôt et d'empêcher que de tels actes de violence ne se reproduisent ;

Constatant avec inquiétude que les enfants, en particulier dans les familles dont la responsabilité incombe à un enfant, sont vulnérables à la violence, notamment physique, sexuelle et affective, telle que le harcèlement, et réaffirmant la nécessité de prendre des mesures intersectorielles pour

¹ Résolution 48/104 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (Résumé d'orientation en français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

promouvoir la sécurité, le soutien, la protection, les soins et l'autonomisation des enfants, en particulier des filles à qui incombe la responsabilité de la famille ;

Reconnaissant que les garçons et les hommes jeunes sont parmi les plus touchés par la violence interpersonnelle, qui contribue largement à la charge mondiale de décès prématurés, de traumatismes et de handicap, en particulier chez les hommes jeunes, et a des conséquences graves et durables sur le fonctionnement psychique et social d'une personne ;

Profondément préoccupée par le fait que la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, ainsi que des enfants, perdue dans tous les pays du monde et constitue un défi mondial majeur pour la santé publique, est une violation généralisée du droit de tout un chacun de posséder le meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre, représente un grave obstacle à la réalisation de l'égalité entre les sexes et a des effets socio-économiques négatifs ;

Consciente que la violence à l'égard des femmes et des filles est une forme de discrimination, que les déséquilibres dans les rapports de force et les inégalités structurelles entre hommes et femmes comptent parmi ses causes premières, et qu'une lutte efficace contre la violence à l'égard des femmes et des filles requiert une action à tous les niveaux de gouvernement, y compris de la part du système de santé, ainsi que l'engagement de la société civile, la participation des hommes et des garçons, et l'adoption et la mise en œuvre d'approches multiples et globales qui favorisent l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles et qui modifient les comportements, les coutumes, les pratiques et les stéréotypes néfastes ;

Considérant que le processus en cours pour définir le programme de développement pour l'après-2015 peut, en principe, contribuer à parer, du point de vue de la santé, aux conséquences de la violence sur la santé, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, moyennant une riposte globale et multisectorielle ;

Reconnaissant aussi les nombreux efforts régionaux, sous-régionaux et nationaux visant à coordonner la prévention et la riposte des systèmes de santé à la violence, notamment la violence contre les femmes et les filles et contre les enfants ;

Notant avec satisfaction le rôle de chef de file joué par l'OMS dans la mise en place d'une base de données sur les facteurs de risque et de protection,¹ face à la violence, l'ampleur et les conséquences du phénomène, la prévention et les mesures de lutte contre la violence,² notamment à l'égard des femmes et des filles³ et à l'égard des enfants, dans l'élaboration de règles et de normes, dans les actions

¹ Les facteurs de protection sont ceux qui diminuent ou évitent le risque de violence et ses effets. La majorité des travaux de recherche sur la violence à l'égard des femmes et des enfants sont axés sur les facteurs de risque, mais il importe aussi, dans un souci de prévention, de comprendre les facteurs de protection. Les stratégies et programmes de prévention visent à réduire les facteurs de risque et/ou à augmenter les facteurs de protection.

² Y compris le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002).

³ Y compris l'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes (2005) ; Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire (2013, résumé d'orientation en français) ; Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques de l'OMS (2013, résumé d'orientation en français).

Annexe 2

WHA67.15

de sensibilisation et le soutien aux efforts visant à renforcer la recherche, les programmes de prévention et les services aux personnes touchées par la violence ;¹

Notant aussi que la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et les filles et à l'égard des enfants, fait partie des priorités de leadership du douzième programme général de travail de l'OMS, 2014-2019, en particulier eu égard aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;

Reconnaissant que les politiques et les programmes de prévention de la violence interpersonnelle auxquels le système de santé contribue doivent être renforcés et que, si l'on dispose de certaines orientations fondées sur des données probantes quant aux interventions efficaces, celles-ci et d'autres doivent faire l'objet de recherches et d'une évaluation plus poussées ;

Soulignant l'importance de la prévention des actes de violence interpersonnelle avant qu'ils ne soient commis ou répétés et notant que le rôle du système de santé en matière de prévention de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, doit notamment consister à appuyer les efforts visant : à réduire la maltraitance de l'enfant, par exemple par des programmes de soutien parental ; à aborder le problème de l'abus de substances psychoactives, y compris l'usage nocif de l'alcool ; à éviter la répétition des actes de violence en offrant des soins de santé et des soins psychosociaux et/ou une réadaptation aux victimes, aux auteurs et aux témoins ; et à recueillir et diffuser des données sur l'efficacité des interventions de prévention et de riposte ;

Affirmant que, dans le cadre de la prévention, le système de santé se doit de préconiser des interventions contre l'acceptation sociale et la tolérance de la violence interpersonnelle, notamment à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, en soulignant que cette action de sensibilisation peut contribuer à promouvoir une transformation sociétale ;

Reconnaissant que la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles ainsi que des enfants, peut survenir dans le cadre même du système de santé, ce qui peut avoir des répercussions sur le personnel de santé et la qualité des soins dispensés et conduire au manque de respect et à la maltraitance des patients ainsi qu'à une discrimination en matière d'accès aux services offerts ;

Affirmant le rôle important et spécifique que les systèmes nationaux de santé doivent jouer en repérant les actes de violence et en recueillant des informations à leur sujet, en offrant des soins cliniques et une orientation appropriée aux victimes, en particulier aux femmes, aux filles et aux enfants, ainsi qu'en contribuant à la prévention et en préconisant, au sein des gouvernements et auprès de toutes les parties prenantes, une riposte efficace, complète et multisectorielle à la violence ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :²

- 1) à renforcer le rôle de leur système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, afin que toutes les personnes à risque et/ou touchées par la violence aient effectivement et rapidement accès à des services de santé abordables, notamment à des services de promotion de la santé, de soins

¹ Ces travaux sont essentiellement menés à bien par le Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap, le Département Santé et recherche génésique, le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, le Département Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire, en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

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

Annexe 2**WHA67.15**

curatifs, de réadaptation et de soutien, sans être en butte à la maltraitance, au manque de respect ou à la discrimination, pour renforcer leur contribution aux programmes de prévention et appuyer l'action menée par l'OMS en application de la présente résolution ;

2) à veiller à la collaboration du système de santé avec d'autres secteurs, tels que l'éducation, la justice, les services sociaux, la condition de la femme et le développement de l'enfant, afin de promouvoir et de mettre au point au niveau national une riposte multisectorielle, complète et efficace à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, notamment en abordant le problème comme il convient dans les plans de santé et de développement, en élaborant des stratégies nationales multisectorielles bénéficiant d'un financement adéquat pour la prévention de la violence et la riposte, y compris la protection, ainsi qu'en favorisant la participation de toutes les parties prenantes ;

3) à faire en sorte que leur système de santé contribue davantage à mettre un terme à l'acceptation et à la tolérance de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, notamment par des actions de plaidoyer, par le conseil et le recueil de données, tout en favorisant la participation, d'une manière adaptée à leur âge, des hommes et des garçons aux côtés des femmes et des filles, en tant qu'agents du changement, au sein de leur famille et de leur communauté, afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles ;

4) à renforcer la riposte nationale, en particulier la riposte du système de santé national, en améliorant la collecte et, le cas échéant, la diffusion de données comparables, ventilées selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pertinents, sur l'ampleur du phénomène, les facteurs de risque et de protection, les types de violence et les effets de la violence sur la santé, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, ainsi que l'information sur les meilleures pratiques, y compris la qualité des soins et les stratégies efficaces de prévention et de riposte ;

5) à continuer à renforcer le rôle de leur système de santé de façon à contribuer aux efforts multisectoriels de lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, notamment par la promotion et la protection des droits humains, dans le contexte des résultats sanitaires ;

6) à assurer l'accès aux services de santé, selon les besoins, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ;

7) à chercher à éviter la répétition des actes de violence et à briser le cercle vicieux de la violence interpersonnelle, en permettant, selon que de besoin, aux victimes, aux auteurs d'actes de violence et aux personnes touchées par la violence interpersonnelle d'avoir rapidement accès à des services de santé et services psychosociaux efficaces, et à évaluer ces services pour déterminer dans quelle mesure ils empêchent la répétition des actes de violence interpersonnelle ;

8) à renforcer les capacités, notamment par la formation continue de tous les professionnels des secteurs de la santé ou autres, publics et privés, y compris des soignants et des agents de santé communautaires, afin qu'ils dispensent des soins et une aide ainsi que d'autres services de prévention et de promotion de la santé aux victimes et à ceux qui sont touchés par la violence, en particulier les femmes et les filles, et les enfants ;

Annexe 2

WHA67.15

9) à promouvoir, établir, appuyer et renforcer des modes opératoires normalisés pour repérer les actes de violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, compte tenu du rôle important que doit jouer le système de santé dans les soins et l'orientation vers les services d'appui ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer, avec la pleine participation des États Membres et en concertation avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres parties prenantes attachées au rôle du système de santé, s'il y a lieu, un projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, compte tenu de l'action déjà entreprise par l'OMS dans ce domaine ;

2) de continuer à renforcer le travail entrepris par l'OMS pour constituer une base de données scientifiques sur les facteurs de risque et de protection face à la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, l'ampleur, l'évolution du phénomène et ses conséquences sur la santé, de mettre à jour régulièrement ces données, en tenant compte de la contribution des États Membres, et de recueillir des informations sur les meilleures pratiques, y compris la qualité des soins et les stratégies efficaces de prévention et de riposte, afin de mettre en place une prévention et une riposte efficaces dans le cadre des systèmes de santé nationaux ;

3) de continuer à soutenir les États Membres, sur leur demande, en leur apportant une assistance technique pour renforcer le rôle du système de santé, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;

4) de faire rapport au Conseil exécutif, à sa cent trente-sixième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, et sur l'achèvement, en 2014, d'un rapport de situation mondial sur la violence et la santé que l'OMS est en train d'établir en coopération avec le PNUD et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et qui illustre les efforts de prévention de la violence au niveau national, et de faire aussi rapport au Conseil exécutif, à sa cent trente-huitième session, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, y compris la présentation du projet de plan d'action mondial pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Neuvième séance plénière, 24 mai 2014
A67/VR/9

= = =



SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

WHA67.24

Point 15.8 de l'ordre du jour

24 mai 2014

Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle¹

La Soixantième-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle »² et le document final du Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Recife, Brésil, 10-13 novembre 2013) ;³

Reconnaissant le rôle directeur de l'OMS dans le domaine des ressources humaines pour la santé et le mandat qui lui a été confié à cet égard dans la résolution WHA63.16 sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, la résolution WHA66.23 visant à transformer la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle, les recommandations de portée mondiale de l'OMS visant à accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation (2010)⁴ et les lignes directrices de l'OMS sur la transformation et l'élargissement de la formation des professionnels de santé (2013) ;⁵

Rappelant que l'engagement a été pris d'instaurer la couverture sanitaire universelle et qu'il faut améliorer les personnels de santé pour y parvenir ;

Réaffirmant l'importance de la Déclaration de Kampala et du Programme pour une action mondiale (2008) qui l'accompagne, ainsi que du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, et reconnaissant qu'il faut renouveler ces engagements et y donner suite à la lumière de l'évolution de la situation afin d'avancer vers la couverture sanitaire universelle,

¹ Voir à l'annexe 6 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document A67/34.

³ Annexe du document A67/34.

⁴ *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁵ *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

1. APPROUVE l'appel à l'action lancé dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
2. SE FÉLICITE des engagements pris par les États Membres dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres¹ à honorer, selon qu'il conviendra et conformément aux responsabilités nationales et infranationales, les engagements pris dans la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) de prendre en considération dans les activités futures de l'OMS la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
 - 2) d'élaborer une nouvelle stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et de la soumettre pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Neuvième séance plénière, 24 mai 2014
A67/VR/9

= = =

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



CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-huitième session
Genève, 25-30 janvier 2016

EB138/1 (Projet)
18 juin 2015

Projet d'ordre du jour provisoire

1. **Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour**
2. **Rapport du Directeur général**
3. **Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif**
4. **Rapport des comités régionaux au Conseil exécutif**
5. **Réforme de l'OMS**
 - 5.1 Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme
 - 5.2 Processus de consultation des États Membres sur la réforme de la gouvernance
 - 5.3 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
6. **Maladies non transmissibles**
 - 6.1 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
 - 6.2 Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant
 - 6.3 Projet de plan d'action mondial contre la violence
 - 6.4 Lutte contre les maladies non transmissibles : suivi des tâches confiées en préparation de la troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018
7. **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie**
 - 7.1 Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - 7.2 La santé dans le programme de développement pour l'après-2015
 - Plan opérationnel pour faire avancer la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

Annexe 3

EB138/1 (Projet)

- 7.3 Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé
- 7.4 Santé et environnement : projet de feuille de route pour une riposte mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé
- 7.5 Classification internationale des maladies : informations actualisées sur la onzième révision

8. Préparation, surveillance et intervention

- 8.1 Application du Règlement sanitaire international (2005)
- 8.2 Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages
- 8.3 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
- 8.4 L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves de grande ampleur
- 8.5 Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens
- 8.6 Poliomyélite

9. Maladies transmissibles

- 9.1 Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 : suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola
- 9.2 Stratégies mondiales du secteur de la santé
 - VIH, 2016-2021
 - Hépatite virale, 2016-2021
 - Infections sexuellement transmissibles, 2016-2021
- 9.3 Plan d'action mondial pour les vaccins
- 9.4 Mycétome

10. Systèmes de santé

- 10.1 Personnels de santé
- 10.2 Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
- 10.3 Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits

11. Questions financières

- 11.1 Financement du budget programme 2016-2017
- 11.2 Barème des contributions
- 11.3 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière [s'il y a lieu]

12. Questions administratives et juridiques

- 12.1 Plan de travail 2016-2017 pour l'évaluation et informations actualisées sur le plan de travail 2014-2015
- 12.2 Immobilier : le point sur la stratégie de rénovation des bâtiments à Genève
- 12.3 Rapports des comités du Conseil exécutif
 - Comité permanent des organisations non gouvernementales
 - Fondations et distinctions
- 12.4 Ordre du jour provisoire de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et date, lieu et projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-neuvième session du Conseil exécutif

13. Questions relatives au personnel

- 13.1 Ressources humaines : rapport annuel
- 13.2 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
- 13.3 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel [s'il y a lieu]
- 13.4 Déclaration du représentant des Associations du personnel de l'OMS

14. Questions soumises pour information

- 14.1 Rapports des organes consultatifs
 - Comités d'experts et groupes d'étude

15. Clôture de la session

Annexe 3

EB138/1 (Projet)

Note : conformément à la résolution WHA67.2, les points suivants seront examinés par l'Assemblée de la Santé au titre des rapports de situation :

<i>Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16)</i>
<i>Stratégie OMS de recherche pour la santé (résolution WHA63.21)</i>
<i>Accès aux produits biothérapeutiques, y compris aux produits biothérapeutiques similaires, et garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité (résolution WHA67.21)</i>
<i>Accès aux médicaments essentiels (résolution WHA67.22)</i>
<i>Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle (résolution WHA67.23)</i>
<i>Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)</i>
<i>Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé [suivi de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé] (résolution WHA67.12)</i>
<i>Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie (résolution WHA67.19)</i>
<i>Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21)</i>
<i>Recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI (résolution WHA68.5)</i>
<i>Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action (résolution WHA61.12)</i>

= = =

Annexe 4. Points à inscrire à l'ordre du jour des sessions ordinaires des comités régionaux et procédure d'établissement de l'ordre du jour des six Régions de l'OMS

Région	Points à inscrire à l'ordre du jour du Comité régional	Procédure d'établissement de l'ordre du jour
Afrique ⁵	<p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par le Conseil exécutif ;</p> <p>Tout point proposé par le Directeur général ;</p> <p>Tout point proposé par un Membre ou un Membre associé de la Région.</p>	<p>Le Directeur régional établit l'ordre du jour provisoire avec le Président. Il est expédié par le Directeur régional, aux États Membres et au Directeur général, en même temps que la convocation, six semaines avant l'ouverture de la session.</p> <p>Le Directeur régional peut, en consultation avec le Président, faire figurer dans un ordre du jour supplémentaire tout point qui viendrait à surgir le jour de l'ouverture de la session.</p>
Amériques ⁶	<p>Tout point dont l'inscription a été demandée par la Conférence ;</p> <p>Tout point dont l'inscription a été demandée par le Conseil ;</p> <p>Tout point proposé par le Comité ;</p> <p>Tout point proposé par un Membre ou un Membre associé ;</p> <p>Tout point proposé par le Directeur régional.</p>	<p>Le Directeur régional prépare l'ordre du jour provisoire et le soumet au Comité exécutif pour approbation. Une fois approuvé, le Conseil directeur (équivalent du Comité Régional*) peut apporter des ajouts ou des modifications à l'ordre du jour provisoire.</p> <p>Des points supplémentaires peuvent être ajoutés à l'ordre du jour après son adoption le jour de l'ouverture de la session ordinaire du Conseil, s'ils sont approuvés par les deux tiers des membres présents et votants.</p> <p><i>* La Conférence sanitaire panaméricaine se réunit tous les cinq ans. Le Conseil directeur se réunit une fois par an les</i></p>

⁵Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique :

http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6636

⁶Documents fondamentaux de l'Organisation panaméricaine de la Santé – Dix-huitième édition :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18859&Itemid

		<p><i>années où la Conférence n'a pas lieu. Il agit pour le compte de la Conférence entre ses sessions quinquennales. Le Conseil est l'équivalent du Comité régional.</i></p> <p><i>Le Comité exécutif est composé de neuf États Membres de l'Organisation, élus par la Conférence ou le Conseil pour des périodes chevauchantes de trois ans. Le Comité, qui se réunit deux fois par an, joue le rôle de groupe de travail de la Conférence ou du Conseil.</i></p>
Méditerranée orientale ⁷	<p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par le Conseil exécutif ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par le Comité ;</p> <p>Tout point proposé par le Directeur général ou le Directeur régional ;</p> <p>Tout point proposé par un État Membre de la Région, parvenant au Directeur régional huit semaines au moins avant l'ouverture de la session.</p>	<p>Le Directeur régional établit l'ordre du jour provisoire avec le Président. Il est expédié par le Directeur régional, aux États Membres et au Directeur général, en même temps que la convocation, six semaines avant l'ouverture de la session.</p> <p>Une fois expédié, le Directeur régional peut, après consultation du Président, faire figurer dans un ordre du jour supplémentaire toute question susceptible d'être inscrite à l'ordre du jour qui viendrait à surgir entre l'envoi de l'ordre du jour provisoire et le jour d'ouverture de la session.</p>
Europe ⁸	<p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a</p>	<p>Le Directeur régional établit l'ordre du jour provisoire de chaque session, qui est envoyé en même temps que la convocation.</p>

⁷ Règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale : http://applications.emro.who.int/docs/RC_Tech_paper_2013_EN_FR_AR_15043.pdf?ua=1

⁸ Règlement intérieur du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional de l'Europe : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/242531/132552F_Rules-of-Procedure_2013_a4.pdf

	<p>été demandée par le Conseil exécutif ;</p> <p>Tout point proposé par le Directeur général ;</p> <p>Tout point proposé par un Membre de la Région ;</p> <p>Tout point proposé par le Comité permanent du Comité régional (établi conformément aux dispositions de l'article 14) ;</p> <p>Le rapport du Comité permanent ;</p> <p>Le rapport annuel du Directeur régional.</p>	<p>Le directeur régional peut, en consultation avec le président, le président exécutif du Comité régional et le vice-président exécutif, qui fait fonction de président du Comité permanent* du Comité régional, faire figurer dans un ordre du jour supplémentaire toute question qui viendrait se poser entre la date d'envoi de l'ordre du jour provisoire et l'ouverture de la session.</p> <p><i>* Le Comité permanent (composé de représentants de 12 États Membres) a son propre règlement intérieur. Il se réunit au moins quatre fois par an. L'une de ses fonctions est de proposer des points à inscrire à l'ordre du jour des sessions du Comité régional. Ce faisant, le Comité permanent tient compte des intérêts généraux de la Région et agit au nom de l'ensemble du Comité régional.</i></p>
--	---	--

Asie du Sud-Est ⁹	<p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par le Conseil exécutif de l'Organisation ;</p> <p>Tout point proposé par le Directeur général ;</p> <p>Tout point proposé par un Membre de la Région, parvenant au Directeur régional huit semaines au moins avant l'ouverture de la session.</p>	<p>Le Directeur régional établit l'ordre du jour provisoire de chaque session en consultation avec le Président. Il est expédié par le Directeur régional, aux États Membres et au Directeur général, en même temps que la convocation, six semaines avant l'ouverture de la session.</p> <p>Le Directeur régional peut, après consultation du Président, faire figurer dans un ordre du jour supplémentaire toute question susceptible d'être inscrite à l'ordre du jour qui viendrait à surgir entre l'envoi de l'ordre du jour provisoire et le jour d'ouverture de la session.</p>
Pacifique occidental ¹⁰	<p>Le rapport annuel du Directeur sur les travaux accomplis dans la Région ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé ;</p> <p>Tous les points dont l'inscription a été demandée par le Conseil exécutif de l'Organisation ;</p> <p>Tous les points concernant le budget programme de la période financière en cours et tous les points concernant le budget programme pour l'exercice suivant la période financière en cours ; et</p> <p>Tout point proposé par un Membre.</p>	<p>Le Directeur régional établit l'ordre du jour provisoire en consultation avec le Président. L'ordre du jour provisoire est envoyé en même temps que la convocation, huit semaines au moins avant l'ouverture de la session.</p> <p>Le Directeur régional peut, en consultation avec le Président, inscrire à un ordre du jour supplémentaire toute question pouvant donner lieu à inscription à l'ordre du jour et qui viendrait à être soulevée ou qui parviendrait au Directeur vingt et un jours au moins avant l'ouverture de la session.</p> <p>Tout point soulevé ou parvenant au Directeur après ce délai est inscrit dans un ordre du jour supplémentaire si le Comité y consent.</p>

⁹ Règlement intérieur du Comité régional de l'Asie du Sud-Est :

<http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/67/updatedrules-of-procedure-rc.pdf>

¹⁰ Règlement intérieur du Comité régional du Pacifique occidental :

http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/RulesofProcedureRCM63Sep2012FR.pdf

Annexe 5. Articles sur les sessions et l'ordre du jour
du Règlement intérieur du Comité régional du Pacifique occidental

SESSIONS

Sessions ordinaires

Article 4

Le Comité tient au moins une session ordinaire par an. Il fixe, à chaque session ordinaire, la date et le lieu de la session ordinaire suivante. Huit semaines au moins avant l'ouverture de la session, le Directeur en avise les Membres, le Directeur général de l'Organisation (ci-après dénommé le « Directeur général ») et les organisations visées à l'article 2 qui ont été invitées à se faire représenter à la session.

Sessions extraordinaires

Article 5

Le Directeur, en consultation avec le Président du Comité (ci-après dénommé le « Président »), convoque également le Comité en session extraordinaire à la demande conjointe de la majorité des Membres, à lui adressée par écrit et indiquant les raisons qui la motivent. Dans ce cas, le Comité est convoqué dans les cinquante jours qui suivent la réception de la demande et la session a lieu au siège régional, à moins que le Directeur, en consultation avec le Président, n'en décide autrement. L'ordre du jour de cette session est limité aux questions l'ayant motivée.

Si, dans le cas d'événements exceptionnels tels que ceux mentionnés dans l'article 28(i) de la Constitution, une action immédiate du Comité régional est exigée, le Directeur, en consultation avec le Président, convoque le Comité en session extraordinaire, en fixe la date et détermine le lieu de la session ; toutefois, la session extraordinaire n'a pas lieu si elle est contestée par une majorité des Membres dans un délai de deux semaines suivant la date d'envoi de la lettre de convocation.

Article 6

Les réunions du Comité sont publiques, sauf s'il en décide autrement.

Article 7

L'ordre du jour provisoire de chaque session est établi par le Directeur en consultation avec le Président. Il est communiqué en même temps que l'avis de réunion, lequel est envoyé conformément à l'article 4 ou à l'article 5, selon le cas.

Article 8

Sauf pour le cas de sessions convoquées en vertu de l'article 5, l'ordre du jour provisoire de chaque session comprend notamment :

- a) le rapport annuel du Directeur sur les travaux accomplis dans la Région ;
- b) tous les points dont l'inscription a été demandée par l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'« Assemblée de la Santé ») ;
- c) tous les points dont l'inscription a été demandée par le Conseil exécutif de l'Organisation ;
- d) tout point proposé par le Directeur général ou le Directeur ;
- e) tout point dont l'inscription a été décidée par le Comité à une session précédente ;
- f) tous les points concernant le budget programme de la période financière en cours et tous les points concernant le budget programme pour l'exercice suivant la période financière en cours ;
- g) tout point proposé par un Membre.

Article 9

Sous réserve des dispositions de l'article 5, le Directeur peut, en consultation avec le Président, inscrire à un ordre du jour supplémentaire, que le Comité examine en même temps que l'ordre du jour provisoire, toute question pouvant donner lieu à inscription à l'ordre du jour et qui viendrait à être soulevée ou qui parviendrait au Directeur vingt et un jours au moins avant l'ouverture de la session. Tout point soulevé ou parvenant au Directeur après ce délai est inscrit dans un ordre du jour supplémentaire si le Comité y consent.