



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CINQUANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 16-25 MAI 2005

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXE**

GENÈVE
2005



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**CINQUANTE-HUITIÈME
ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ**

GENÈVE, 16-25 MAI 2005

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXE**

**GENÈVE
2005**

ABREVIATIONS

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

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

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

AVANT-PROPOS

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 16 au 25 mai 2005, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent treizième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et l'annexe qui s'y rapportent – document WHA58/2005/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHA58/2005/REC/2,

les procès-verbaux des commissions et les rapports des commissions – document WHA58/2005/REC/3.

TABLE DES MATIERES

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

RESOLUTIONS ET DECISIONS

Résolutions

WHA58.1	Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004	1
WHA58.2	Lutte antipaludique	5
WHA58.3	Révision du Règlement sanitaire international	8
WHA58.4	Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2006-2007	68
WHA58.5	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action	70
WHA58.6	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	73
WHA58.7	Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	74
WHA58.8	Arriérés de contributions : Géorgie.....	75
WHA58.9	Arriérés de contributions : Iraq.....	76
WHA58.10	Arriérés de contributions : République de Moldova.....	78
WHA58.11	Arriérés de contributions : Tadjikistan	79
WHA58.12	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général	80

	Pages
WHA58.13	Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang..... 80
WHA58.14	Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses 82
WHA58.15	Stratégie mondiale de vaccination 85
WHA58.16	Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action..... 87
WHA58.17	Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement 90
WHA58.18	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2004 ... 91
WHA58.19	Contributions pour l'exercice 2006-2007 91
WHA58.20	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière..... 96
WHA58.21	Fonds immobilier 96
WHA58.22	Prévention et lutte anticancéreuses 97
WHA58.23	Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris 102
WHA58.24	Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode..... 105
WHA58.25	Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays..... 107
WHA58.26	Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool..... 109
WHA58.27	Améliorer l'endigement de la résistance aux antimicrobiens 112
WHA58.28	Cybersanté..... 114
WHA58.29	Renforcement de la sécurité biologique en laboratoire 116
WHA58.30	Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire 118
WHA58.31	Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants 124
WHA58.32	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant 127
WHA58.33	Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale..... 131
WHA58.34	Sommet ministériel sur la recherche en santé 133

Décisions

WHA58(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs	136
WHA58(2)	Composition de la Commission des Désignations.....	136
WHA58(3)	Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.....	136
WHA58(4)	Election du bureau des commissions principales.....	137
WHA58(5)	Constitution du Bureau de l'Assemblée	137
WHA58(6)	Adoption de l'ordre du jour	137
WHA58(7)	Vérification des pouvoirs.....	138
WHA58(8)	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	138
WHA58(9)	Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS.....	139
WHA58(10)	Choix du pays où se tiendra la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	139
WHA58(11)	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent quatorzième et cent quinzième sessions	139

ANNEXE

La vaccination dans le monde : vision et stratégie pour 2006-2015. Résumé analytique	143
--	-----

ORDRE DU JOUR¹

SEANCES PLENIERES

1. Ouverture de l'Assemblée
 - 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
2. Rapports du Conseil exécutif sur ses cent quatorzième et cent quinzième sessions
3. Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général
4. Intervenant invité
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹
11. Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution
12. Projet de budget programme 2006-2007
13. Questions techniques et sanitaires
 - 13.1 Révision du Règlement sanitaire international
 - 13.2 [transféré à la Commission B]
 - 13.3 Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe
 - 13.4 Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses
 - 13.5 Paludisme
 - 13.6 Variole
 - 13.7 Poliomyélite
 - 13.8 Projet de stratégie mondiale de vaccination
 - 13.9 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action
 - 13.10 La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale
 - 13.11 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
 - 13.12 [transféré à la Commission B]
 - 13.13 [transféré à la Commission B]
 - 13.14 [transféré à la Commission B]
 - 13.15 [transféré à la Commission B]
 - 13.16 Systèmes de sécurité sociale
 - 13.17 Cybersanté
 - 13.18 Sommet ministériel sur la recherche en santé

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

13.19 Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)

- Lutte contre les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA52.24)
- Médecine traditionnelle (résolution WHA56.31)
- Mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* (résolution WHA56.24)
- Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (résolution WHA56.22)
- Promotion des modes de vie sains (résolution WHA57.16)
- Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (résolution WHA56.1)

13.20 Développer le traitement et les soins dans le cadre d’une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA (résolution WHA57.14)

13.21 [transféré à la Commission B]

COMMISSION B

14. Ouverture des travaux de la Commission¹

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

16. Rapport du vérificateur intérieur des comptes

17. Questions financières

17.1 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l’OMS pour 2004 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l’Administration

17.2 Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes

17.3 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

17.4 Contributions pour l’exercice 2006-2007

17.5 [supprimé]

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

- 17.6 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
- 18. Fonds immobilier
- 19. Questions relatives au personnel
 - 19.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 19.2 Stratégie de recrutement intégrant les questions de parité hommes-femmes et d'équilibre géographique : rapport de situation
 - 19.3 Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel [s'il y a lieu]
 - 19.4 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
 - 19.5 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
- 20. Proposition d'établir une Journée mondiale du don de sang
- 21. Mise en oeuvre du multilinguisme à l'OMS
- 22. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
- 13. Questions techniques et sanitaires
 - 13.2 Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
 - 13.12 Prévention et lutte anticancéreuses
 - 13.13 Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris
 - 13.14 Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool¹
 - 13.15 Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre
 - 13.21 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (résolution WHA57.19)

¹ La question des modes de vie sains est abordée dans le cadre du point 13.19.

LISTE DES DOCUMENTS

A58/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A58/2	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent quatorzième et cent quinzième sessions
A58/3	Allocution du Directeur général à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/4	Révision du Règlement sanitaire international
A58/5	Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
A58/6	Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe
A58/6 Add.1	Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe – Conférence de l’OMS sur les aspects sanitaires de la catastrophe provoquée par le tsunami en Asie (Phuket, Thaïlande, 4 au 6 mai 2005) : rapport succinct
A58/7	Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses
A58/8	Paludisme
A58/9	Variole : réserve mondiale de vaccin antivariolique
A58/10	Variole : destruction des stocks de virus variolique
A58/11	Poliomyélite
A58/12 et Add.1	Projet de stratégie mondiale de vaccination ²
A58/13	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l’action
A58/14	La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale
A58/15	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
A58/16	Prévention et lutte anticancéreuses
A58/17	Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris

¹ Voir p. ix.

² Voir annexe.

A58/18	Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool
A58/19	Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre
A58/20	Systèmes de sécurité sociale – Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale
A58/21	Cybersanté
A58/22	Sommet ministériel sur la recherche en santé
A58/23 et Add.1	Mise en oeuvre de résolutions – Rapports de situation
A58/24	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population
A58/25	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A58/26	Rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2004 : exercice 2004-2005
A58/26 Add.1	Rapport financier intérimaire non vérifié pour 2004 : exercice 1 ^{er} janvier 2004-31 décembre 2005 – Annexe : ressources extrabudgétaires pour les activités du programme
A58/27	Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2004 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration – Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/28	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes
A58/29	Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes – Cinquième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/30	Contributions pour l'exercice 2006-2007
A58/31 et Corr.1	Etat du recouvrement des contributions – Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/32	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
A58/33	Fonds immobilier
A58/34 et Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel

LISTE DES DOCUMENTS

A58/35	Stratégie de recrutement intégrant les questions de parité hommes-femmes et d'équilibre géographique : rapport de situation
A58/36	Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies
A58/37	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A58/38	Proposition d'établir une Journée mondiale du don de sang
A58/40	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A58/41, Add.1 et Add.2	Révision du Règlement sanitaire international
A58/42	Distinctions : amendements aux Statuts de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille
A58/43 Rev.1	Dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions : Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution – Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/44 et Corr.1	Fonds immobilier – Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/45	Rapport du vérificateur intérieur des comptes – Sixième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A58/46	Commission des Désignations – Premier rapport
A58/47	Commission des Désignations – Deuxième rapport
A58/48	Commission des Désignations – Troisième rapport
A58/49	Premier rapport de la Commission A (Projet)
A58/50	Commission de Vérification des Pouvoirs – Premier rapport
A58/51	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A58/52	Commission de Vérification des Pouvoirs – Deuxième rapport
A58/53	Premier rapport de la Commission B (Projet)

A58/54	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A58/55	Troisième rapport de la Commission A
A58/56	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A58/57	Cinquième rapport de la Commission A (Projet)
A58/58	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A58/59	Troisième rapport de la Commission B (Projet)
A58/60	Sixième rapport de la Commission A (Projet)
A58/61	Quatrième rapport de la Commission B (Projet)
A58/62	Septième rapport de la Commission A (Projet)
A58/63	Cinquième rapport de la Commission B
A58/64	Huitième rapport de la Commission A
PBPA/2002-2003 et Corr.1	Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution
PB/2006-2007, Corr.1 et Corr.2	Projet de budget programme 2006-2007

Documents d'information

A58/INF.DOC./1	Projet de budget programme 2006-2007 – Comparaison avec le budget programme 2004-2005
A58/INF.DOC./2	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population
A58/INF.DOC./3	Projet de budget programme 2006-2007 – Fonctions normatives et statutaires de l'OMS
A58/INF.DOC./4	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population
A58/INF.DOC./5	Situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et assistance sanitaire à cette population (rapport soumis par l'Observateur permanent de la Palestine auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève)

LISTE DES DOCUMENTS

Divers

A58/DIV/1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A58/DIV/2	Guide pour la documentation
A58/DIV/3 et Add.1	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
A58/DIV/4	[document non publié]
A58/DIV/5	Décisions et liste des résolutions
A58/DIV/6	Liste des documents
A58/DIV/7	Allocution prononcée par M. Maumoon Abdul Gayoom, Président de la République des Maldives à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, lundi 16 mai 2005
A58/DIV/8	Allocution de M. Bill Gates, Cofondateur de la Fondation Bill et Melinda Gates à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, lundi 16 mai 2005

PRESIDENCE ET SECRETARIAT DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président :

Mme E. SALGADO (Espagne)

Vice-Présidents :

M. S. MEKY (Erythrée)

Dr M. FERNÁNDEZ GALEANO
(Uruguay)

Dr M. FIKRI (Emirats arabes unis)

Professeur SUCHAI

CHAROENRATANAKUL (Thaïlande)

Mme A. KING (Nouvelle-Zélande)

Secrétaire :

Dr LEE Jong-wook, Directeur général

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des Etats Membres suivants : Algérie, Bénin, Bhoutan, Honduras, Kiribati, Maroc, Pérou, République tchèque, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Tchad et Yémen.

Président : Dr T. KIENENE (Kiribati)

Vice-Président : Dr D. YEVIDE (Bénin)

Rapporteur : Dr A. AL-RABI (Yémen)

Secrétaire : M. G. L. BURCI, Conseiller
juridique

Commission des Désignations

La Commission des Désignations était composée des délégués des Etats Membres suivants : Bahamas, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Chine, Comores, Emirats arabes unis, Fédération de Russie, France, Gambie, Guatemala, Guyana, Inde, Koweït, Lituanie, Palaos, Paraguay, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sénégal, Seychelles, Timor-Leste, Togo, Turquie, Viet Nam, et M. Muhammad Nasir Khan, Pakistan (Président de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

Président : M. Muhammad Nasir KHAN
(Pakistan)

Secrétaire : Dr LEE Jong-wook, Directeur
général

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé, des Présidents des commissions principales et de délégués des Etats Membres suivants : Bhoutan, Brésil, Chine, Congo, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Fédération de Russie, France, Guinée équatoriale, Lettonie, Liban, Luxembourg, Malawi, Mongolie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Zimbabwe.

Président : Mme E. SALGADO (Espagne)

Secrétaire : Dr LEE Jong-wook, Directeur
général

COMMISSIONS PRINCIPALES

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

Commission A

Président : Dr B. SADRIZADEH (République
islamique d'Iran)

Vice-Présidents : Dr H. NTABA (Malawi) et
PEHIN DATO ABU BAKAR APONG
(Brunéi Darussalam)

Rapporteur : Dr R. BUSUTTIL (Malte)

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

Commission B

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

Vice-Présidents : Professeur J. PEREIRA

MIGUEL (Portugal) et

Dr M.A. RAHMAN KHAN (Bangladesh)

Rapporteur : M. YEE Ping Yi (Singapour)

Secrétaire : Dr M. YOUNES, Directeur,
Bureau du Sous-Directeur général,
Développement durable et milieux
favorables à la santé

RESOLUTIONS

WHA58.1 Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports sur les aspects sanitaires des situations de crise ;¹

Regrettant les graves conséquences humaines du séisme et du tsunami du 26 décembre 2004 qui ont frappé de nombreux pays, de l'Asie du Sud-Est à l'Afrique orientale, et fait, selon les estimations, 280 000 morts, des milliers d'autres personnes étant toujours portées disparues, et pas moins d'un demi-million de blessés, et laissé au moins cinq millions de personnes sans abri et/ou privées d'un approvisionnement suffisant en eau potable, de moyens d'assainissement, de nourriture ou de services de santé ;

Notant que des citoyens de plus de 30 pays ont été touchés par la catastrophe et que de nombreux professionnels de la santé figuraient parmi les morts ;

Consciente que l'essentiel des secours a d'abord été, et continuera d'être, apporté par les communautés affectées elles-mêmes et par l'intermédiaire des autorités locales, soutenues par une intense coopération internationale, et s'attendant à ce que ces communautés continuent de se heurter à de graves difficultés compte tenu de la perte de leurs moyens de subsistance, de la charge de travail excessive des services sanitaires et sociaux et des traumatismes psychologiques tant immédiats qu'à long terme ;

Reconnaissant que les interventions destinées à faire face aux problèmes de santé publique liés aux situations de crise devraient toujours renforcer l'ingéniosité et la capacité de résistance des communautés, les moyens des autorités locales, l'état de préparation des systèmes de santé et l'aptitude des autorités nationales et de la société civile à fournir un appui rapide et coordonné pour assurer la survie des populations immédiatement affectées ;

Appréciant l'assistance généreuse fournie aux pays touchés par les gouvernements, les groupes non gouvernementaux, les particuliers et les établissements de santé publique nationaux, y compris par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ;

Consciente des difficultés auxquelles doivent faire face les systèmes de santé locaux aux ressources insuffisantes pour localiser les personnes disparues, identifier les morts et prendre en charge les corps ;

¹ Documents A58/6 et A58/6 Add.1.

Reconnaissant les problèmes que doivent résoudre les autorités locales débordées pour coordonner les opérations de secours, y compris le personnel et les biens généreusement mis à leur disposition du fait de la solidarité nationale et internationale ;

Notant que l'efficacité des interventions des pays affectés en cas d'événement soudain de cette ampleur indique s'ils sont préparés et prêts à agir de façon ciblée et concertée, en particulier pour sauver des vies et maintenir les survivants en vie ;

Rappelant que plus de 30 pays dans le monde traversent actuellement des crises graves, souvent depuis longtemps, que pas moins de 500 millions de personnes sont en danger, diverses menaces évitables compromettant leur survie et leur bien-être, et qu'une vingtaine d'autres pays sont très exposés au risque d'événements graves, d'origine naturelle ou humaine, ce qui porte à 2 ou 3 milliards le nombre des personnes exposées ;

Reconnaissant que les analyses des besoins sanitaires et du fonctionnement des systèmes de santé, dans le contexte des politiques nationales et des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, sont indispensables pour le relèvement et la remise en état appropriés de services de santé personnels et de services de santé publics équitables, tâche qui nécessite une synergie claire entre préparation et interventions ;

Réaffirmant la nécessité de renforcer les capacités locales pour évaluer les risques et de se préparer à d'éventuelles catastrophes ultérieures et d'intervenir le cas échéant, y compris en dispensant une éducation continue au public, en dissipant les mythes relatifs aux conséquences sanitaires des catastrophes et en réduisant le risque que des établissements de santé essentiels soient endommagés en cas de catastrophe ;

Reconnaissant que l'amélioration de la situation sociale et économique des pays les plus défavorisés est une action préventive qui réduit le risque de crises et de catastrophes et leurs conséquences ;

Tenant compte des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) ;

1. EXHORTE la communauté internationale à continuer, à la demande des pays, de soutenir fermement et durablement les zones affectées par le tsunami du 26 décembre 2004 et à accorder la même attention aux besoins des populations touchées par d'autres crises humanitaires ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à apporter un soutien adéquat aux pays touchés par le tsunami et à tous les autres Etats Membres affectés par une crise ou une catastrophe pour le relèvement durable de leurs systèmes sanitaires et sociaux ;
 - 2) à accorder une attention particulière aux besoins en santé mentale et à l'établissement de modèles de prestation de services dans leurs systèmes sanitaires et sociaux ;
 - 3) à faire tout leur possible pour participer activement aux mesures collectives en vue d'établir des plans de préparation mondiaux et régionaux qui intègrent la planification de la réduction des risques dans le secteur de la santé et de renforcer les capacités d'intervention en cas de crise sanitaire ;

- 4) à formuler, sur la base d'une cartographie des risques, des plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui tiennent dûment compte de la santé publique, y compris de l'infrastructure sanitaire, et du rôle du secteur de la santé dans les situations de crise, afin d'améliorer l'efficacité des interventions en cas de crise et des contributions au relèvement des systèmes de santé ;
- 5) à veiller à ce que les femmes et les hommes aient également accès à des programmes formels et informels de sensibilisation à la préparation aux situations d'urgence et à la prévention des catastrophes au moyen de systèmes d'alerte rapide donnant aux femmes aussi bien qu'aux hommes les moyens de réagir en temps voulu et de manière opportune, et à ce que tous les enfants puissent bénéficier de l'éducation et des interventions appropriées ;
- 6) à accorder une attention particulière à la recrudescence des violences sexistes pendant les crises et à apporter un soutien approprié aux personnes touchées ;
- 7) à veiller à ce qu'en cas de crise toutes les populations touchées, y compris les personnes déplacées, aient un accès équitable aux soins de santé essentiels, en s'employant à sauver la vie des personnes en danger et à maintenir en vie celles qui ont survécu et en se préoccupant particulièrement des besoins spécifiques des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes souffrant de traumatismes physiques et psychologiques aigus, de maladies transmissibles, de maladies chroniques ou de handicaps ;
- 8) à encourager, dans le cadre du projet de budget programme 2006-2007, l'examen des activités de l'OMS en rapport avec les crises et les catastrophes afin de permettre des interventions immédiates, en temps voulu, adaptées, suffisantes et durables, et à envisager d'augmenter les contributions afin de garantir le financement adéquat des actions et des interventions importantes de l'OMS avant, pendant et après les crises ;
- 9) à protéger le personnel national et international mobilisé pour améliorer la santé des communautés affectées par les crises et à s'assurer que ce personnel bénéficie du soutien nécessaire pour entreprendre d'urgence toute action humanitaire requise et soulager les souffrances – dans toute la mesure possible – lorsque des vies sont menacées ;
- 10) à renforcer les systèmes d'information et à améliorer la collaboration avec les médias nationaux et internationaux afin d'assurer la disponibilité d'informations exactes et actualisées ;
- 11) à accroître la solidarité internationale et à établir des mécanismes de coopération pour l'élaboration de stratégies de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ;
- 12) à envisager d'améliorer les mécanismes d'aide humanitaire intergouvernementaux existants et d'instaurer éventuellement des mécanismes et des modalités supplémentaires qui permettent de disposer rapidement de ressources en cas de catastrophe et d'intervenir promptement et efficacement ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) d'intensifier l'appui de l'OMS aux Etats Membres touchés par le tsunami et à tous les autres Etats Membres affectés par une crise ou une catastrophe qui s'efforcent d'améliorer les systèmes de surveillance de la maladie et l'accès à de l'eau propre, à des moyens d'assainissement, à des denrées alimentaires sûres, à des médicaments essentiels de qualité et à des soins de santé, notamment en matière de santé mentale, en fournissant les conseils techniques nécessaires, y compris sur la prise en charge des corps et la prévention des maladies transmissibles, et en assurant la communication rapide et correcte de l'information ;
- 2) de communiquer activement et en temps voulu, des informations exactes aux médias internationaux et locaux pour mettre fin aux rumeurs et prévenir ainsi les mouvements de panique, les conflits et les autres conséquences sociales et économiques ;
- 3) d'accorder une attention particulière au soutien aux Etats Membres pour l'établissement de modèles de prestation de services dans leurs systèmes sanitaires et sociaux ;
- 4) d'encourager la coopération relative aux activités sur le terrain entre l'OMS et les autres organisations internationales, avec l'appui des organismes donateurs, de façon à aider les gouvernements des pays touchés par le tsunami à coordonner les mesures prises pour relever les défis pour la santé publique, sous l'égide du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, et à planifier et assurer un relèvement rapide et durable des systèmes et des services de santé, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès de cette coopération ;
- 5) d'aider à concevoir les aspects sanitaires des programmes de soutien visant les personnes dont la vie et les moyens de subsistance ont été affectés par le tsunami, ainsi que les services nécessaires de prise en charge de leurs traumatismes physiques et mentaux ;
- 6) d'adapter et de revoir, le cas échéant, l'action dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours ainsi que dans les autres domaines associés aux interventions de l'ensemble de l'Organisation en cas de crise, et d'assurer les ressources nécessaires à son efficacité ;
- 7) de renforcer la capacité de l'OMS à fournir un appui dans le cadre des mécanismes de coordination du système des Nations Unies et d'autres institutions, en particulier le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, pour élaborer, tester et appliquer des plans de préparation aux situations d'urgence liés à la santé, répondre aux besoins sanitaires critiques des personnes dans des situations de crise, et planifier et mettre en oeuvre un relèvement durable après une crise ;
- 8) d'établir des voies hiérarchiques claires à l'OMS pour faciliter des interventions rapides et efficaces aux premiers stades d'une situation d'urgence et de communiquer clairement ces dispositions aux Etats Membres et aux autres partenaires du système des Nations Unies ;
- 9) de mobiliser les compétences sanitaires de l'OMS, d'accroître son aptitude à trouver les compétences extérieures, de faciliter une collaboration efficace entre les compétences locales et internationales, d'assurer la mise à jour et la pertinence des connaissances et du savoir-faire, et de faire en sorte que ces compétences soient disponibles afin d'assurer un appui technique rapide et approprié aux programmes sanitaires tant internationaux que nationaux de préparation aux catastrophes, d'intervention, d'atténuation des effets et de réduction des risques ;

10) de favoriser la poursuite active de la coopération de l'OMS avec la stratégie internationale de prévention des catastrophes, veillant ainsi à ce que l'accent soit suffisamment mis sur les préoccupations liées à la santé dans la mise en oeuvre des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) ;

11) de veiller à ce que l'OMS aide tous les groupes concernés à assurer la préparation aux catastrophes et aux crises, les interventions nécessaires et les opérations de relèvement ultérieures moyennant des évaluations fiables, réalisées en temps opportun, des souffrances et des dangers pour la survie des populations à partir des données de morbidité et de mortalité ; la coordination de l'action sanitaire en fonction de ces évaluations ; le recensement des problèmes qui menacent les issues sanitaires et la mise en oeuvre de mesures pour les résoudre ; et le renforcement des capacités locales et nationales, y compris le transfert de compétences, de données d'expérience et de technologie entre Etats Membres, compte dûment tenu des liens entre les opérations de secours et la reconstruction ;

12) de renforcer les services de logistique existants dans le cadre du mandat de l'OMS en coordination étroite avec les autres organisations humanitaires afin que les Etats Membres puissent disposer de la capacité opérationnelle nécessaire pour recevoir une assistance rapide et en temps voulu lorsqu'ils se trouvent confrontés à des crises de santé publique ;

13) d'élaborer des modèles et des lignes directrices pour l'évaluation rapide des incidences sanitaires après les crises, afin d'assurer des interventions appropriées, en temps voulu et efficaces dans les communautés affectées ;

14) d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 20 mai 2005 –
Commission A, premier rapport)

WHA58.2 Lutte antipaludique

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;¹

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables, en particulier en Afrique chez les enfants en bas âge et d'autres groupes vulnérables, et que la maladie menace toujours la vie de millions de personnes dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique ;

Rappelant que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la période 2001-2010 Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique² et que la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies figure au nombre des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

¹ Document A58/8.

² Résolution 55/284.

Rappelant en outre la résolution 59/256 de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique » ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme pour réduire de deux tiers la mortalité de l'enfant d'ici 2015 et pour contribuer à atteindre les autres objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

Reconnaissant que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a engagé 31 % de ses subventions, soit US \$921 millions, sur deux ans, en faveur de projets de lutte contre le paludisme dans 80 pays ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à instaurer des politiques et des plans opérationnels nationaux pour faire en sorte que, d'ici 2010, au moins 80 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient des principales interventions préventives et curatives conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin de réduire la charge du paludisme d'au moins 50 % d'ici 2010 et de 75 % d'ici 2015 ;
- 2) à évaluer et satisfaire les besoins en ressources humaines intégrées à tous les niveaux du système de santé afin d'atteindre les cibles de la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique et les objectifs de développement convenus sur le plan international de la Déclaration du Millénaire, et à prendre les mesures nécessaires pour recruter, former et fidéliser le personnel de santé ;
- 3) à accroître le soutien financier et l'aide au développement en faveur des activités de lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles et objectifs précités et à encourager et faciliter l'élaboration de nouveaux instruments pour augmenter l'efficacité de la lutte antipaludique, notamment en soutenant le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ;
- 4) à assurer la viabilité financière et à augmenter dans les pays d'endémie palustre l'allocation de ressources intérieures à la lutte antipaludique, et à créer les conditions favorables pour travailler avec le secteur privé afin d'améliorer l'accès à des services de lutte antipaludique de qualité ;
- 5) à poursuivre le renforcement rapide de la prévention en appliquant des méthodes promptes et économiquement efficaces, dont la distribution gratuite ou en grande partie subventionnée de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables, pour faire en sorte qu'au moins 60 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent et qu'au moins 60 % des personnes à risque utilisent des moustiquaires imprégnées d'insecticide, si telle est la méthode de lutte antivectorielle choisie ;
- 6) à favoriser la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, lorsque cette intervention est indiquée dans les conditions locales ;
- 7) à obtenir une participation communautaire et une collaboration multisectorielle à la lutte antivectorielle et aux autres actions préventives ;

- 8) à mettre sur pied ou renforcer la coopération entre les pays pour lutter contre la propagation du paludisme par-delà leurs frontières communes et par les voies migratoires ;
- 9) à encourager la collaboration intersectorielle, publique et privée, à tous les niveaux, en particulier dans le domaine de l'éducation ;
- 10) à favoriser un plus grand accès au traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, y compris l'engagement de nouveaux fonds, des mécanismes novateurs pour le financement et l'achat au niveau national de ce type de traitement et l'augmentation de la production d'artémisinine pour répondre aux besoins accrus ;
- 11) à soutenir, y compris par l'intermédiaire de partenariats mondiaux existants, le développement de nouveaux médicaments visant à prévenir et à traiter le paludisme, en particulier chez l'enfant et la femme enceinte, de tests diagnostiques sensibles et spécifiques, d'un ou de vaccin(s) efficace(s) et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de résistances ;
- 12) à soutenir l'action coordonnée visant à améliorer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation afin de mieux repérer et notifier les changements dans la couverture des interventions recommandées pour Faire reculer le paludisme et les réductions de la charge du paludisme qui en résultent ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer et d'élargir l'action menée par le Secrétariat pour améliorer les capacités nationales existantes et de coopérer avec les Etats Membres, en collaboration avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, afin d'assurer l'utilisation complète et efficace des ressources financières accrues destinées à la réalisation des cibles et objectifs internationaux, y compris les objectifs de développement liés au paludisme convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
- 2) de collaborer avec les pays impaludés, les partenaires du projet Faire reculer le paludisme et les pays exempts de paludisme exposés à un réel risque de réémergence, afin que les pays reçoivent tout l'appui dont ils ont besoin pour le suivi et l'évaluation nécessaires, y compris le développement et la mise en oeuvre de systèmes de pharmacovigilance appropriés ;
- 3) de collaborer avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, l'industrie et les organismes de développement afin que des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des antipaludiques efficaces, notamment ceux qui sont nécessaires pour les traitements par associations médicamenteuses, soient disponibles en quantités suffisantes, par exemple en étudiant la possibilité que l'OMS procède à des achats en gros au nom des Etats Membres qui le souhaitent, compte tenu de la nécessité de disposer de systèmes strictement réglementés de distribution d'antipaludiques ;
- 4) de fournir des conseils fondés sur des données factuelles aux Etats Membres sur l'usage approprié de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, compte tenu des expériences faites récemment dans le monde entier ;
- 5) de renforcer la collaboration avec les partenaires du secteur industriel et les milieux universitaires pour la mise au point de produits de lutte antipaludique d'un prix abordable et de qualité, notamment de tests diagnostiques rapides, sensibles, spécifiques et faciles à utiliser, d'un vaccin antipaludique efficace, d'antipaludiques novateurs, efficaces et sûrs, et de nouveaux

insecticides et modes d'application écologiques afin d'augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de résistances ;

6) de fournir un appui à la collaboration antipaludique entre les pays, en particulier en cas de risque de propagation par-delà leurs frontières communes ;

7) de promouvoir davantage la coopération et les partenariats entre les pays à l'appui des programmes de lutte antipaludique, afin d'assurer une utilisation efficiente et efficace des fonds disponibles pour combattre la maladie.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA58.3 Révision du Règlement sanitaire international

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de Règlement sanitaire international révisé ;¹

Considérant les articles 2 *k*), 21 *a*) et 22 de la Constitution de l'OMS ;

Rappelant qu'il a été fait état de la nécessité de réviser et de mettre à jour le Règlement sanitaire international dans les résolutions WHA48.7 sur la révision et la mise à jour du Règlement sanitaire international, WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie, WHA55.16 sur la présence naturelle, la dissémination accidentelle ou l'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale, WHA56.28 sur la révision du Règlement sanitaire international, et WHA56.29 sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), afin de répondre à la nécessité d'assurer la santé publique mondiale ;

Se félicitant de la résolution 58/3 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde, qui souligne l'importance du Règlement sanitaire international et demande instamment d'accorder un rang de priorité élevé à sa révision ;

Affirmant l'importance que continue de revêtir le rôle de l'OMS en matière d'alerte en cas d'épidémie et d'action face à des événements de santé publique au niveau mondial, conformément à son mandat ;

Soulignant l'importance que continue de revêtir le Règlement sanitaire international comme instrument mondial fondamental pour la protection contre la propagation internationale des maladies ;

Se félicitant du succès des travaux du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international ;

1. ADOPTE le Règlement sanitaire international révisé, désormais désigné sous le nom de « Règlement sanitaire international (2005) », joint à la présente résolution ;

¹ Voir document A58/4.

2. INVITE les Etats Membres et le Directeur général à mettre pleinement en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005), conformément à l'objet et à la portée énoncés à l'article 2 et aux principes définis à l'article 3 ;
3. DECIDE aux fins du paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) que les Etats Parties et le Directeur général soumettront leur premier rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et qu'à cette occasion l'Assemblée de la Santé examinera le calendrier de présentation des rapports ultérieurs et le premier examen du fonctionnement du Règlement conformément au paragraphe 2 de l'article 54 ;
4. DECIDE EN OUTRE qu'aux fins du paragraphe 1 de l'article 14 du Règlement sanitaire international (2005), les autres organisations intergouvernementales et les organismes internationaux compétents avec lesquels l'OMS est appelée à coopérer et à coordonner ses activités, selon le cas, sont notamment les suivants : Organisation des Nations Unies, Organisation internationale du Travail, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Agence internationale de l'Energie atomique, Organisation de l'Aviation civile internationale, Organisation maritime internationale, Comité international de la Croix-Rouge, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Association du Transport aérien international, Fédération internationale des Armateurs, et Office international des Epizooties ;
5. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à acquérir, renforcer et maintenir les capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et à mobiliser les ressources nécessaires à cette fin ;
 - 2) à collaborer activement entre eux et avec l'OMS conformément aux dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) de façon à en assurer la mise en oeuvre effective ;
 - 3) à apporter un soutien aux pays en développement et aux pays à économie en transition qui en font la demande pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
 - 4) à prendre toutes les mesures appropriées pour promouvoir le but puis la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005), en attendant son entrée en vigueur, y compris l'acquisition des capacités de santé publique requises et la mise au point des dispositions juridiques et administratives qui s'imposent, et en particulier à entamer le processus visant à introduire l'utilisation de l'instrument de décision qui fait l'objet de l'annexe 2 ;
6. PRIE le Directeur général :
 - 1) de notifier rapidement l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), conformément au paragraphe 1 de l'article 65 dudit Règlement ;
 - 2) d'informer d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux compétents de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) et, le cas échéant, de coopérer avec eux à la mise à jour de leurs normes, et de coordonner avec ceux-ci les activités de l'OMS au titre du Règlement sanitaire international (2005), afin d'assurer l'application de mesures adéquates pour la protection de la santé publique et le renforcement de l'action mondiale de santé publique face à la propagation internationale des maladies ;

- 3) de transmettre à l'Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI) les modifications recommandées à la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef¹ et, lorsque l'OACI aura achevé sa révision de la Déclaration générale d'aéronef, d'en informer l'Assemblée de la Santé et de remplacer l'annexe 9 du Règlement sanitaire international (2005) par la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef telle que révisée par l'OACI ;
- 4) d'acquérir et de renforcer les capacités de l'OMS à exécuter pleinement et de manière efficace les fonctions qui lui sont confiées au titre du Règlement sanitaire international (2005), en particulier au moyen des opérations sanitaires stratégiques qui apportent un soutien aux pays en vue du dépistage et de l'évaluation des urgences de santé publique et en vue de l'action pour y faire face ;
- 5) de collaborer avec les Etats Parties au Règlement sanitaire international (2005) s'il y a lieu, notamment en fournissant ou en facilitant la coopération technique et l'appui logistique ;
- 6) de collaborer avec les Etats Parties dans la mesure du possible à la mobilisation de ressources financières afin d'apporter un soutien aux pays en développement en vue de l'acquisition, du renforcement et du maintien des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 7) d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour l'application de mesures sanitaires aux postes-frontières terrestres, conformément à l'article 29 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 8) de créer le Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) conformément à l'article 50 du Règlement ;
- 9) de prendre immédiatement des mesures en vue de l'élaboration de lignes directrices concernant la mise en oeuvre et l'évaluation de l'instrument de décision contenu dans le Règlement sanitaire international (2005), notamment l'élaboration d'une procédure pour l'examen de son fonctionnement, qui seront soumises à l'examen de l'Assemblée de la Santé conformément au paragraphe 3 de l'article 54 du Règlement ;
- 10) de prendre des mesures pour établir une liste d'experts du RSI et de solliciter des candidatures, conformément à l'article 47 du Règlement sanitaire international (2005).

¹ Document A58/41 Add.2.

REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)**TITRE I – DEFINITIONS, OBJET ET PORTEE, PRINCIPES
ET AUTORITES RESPONSABLES***Article 1 Définitions*

1. Aux fins du Règlement sanitaire international (ci-après dénommé le « RSI » ou le « Règlement ») :

« aéronef » s'entend d'un aéronef effectuant un voyage international ;

« aéroport » s'entend d'un aéroport d'arrivée et de départ de vols internationaux ;

« affectés » s'entend de personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains qui sont infectés ou contaminés, ou qui véhiculent des sources d'infection ou de contamination, et constituent de ce fait un risque pour la santé publique ;

« arrivée » d'un moyen de transport s'entend :

a) dans le cas d'un navire de mer, de l'arrivée ou du mouillage dans la zone définie d'un port ;

b) dans le cas d'un aéronef, de l'arrivée dans un aéroport ;

c) dans le cas d'un bateau de navigation intérieure effectuant un voyage international, de l'arrivée à un point d'entrée ;

d) dans le cas d'un train ou d'un véhicule routier, de l'arrivée à un point d'entrée ;

« autorité compétente » s'entend d'une autorité responsable de la mise en oeuvre et de l'application de mesures sanitaires prises en vertu du présent Règlement ;

« bagages » s'entend des effets personnels d'un voyageur ;

« cargaison » s'entend des marchandises transportées dans un moyen de transport ou dans un conteneur ;

« colis postal » s'entend d'un article ou paquet muni d'une adresse et transporté par des services postaux ou de messagerie internationaux ;

« contamination » s'entend de la présence d'un agent ou d'une matière infectieux ou toxiques sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal, dans ou sur un produit destiné à la consommation ou sur d'autres objets inanimés, y compris des moyens de transport, pouvant constituer un risque pour la santé publique ;

« conteneur » s'entend d'un engin de transport :

a) ayant un caractère pérenne et étant, de ce fait, suffisamment résistant pour permettre son usage répété ;

- b) spécialement conçu pour faciliter le transport de marchandises, sans rupture de charge, par un ou plusieurs modes de transport ;
- c) muni de dispositifs qui en facilitent la manutention, notamment lors de son transbordement d'un moyen de transport à un autre ; et
- d) spécialement conçu de façon à être facile à remplir et à vider ;

« décontamination » s'entend d'une procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour éliminer un agent ou une matière infectieux ou toxiques sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal, dans ou sur un produit destiné à la consommation ou sur d'autres objets inanimés, y compris des moyens de transport, pouvant constituer un risque pour la santé publique ;

« départ » s'entend, pour une personne, un bagage, une cargaison, un moyen de transport ou une marchandise, de l'acte de quitter un territoire ;

« dératisation » s'entend de la procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer les rongeurs vecteurs de maladies humaines présents dans les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, services, marchandises et colis postaux au point d'entrée ;

« désinfection » s'entend de la procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer des agents infectieux présents sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal ou dans ou sur des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux par exposition directe à des agents chimiques ou physiques ;

« désinsectisation » s'entend de la procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer les insectes vecteurs de maladies humaines présents dans les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ;

« Directeur général » s'entend du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;

« données à caractère personnel » s'entend de toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable ;

« éléments de preuve scientifiques » s'entend des informations fournissant un élément de preuve sur la base de méthodes scientifiques établies et acceptées ;

« équipage » s'entend des personnes se trouvant à bord d'un moyen de transport hormis les passagers ;

« événement » s'entend d'une manifestation pathologique ou d'un fait créant un risque de maladie ;

« examen médical » s'entend de l'examen préliminaire d'une personne pratiqué par un agent de santé autorisé ou par une personne intervenant sous la supervision directe de l'autorité compétente, afin de déterminer si l'état de santé de cette personne présente un risque potentiel pour la santé publique ; il peut comprendre la vérification des documents sanitaires et un examen clinique si les circonstances le justifient en l'espèce ;

« exploitant d'un moyen de transport » s'entend de la personne physique ou morale responsable d'un moyen de transport, ou de son représentant ;

« infection » s'entend de la pénétration et du développement ou de la multiplication d'un agent infectieux dans l'organisme de personnes ou d'animaux pouvant constituer un risque pour la santé publique ;

« inspection » s'entend de l'examen, par l'autorité compétente ou sous sa supervision, des zones, bagages, conteneurs, moyens de transport, installations, marchandises ou colis postaux, ainsi que des informations et documents pertinents, afin de déterminer s'il existe un risque pour la santé publique ;

« intrusif » s'entend de la gêne provoquée par un contact rapproché ou intime ou un interrogatoire serré ;

« invasif » s'entend de l'effraction ou de l'incision cutanée ou de l'introduction d'un instrument ou d'un corps étranger dans l'organisme ou de l'examen d'une cavité. Aux fins du présent Règlement, l'examen médical de l'oreille, du nez ou de la bouche, la prise de la température au moyen d'un thermomètre auriculaire, buccal ou à contact cutané, ou au moyen de dispositifs d'imagerie thermique, l'inspection, l'auscultation, la palpation externe, la rétinoscopie, le recueil externe d'échantillons d'urine, de selles ou de salive, la mesure externe de la pression sanguine et l'électrocardiogramme ne sont pas considérés comme ayant un caractère invasif ;

« isolement » s'entend de la mise à l'écart de malades ou personnes contaminées ou de bagages, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux affectés de façon à prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination ;

« libre pratique » s'entend, pour un navire, de l'autorisation d'entrer dans un port, d'y procéder à l'embarquement ou au débarquement, au déchargement ou au chargement de cargaisons ou de provisions ; pour un aéronef, de l'autorisation, après atterrissage, de procéder à l'embarquement ou au débarquement, au déchargement ou au chargement de cargaisons ou de provisions ; et, pour un moyen de transport terrestre, de l'autorisation, à l'arrivée, de procéder à l'embarquement ou au débarquement, au déchargement ou au chargement de cargaisons ou de provisions ;

« malade » s'entend d'une personne souffrant ou atteinte d'un trouble physique susceptible de constituer un risque pour la santé publique ;

« maladie » s'entend d'une pathologie humaine ou d'une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain ;

« marchandises » s'entend de produits tangibles, y compris des animaux et des végétaux, transportés lors d'un voyage international, notamment pour être utilisés à bord d'un moyen de transport ;

« mesure sanitaire » s'entend des moyens utilisés pour prévenir la propagation des maladies ou la contamination ; une mesure sanitaire ne comprend pas des mesures d'application de la loi ni de sécurité ;

« moyen de transport » s'entend d'un aéronef, d'un navire, d'un train, d'un véhicule routier ou de tout autre moyen de transport utilisé pour un voyage international ;

« navire » s'entend d'un navire de mer ou d'un bateau de navigation intérieure qui effectue un voyage international ;

« observation à des fins de santé publique » s'entend de la surveillance de l'état de santé d'un voyageur dans le temps afin de déterminer le risque de transmission d'une maladie ;

« Organisation » ou « OMS » s'entend de l'Organisation mondiale de la Santé ;

« point de contact RSI à l'OMS » s'entend du service qui, à l'OMS, doit être à tout moment à même de communiquer avec le point focal national RSI ;

« point d'entrée » s'entend d'un point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie ;

« point focal national RSI » s'entend du centre national, désigné par chaque Etat Partie, qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS aux fins du présent Règlement ;

« port » s'entend d'un port de mer ou d'un port intérieur où arrivent ou d'où partent les navires effectuant un voyage international ;

« poste-frontière » s'entend d'un point d'entrée terrestre dans un Etat Partie, y compris un point utilisé par les véhicules routiers et les trains ;

« principes scientifiques » s'entend des lois fondamentales et des faits acceptés et connus grâce aux méthodes scientifiques ;

« quarantaine » s'entend de la restriction des activités et/ou de la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ou des bagages, conteneurs, moyens de transport ou marchandises suspects, de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination ;

« recommandation » et « recommandé » renvoient aux recommandations temporaires ou permanentes émises en vertu du présent Règlement ;

« recommandation permanente » s'entend de l'avis non contraignant émis par l'OMS en vertu de l'article 16 concernant l'application systématique ou périodique de mesures sanitaires appropriées face à certains risques persistants pour la santé publique, afin de prévenir ou de réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d'entraves au trafic international ;

« recommandation temporaire » s'entend de l'avis non contraignant émis par l'OMS en vertu de l'article 15 aux fins d'une application limitée dans le temps et en fonction du risque, pour faire face à une urgence de santé publique de portée internationale, de manière à prévenir ou à réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d'entraves au trafic international ;

« réservoir » s'entend d'un animal, d'une plante ou d'une substance qui héberge normalement un agent infectieux et dont la présence peut constituer un risque pour la santé publique ;

« résidence permanente » s'entend dans le sens déterminé par le droit interne de l'Etat Partie concerné ;

« résidence provisoire » s'entend dans le sens déterminé par le droit interne de l'Etat Partie concerné ;

« risque pour la santé publique » s'entend de la probabilité d'un événement qui peut nuire à la santé des populations humaines, plus particulièrement d'un événement pouvant se propager au niveau international ou présenter un danger grave et direct ;

« surveillance » s'entend de la collecte, de la compilation et de l'analyse systématiques et continues de données à des fins de santé publique et de la diffusion d'informations de santé publique en temps voulu à des fins d'évaluation et aux fins d'une action de santé publique, selon les besoins ;

« suspects » s'entend des personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux qu'un Etat Partie considère comme ayant été exposés ou ayant pu être exposés à un risque pour la santé publique et susceptibles de constituer une source de propagation de maladies ;

« trafic international » s'entend du mouvement des personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux qui traversent une frontière internationale, y compris des échanges commerciaux internationaux ;

« urgence de santé publique de portée internationale » s'entend d'un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le présent Règlement,

- i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et
- ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ;

« vecteur » s'entend d'un insecte ou de tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique ;

« véhicule de transport terrestre » s'entend d'un moyen de transport motorisé destiné au transport terrestre lors d'un voyage international, ce qui comprend les trains, les autocars, les camions et les automobiles ;

« véhicule routier » s'entend d'un véhicule de transport terrestre autre qu'un train ;

« vérification » s'entend de la fourniture à l'OMS par un Etat Partie d'informations confirmant un événement sur le ou les territoires de cet Etat Partie ;

« voyage international » s'entend :

- a) dans le cas d'un moyen de transport, d'un voyage entre des points d'entrée situés sur les territoires de plus d'un Etat, ou d'un voyage entre des points d'entrée situés sur le ou les territoires d'un même Etat si, pendant son voyage, le moyen de transport est en contact avec le territoire de tout autre Etat, mais uniquement pour ces contacts ;
- b) dans le cas d'un voyageur, d'un voyage comportant l'entrée sur le territoire d'un Etat autre que le territoire de l'Etat d'où part le voyageur ;

« voyageur » s'entend d'une personne physique qui effectue un voyage international ;

« zone affectée » s'entend d'un lieu géographique spécifique pour lequel des mesures sanitaires ont été recommandées par l'OMS en vertu du présent Règlement ;

« zone de chargement des conteneurs » s'entend d'un lieu ou d'une installation réservés aux conteneurs utilisés dans le trafic international.

2. Sauf dispositions contraires ou à moins que le contexte ne s'y oppose, toute référence au présent Règlement renvoie également aux annexes y relatives.

Article 2 Objet et portée

L'objet et la portée du présent Règlement consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Article 3 Principes

1. Le présent Règlement est mis en oeuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales.

2. La mise en oeuvre du présent Règlement est guidée par la Charte des Nations Unies et la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

3. La mise en oeuvre du présent Règlement est guidée par le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies.

4. En application de la Charte des Nations Unies et des principes du droit international, les Etats ont le droit souverain de légiférer et de promulguer la législation en vue de la mise en oeuvre de leurs politiques en matière de santé. Ce faisant, ils doivent favoriser les buts du présent Règlement.

Article 4 Autorités responsables

1. Chaque Etat Partie met en place ou désigne un point focal national RSI ainsi que les autorités responsables, dans sa propre juridiction, de la mise en oeuvre des mesures sanitaires prévues au présent Règlement.

2. Les points focaux nationaux RSI doivent être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS visés au paragraphe 3 du présent article. Les points focaux nationaux RSI auront notamment pour fonctions :

a) d'adresser aux points de contact RSI à l'OMS, au nom de l'Etat Partie concerné, les communications urgentes relatives à l'application du présent Règlement, notamment celles visées par les articles 6 à 12 ; et

b) de diffuser des informations auprès des secteurs compétents de l'administration de l'Etat Partie concerné, et notamment les secteurs responsables de la surveillance et de la déclaration, des points d'entrée, des services de santé publique, des dispensaires et hôpitaux et d'autres départements publics, et de rassembler les informations communiquées par ces secteurs.

3. L'OMS désigne des points de contact RSI qui doivent être à tout moment à même de communiquer avec les points focaux nationaux RSI. Les points de contact RSI à l'OMS adressent des communications urgentes au sujet de l'application du présent Règlement, en particulier des

dispositions des articles 6 à 12, aux points focaux nationaux RSI des Etats Parties concernés. L'OMS peut désigner des points de contact RSI au Siège de l'Organisation ou au niveau régional.

4. Les Etats Parties communiquent à l'OMS les coordonnées de leurs points focaux nationaux RSI et l'OMS communique aux Etats Parties les coordonnées de ses points de contact RSI. Ces coordonnées sont actualisées en permanence et confirmées annuellement. L'OMS communique à tous les Etats Parties les coordonnées des points focaux nationaux RSI qui lui sont communiquées en application du présent article.

TITRE II – INFORMATION ET ACTION DE SANTE PUBLIQUE

Article 5 Surveillance

1. Chaque Etat Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements en application du présent Règlement, comme indiqué à l'annexe 1.

2. A la suite de l'évaluation visée au paragraphe 2 de la partie A de l'annexe 1, un Etat Partie peut rendre compte à l'OMS en invoquant un besoin justifié et un plan d'action et, ce faisant, obtenir un délai supplémentaire de deux ans pour remplir l'obligation qui lui incombe aux termes du paragraphe 1 du présent article. Dans des circonstances exceptionnelles et en faisant valoir un nouveau plan d'action, l'Etat Partie peut demander que le délai soit encore prolongé de deux ans au maximum au Directeur général, qui se prononce en tenant compte de l'avis technique du Comité établi en vertu de l'article 50 (ci-après dénommé le « Comité d'examen »). Après la période prévue au paragraphe 1 du présent article, l'Etat Partie qui a obtenu un délai supplémentaire rend compte tous les ans à l'OMS des progrès accomplis dans la mise en oeuvre complète.

3. L'OMS aide les Etats Parties, à leur demande, à acquérir, renforcer et maintenir les capacités visées au paragraphe 1 du présent article.

4. L'OMS recueille des informations sur les événements dans le cadre de ses activités de surveillance, et elle évalue le risque de propagation internationale de maladies qu'ils comportent et les entraves au trafic international qu'ils peuvent créer. Les informations reçues par l'OMS en vertu du présent paragraphe sont traitées conformément aux dispositions des articles 11 et 45 le cas échéant.

Article 6 Notification

1. Chaque Etat Partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire au moyen de l'instrument de décision présenté à l'annexe 2. Chaque Etat Partie notifie à l'OMS, par les moyens de communication les plus efficaces dont il dispose, par l'intermédiaire du point focal national RSI et dans les 24 heures suivant l'évaluation des informations de santé publique, tout événement survenu sur son territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'instrument de décision, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à ces événements. Si la notification reçue par l'OMS touche à la compétence de l'Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA), l'OMS en informe immédiatement l'AIEA.

2. Après une notification, l'Etat Partie continue de communiquer en temps voulu à l'OMS les informations de santé publique exactes et suffisamment détaillées dont il dispose, si possible y compris la définition des cas, les résultats de laboratoire, la source et le type de risque, le nombre des

cas et des décès, les facteurs influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires utilisées ; et indique, si nécessaire, les difficultés rencontrées et l'aide dont il a besoin pour faire face à l'éventuelle urgence de santé publique de portée internationale.

Article 7 Communication d'informations en cas d'événements inattendus ou inhabituels

Si un Etat Partie dispose d'éléments indiquant la survenue d'un événement inattendu ou inhabituel sur son territoire, quelle qu'en soit l'origine ou la source, qui peut constituer une urgence de santé publique de portée internationale, il fournit à l'OMS toutes informations de santé publique pertinentes. Dans ce cas, les dispositions de l'article 6 s'appliquent intégralement.

Article 8 Consultation

Dans le cas où se produisent sur son territoire des événements n'exigeant pas la notification prévue à l'article 6, en particulier des événements pour lesquels il ne dispose pas de suffisamment d'informations pour utiliser l'instrument de décision, un Etat Partie peut néanmoins en tenir l'OMS informée par l'intermédiaire de son point focal national RSI, et consulter l'OMS à propos des mesures sanitaires à prendre. Ces communications sont régies par les dispositions des paragraphes 2 à 4 de l'article 11. L'Etat Partie sur le territoire duquel s'est produit l'événement peut demander à l'OMS de l'aider à vérifier les informations épidémiologiques qu'il a pu obtenir.

Article 9 Autres rapports

1. L'OMS peut tenir compte de rapports émanant de sources autres que les notifications ou les consultations et évalue ces rapports conformément aux principes épidémiologiques établis ; elle communique ensuite des informations sur l'événement en question à l'Etat Partie sur le territoire duquel cet événement est censé se produire. Avant de prendre quelque mesure que ce soit sur la base de ces rapports, l'OMS consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement est censé se produire et s'efforce de vérifier ces informations auprès de lui conformément aux procédures de vérification définies à l'article 10. A cette fin, l'OMS met les informations reçues à la disposition des Etats Parties, sachant que, seulement dans les cas où cela est dûment justifié, l'OMS peut préserver le caractère confidentiel de la source. Ces informations sont utilisées conformément à la procédure prévue à l'article 11.

2. Les Etats Parties, dans la mesure du possible, informent l'OMS dans les 24 heures suivant la réception de données établissant l'existence, en dehors de leur territoire, d'un risque identifié pour la santé publique pouvant être à l'origine de la propagation internationale de maladies, attesté par l'exportation ou l'importation :

- a) de cas humains ;
- b) de vecteurs d'infection ou de contamination ; ou
- c) de marchandises contaminées.

Article 10 Vérification

1. L'OMS, en application de l'article 9, demande à l'Etat Partie de vérifier les rapports provenant d'autres sources que les notifications ou consultations, selon lesquels des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale se produiraient sur son territoire. En pareil cas, l'OMS informe l'Etat Partie concerné au sujet des rapports qu'elle cherche à vérifier.

2. Conformément aux dispositions du paragraphe qui précède et de l'article 9, chaque Etat Partie, à la demande de l'OMS, procède aux vérifications voulues et :

- a) fournit dans les 24 heures une première réponse ou un accusé de réception de la demande de l'OMS ;
- b) fournit dans les 24 heures les informations de santé publique disponibles sur les événements visés dans la demande de l'OMS ; et
- c) communique des informations à l'OMS dans le contexte de l'évaluation effectuée au titre de l'article 6, notamment les informations décrites dans cet article.

3. Lorsque l'OMS est informée d'un événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, elle propose de collaborer avec l'Etat Partie concerné à l'évaluation du risque de propagation internationale de maladies, de l'entrave au trafic international qui pourrait être créée et de l'adéquation des mesures de lutte. Ces activités peuvent inclure une collaboration avec d'autres organisations de normalisation et l'offre de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place. A la demande de l'Etat Partie, l'OMS communique des informations à l'appui de cette offre.

4. Si l'Etat Partie n'accepte pas l'offre de collaboration, l'OMS peut, lorsque cela est justifié par l'ampleur du risque pour la santé publique, communiquer à d'autres Etats Parties les informations dont elle dispose, tout en exhortant l'Etat Partie à accepter l'offre de collaboration de l'OMS, en tenant compte des vues de l'Etat Partie concerné.

Article 11 Communication d'informations par l'OMS

1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, l'OMS communique à tous les Etats Parties et, selon les besoins, aux organisations intergouvernementales compétentes, dès que possible et par les moyens disponibles les plus efficaces, de façon confidentielle, les informations de santé publique qu'elle a reçues conformément aux articles 5 à 10 et qui sont nécessaires pour permettre aux Etats Parties de faire face à un risque pour la santé publique. L'OMS devrait communiquer aux autres Etats Parties des informations susceptibles de les aider à prévenir la survenue d'incidents analogues.

2. L'OMS utilise les informations reçues en application des articles 6 et 8 et du paragraphe 2 de l'article 9 aux fins de vérification, d'évaluation et d'assistance dans le cadre du présent Règlement et, sauf s'il en est autrement convenu avec les Etats Parties visés dans ces dispositions, elle ne communique généralement pas ces informations à d'autres Etats Parties avant que :

- a) il soit déterminé que l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'article 12 ; ou
- b) les informations attestant la propagation internationale de l'infection ou de la contamination aient été confirmées par l'OMS conformément aux principes épidémiologiques établis ; ou
- c) il soit établi que :

- i) les mesures contre la propagation internationale n'ont guère de chances d'aboutir en raison de la nature de la contamination, de l'agent pathogène, du vecteur ou du réservoir ; ou que
- ii) l'Etat Partie n'a pas la capacité opérationnelle suffisante pour mettre en oeuvre les mesures nécessaires pour prévenir une propagation plus étendue de la maladie ; ou
- d) la nature et l'étendue du mouvement international des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux pouvant être affectés par l'infection ou la contamination nécessitent la mise en oeuvre immédiate de mesures internationales de lutte.

3. L'OMS consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement est survenu quant à son intention de fournir des informations au titre du présent article.

4. Lorsqu'elle communique aux Etats Parties, conformément au présent Règlement, des informations qu'elle a reçues en application du paragraphe 2 du présent article, l'OMS peut également rendre ces informations publiques si d'autres informations concernant le même événement ont déjà été publiées et si la diffusion d'informations fiables et indépendantes s'impose.

Article 12 Détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale

1. Le Directeur général détermine, sur la base des informations qu'il reçoit, en particulier de l'Etat Partie sur le territoire duquel un événement se produit, si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale au regard des critères et de la procédure énoncés dans le présent Règlement.

2. Si le Directeur général considère, sur la base d'une évaluation en vertu du présent Règlement, qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, il consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement se produit au sujet de cette conclusion préliminaire. Si le Directeur général et l'Etat Partie conviennent de cette conclusion, le Directeur général, suivant la procédure énoncée à l'article 49, sollicite les vues du Comité créé en application de l'article 48 (ci-après dénommé le « Comité d'urgence ») concernant les recommandations temporaires appropriées.

3. Si, suite à la consultation prévue au paragraphe 2 ci-dessus, le Directeur général et l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement se produit ne s'entendent pas dans les 48 heures sur la question de savoir si l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, une décision est prise conformément à la procédure énoncée à l'article 49.

4. Pour déterminer si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, le Directeur général tient compte :

- a) des informations fournies par l'Etat Partie ;
- b) de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 ;
- c) de l'avis du Comité d'urgence ;
- d) des principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifiques disponibles et autres informations pertinentes ; et

e) d'une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international.

5. Si le Directeur général, après consultation de l'Etat Partie sur le territoire duquel l'urgence de santé publique de portée internationale est survenue, considère que l'urgence de santé publique de portée internationale a pris fin, il prend une décision conformément à la procédure énoncée à l'article 49.

Article 13 Action de santé publique

1. Chaque Etat Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale, conformément à l'annexe 1. L'OMS publie, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour aider les Etats Parties à acquérir les capacités d'action de santé publique.

2. A la suite de l'évaluation visée au paragraphe 2 de la partie A de l'annexe 1, un Etat Partie peut rendre compte à l'OMS en invoquant un besoin justifié et un plan d'action et, ce faisant, obtenir un délai supplémentaire de deux ans pour remplir l'obligation qui lui incombe aux termes du paragraphe 1 du présent article. Dans des circonstances exceptionnelles et en faisant valoir un nouveau plan d'action, l'Etat Partie peut demander que le délai soit encore prolongé de deux ans au maximum au Directeur général, qui prend la décision en tenant compte de l'avis technique du Comité d'examen. Après la période prévue au paragraphe 1 du présent article, l'Etat Partie qui a obtenu un délai supplémentaire rend compte tous les ans à l'OMS des progrès accomplis dans la mise en oeuvre complète.

3. A la demande d'un Etat Partie, l'OMS collabore à l'action en cas de risque pour la santé publique et d'autres événements en fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur place.

4. Si l'OMS, en consultation avec les Etats Parties concernés conformément à l'article 12, établit qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, elle peut offrir, outre le soutien indiqué au paragraphe 3 du présent article, une assistance supplémentaire à l'Etat Partie, et notamment une évaluation de la gravité du risque international et de l'adéquation des mesures de lutte. Elle peut, au titre de cette collaboration, offrir de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place. A la demande de l'Etat Partie, l'OMS communique des informations à l'appui de cette offre.

5. A la demande de l'OMS, les Etats Parties soutiennent, dans la mesure du possible, l'action coordonnée par l'OMS.

6. A leur demande, l'OMS offre de fournir des conseils et une assistance appropriés aux autres Etats Parties affectés ou menacés par l'urgence de santé publique de portée internationale.

Article 14 Coopération de l'OMS avec des organisations intergouvernementales et des organismes internationaux

1. L'OMS coopère et, le cas échéant, coordonne ses activités avec d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents pour la mise en oeuvre du présent Règlement, notamment par des accords et arrangements similaires.

2. Au cas où la notification ou la vérification d'un événement, ou l'action mise en oeuvre pour y faire face, relève principalement de la compétence d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux, l'OMS coordonne ses activités avec ces organisations ou organismes aux fins de l'application de mesures propres à protéger la santé publique.
3. Nonobstant ce qui précède, aucune disposition du présent Règlement n'empêche ni ne limite la fourniture par l'OMS de conseils, d'un soutien ou d'une assistance technique ou autre à des fins de santé publique.

TITRE III – RECOMMANDATIONS

Article 15 Recommandations temporaires

1. S'il a été établi, conformément à l'article 12, qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, le Directeur général publie des recommandations temporaires conformément à la procédure énoncée à l'article 49. Ces recommandations temporaires peuvent être modifiées ou prolongées, selon le cas, notamment après qu'il a été établi qu'une urgence de santé publique de portée internationale a cessé, après quoi d'autres recommandations temporaires peuvent être publiées, selon les besoins, aux fins d'en prévenir ou détecter rapidement la résurgence.
2. Les recommandations temporaires peuvent concerner les mesures sanitaires à mettre en oeuvre par l'Etat Partie où survient l'urgence de santé publique de portée internationale, ou par d'autres Etats Parties, en ce qui concerne les personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et/ou colis postaux pour prévenir ou réduire la propagation internationale de maladies et éviter toute entrave inutile au trafic international.
3. Les recommandations temporaires peuvent à tout moment être annulées conformément à la procédure définie à l'article 49 et expirent automatiquement trois mois après leur publication. Elles peuvent être modifiées ou prolongées pour des périodes supplémentaires de trois mois au maximum. Les recommandations temporaires ne peuvent être maintenues au-delà de la deuxième Assemblée mondiale de la Santé qui suit la décision relative à l'urgence de santé publique de portée internationale à laquelle elles se rapportent.

Article 16 Recommandations permanentes

L'OMS peut formuler des recommandations permanentes en vue de l'application systématique ou périodique de mesures sanitaires appropriées, conformément à l'article 53. De telles mesures peuvent être appliquées par les Etats Parties en ce qui concerne les personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et/ou colis postaux en cas de risques précis persistants pour la santé publique aux fins de prévenir ou de réduire la propagation internationale de maladies et d'éviter les entraves inutiles au trafic international. L'OMS peut, en vertu de l'article 53, modifier ces recommandations ou les annuler, le cas échéant.

Article 17 Critères applicables aux recommandations

Lorsqu'il formule, modifie ou annule des recommandations temporaires ou permanentes, le Directeur général tient compte :

- a) des points de vue des Etats Parties directement concernés ;
- b) de l'avis du Comité d'urgence ou du Comité d'examen, selon le cas ;

- c) des principes scientifiques ainsi que des éléments de preuve et des informations scientifiques disponibles ;
- d) des mesures sanitaires qui, sur la base d'une évaluation des risques adaptée à la situation, n'entravent pas le trafic et le commerce internationaux et ne sont pas plus intrusives pour les personnes que d'autres mesures raisonnablement disponibles qui assureraient la protection sanitaire requise ;
- e) des normes et instruments internationaux pertinents ;
- f) des activités menées par les autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents ; et
- g) des autres informations spécifiques et appropriées concernant l'événement.

S'agissant des recommandations temporaires, l'urgence de la situation peut limiter la prise en considération par le Directeur général des éléments visés aux alinéas e) et f) du présent article.

Article 18 Recommandations relatives aux personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux

1. Les recommandations adressées par l'OMS aux Etats Parties en ce qui concerne les personnes peuvent inclure les conseils suivants :

- aucune mesure sanitaire spécifique n'est préconisée ;
- examiner les antécédents de voyages dans des zones affectées ;
- examiner la preuve qu'un examen médical et des analyses en laboratoire ont été effectués ;
- exiger des examens médicaux ;
- examiner la preuve des vaccinations ou autres mesures prophylactiques ;
- exiger une vaccination ou une mesure prophylactique ;
- placer les personnes suspectes en observation à des fins de santé publique ;
- placer en quarantaine les personnes suspectes ou leur appliquer d'autres mesures sanitaires ;
- isoler ou traiter si nécessaire les personnes affectées ;
- rechercher les contacts des personnes suspectes ou affectées ;
- refuser l'entrée des personnes suspectes et affectées ;
- refuser l'entrée de personnes non affectées dans des zones affectées ; et
- soumettre à un dépistage les personnes en provenance de zones affectées et/ou leur appliquer des restrictions de sortie.

2. Les recommandations adressées par l'OMS aux Etats Parties en ce qui concerne les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux peuvent inclure les conseils suivants :

- aucune mesure sanitaire spécifique n'est préconisée ;
- examiner le manifeste et l'itinéraire ;
- effectuer des inspections ;
- examiner la preuve des mesures prises au départ ou pendant le transit pour éliminer l'infection ou la contamination ;
- effectuer le traitement des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains pour éliminer l'infection ou la contamination, y compris les vecteurs et les réservoirs ;
- appliquer des mesures sanitaires spécifiques pour garantir la sécurité de la manipulation et du transport de restes humains ;
- isoler ou placer en quarantaine ;
- exiger, en l'absence de traitement ou de processus efficace, la saisie et la destruction sous contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux infectés, contaminés ou suspects ; et
- refuser le départ ou l'entrée.

TITRE IV – POINTS D'ENTREE

Article 19 Obligations générales

Outre les autres obligations que le présent Règlement met à sa charge, chaque Etat Partie :

- a) veille à ce que les capacités énoncées à l'annexe 1 concernant les points d'entrée désignés soient acquises dans les délais prévus au paragraphe 1 de l'article 5 et au paragraphe 1 de l'article 13 ;
- b) précise quelles sont les autorités compétentes à chaque point d'entrée désigné sur son territoire ; et
- c) fournit à l'OMS, dans la mesure du possible lorsque celle-ci le demande pour faire face à un risque potentiel pour la santé publique, des données pertinentes concernant les sources d'infection ou de contamination, et notamment les vecteurs et réservoirs, à ses points d'entrée, qui risquent d'entraîner la propagation internationale de maladies.

Article 20 Aéroports et ports

1. Les Etats Parties désignent les aéroports et les ports qui doivent acquérir et maintenir les capacités prévues à l'annexe 1.

2. Les Etats Parties veillent à ce que les certificats d'exemption de contrôle sanitaire de navire et les certificats de contrôle sanitaire de navire soient délivrés conformément aux prescriptions de l'article 39 et au modèle figurant à l'annexe 3.

3. Chaque Etat Partie communique à l'OMS la liste des ports habilités à proposer :

- a) la délivrance des certificats de contrôle sanitaire de navire et la fourniture des services visés aux annexes 1 et 3 ; ou
- b) uniquement la délivrance des certificats d'exemption de contrôle sanitaire de navire ; et
- c) la prolongation du certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire pour une période d'un mois jusqu'à l'arrivée du navire dans le port auquel le certificat pourra être remis.

Chaque Etat Partie informe l'OMS de tout changement de statut des ports figurant sur la liste. L'OMS publie les informations reçues en application du présent paragraphe.

4. L'OMS peut, à la demande de l'Etat Partie concerné, faire le nécessaire pour certifier, à l'issue d'une enquête appropriée, qu'un aéroport ou un port situé sur le territoire de cet Etat Partie remplit les conditions énoncées aux paragraphes 1 et 3 du présent article. L'OMS peut revoir périodiquement ces certifications, en consultation avec l'Etat Partie.

5. L'OMS, en collaboration avec les organisations intergouvernementales et les organismes internationaux compétents, élabore et publie les principes directeurs pour la certification des aéroports et des ports visés au présent article. L'OMS publie également une liste des aéroports et des ports certifiés.

Article 21 Postes-frontières

1. Lorsque cela est justifié eu égard à la santé publique, un Etat Partie désigne les postes-frontières qui acquerront les capacités prévues à l'annexe 1, en prenant en considération :

- a) le volume et la fréquence des divers types de trafic international aux postes-frontières qui pourraient être désignés par un Etat Partie, par rapport à d'autres points d'entrée ; et
- b) les risques pour la santé publique présents dans les zones d'où provient le trafic international, ou qu'il traverse, avant son arrivée à un poste-frontière particulier.

2. Les Etats Parties ayant des frontières communes devraient envisager :

- a) de conclure des accords ou des arrangements bilatéraux ou multilatéraux concernant la prévention ou la maîtrise de la transmission internationale de maladies aux postes-frontières conformément à l'article 57 ; et
- b) de désigner conjointement des postes-frontières adjacents pour les capacités décrites à l'annexe 1, conformément au paragraphe 1 du présent article.

Article 22 Rôle des autorités compétentes

1. Les autorités compétentes :
 - a) veillent à ce que les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux et les restes humains au départ et en provenance de zones affectées soient maintenus dans un état tel qu'ils soient exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs ;
 - b) veillent, dans la mesure du possible, à ce que les installations utilisées par les voyageurs aux points d'entrée soient maintenues dans de bonnes conditions d'hygiène et restent exemptes de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs ;
 - c) supervisent la dératisation, la désinfection, la désinsectisation ou la décontamination des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains ou les mesures sanitaires appliquées aux personnes, conformément au présent Règlement ;
 - d) avertissent les exploitants de moyens de transport, aussi longtemps à l'avance que possible, de leur intention d'appliquer des mesures de lutte à un moyen de transport, et leur fournissent, le cas échéant, des informations écrites sur les méthodes à utiliser ;
 - e) supervisent l'enlèvement et l'élimination hygiénique de l'eau ou des aliments contaminés, ainsi que des excréments humains ou animaux, des eaux usées et de toute autre matière contaminée se trouvant à bord d'un moyen de transport ;
 - f) prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent Règlement pour surveiller et empêcher le rejet par les navires d'eaux usées, de déchets, d'eau de ballast et d'autres matières potentiellement pathogènes qui pourraient contaminer l'eau d'un port, d'un fleuve ou d'un canal, d'un détroit, d'un lac ou d'une autre voie navigable internationale ;
 - g) sont responsables de la supervision des fournisseurs de services concernant les voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux et les restes humains aux points d'entrée, y compris de la conduite des inspections et des examens médicaux selon les besoins ;
 - h) prévoient des dispositions d'urgence efficaces pour faire face à un événement imprévu affectant la santé publique ; et
 - i) communiquent avec le point focal national RSI au sujet des mesures de santé publique pertinentes prises en application du présent Règlement.
2. Les mesures sanitaires recommandées par l'OMS pour les voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains en provenance d'une zone affectée peuvent être appliquées à nouveau à l'arrivée s'il existe des indications vérifiables et/ou des éléments attestant que les mesures appliquées au départ de la zone affectée ont échoué.
3. La désinsectisation, la dératisation, la désinfection, la décontamination et toutes autres procédures sanitaires sont conduites de manière à éviter de causer un traumatisme et, autant que possible, une gêne aux personnes ou un dommage à l'environnement de nature à porter atteinte à la santé publique, ou un dommage aux bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux.

TITRE V – MESURES DE SANTE PUBLIQUE

Chapitre I – Dispositions générales

Article 23 Mesures sanitaires à l'arrivée et au départ

1. Sous réserve des accords internationaux applicables et des articles pertinents du présent Règlement, un Etat Partie peut, à des fins de santé publique, à l'arrivée ou au départ :

a) s'agissant des voyageurs :

i) les interroger au sujet de leur destination afin de pouvoir les contacter ;

ii) les interroger au sujet de leur itinéraire afin de vérifier s'ils ont séjourné dans une zone affectée ou à proximité, ou sur leurs autres contacts éventuels avec une infection ou une contamination avant leur arrivée, et vérifier les documents sanitaires de ces voyageurs s'ils sont exigés aux termes du présent Règlement ; et/ou

iii) exiger un examen médical non invasif, c'est-à-dire l'examen le moins intrusif possible pour atteindre l'objectif de santé publique ;

b) exiger l'inspection des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains.

2. Sur la base d'éléments attestant l'existence d'un risque pour la santé publique obtenus en appliquant les mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ou par d'autres moyens, les Etats Parties peuvent appliquer des mesures sanitaires supplémentaires conformément au présent Règlement, et en particulier en ce qui concerne un voyageur suspect ou affecté peuvent, au cas par cas, pratiquer l'examen médical le moins intrusif et le moins invasif possible pour atteindre l'objectif de santé publique consistant à prévenir la propagation internationale de maladies.

3. Les voyageurs ne sont soumis à aucun examen médical, aucune vaccination ni aucune mesure sanitaire ou prophylactique en vertu du présent Règlement sans que leur consentement exprès et éclairé, ou celui de leurs parents ou tuteurs, n'ait été obtenu au préalable, excepté en application du paragraphe 2 de l'article 31, et conformément à la législation et aux obligations internationales de l'Etat Partie.

4. Les voyageurs qui doivent être vaccinés ou à qui une mesure prophylactique doit être proposée en l'application du présent Règlement, ou leurs parents ou tuteurs, sont informés de tout risque associé à la vaccination ou la non-vaccination, et à l'utilisation ou la non-utilisation de la mesure prophylactique conformément à la législation et aux obligations internationales de l'Etat Partie. Les Etats Parties informent les médecins de cette obligation conformément à la législation de l'Etat Partie.

5. Tout examen médical, acte médical, vaccination ou autre mesure de prophylaxie qui comporte un risque de transmission de maladie n'est pratiqué sur un voyageur ou ne lui est administré que conformément aux normes et aux principes de sécurité reconnus aux niveaux national et international, de façon à réduire ce risque au maximum.

Chapitre II – Dispositions spéciales applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport

Article 24 Exploitants de moyens de transport

1. Les Etats Parties prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent Règlement pour assurer que les exploitants de moyens de transport :

- a) appliquent les mesures sanitaires recommandées par l’OMS et adoptées par l’Etat Partie ;
- b) informent les voyageurs des mesures sanitaires recommandées par l’OMS et adoptées par l’Etat Partie aux fins de leur application à bord ; et
- c) maintiennent en permanence les moyens de transport dont ils sont responsables exempts de sources d’infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs. L’application de mesures destinées à éliminer les sources d’infection ou de contamination peut être exigée si des signes de leur présence sont découverts.

2. Les dispositions particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en vertu du présent article figurent à l’annexe 4. Les mesures particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en ce qui concerne les maladies à transmission vectorielle figurent à l’annexe 5.

Article 25 Navires et aéronefs en transit

Sous réserve des dispositions des articles 27 et 43 ou à moins que les accords internationaux applicables ne l’autorisent, aucune mesure sanitaire n’est appliquée par un Etat Partie :

- a) à un navire ne provenant pas d’une zone affectée qui emprunte un canal ou une autre voie maritime situés sur le territoire de cet Etat Partie en direction d’un port situé sur le territoire d’un autre Etat. Un tel navire est autorisé à embarquer, sous la supervision de l’autorité compétente, du carburant, de l’eau, de la nourriture et des provisions ;
- b) à un navire qui traverse des eaux relevant de sa juridiction sans faire escale dans un port ou sur la côte ; ni
- c) à un aéronef en transit dans un aéroport relevant de sa juridiction, un tel aéronef pouvant néanmoins être confiné à une zone particulière de l’aéroport, sans embarquer ni débarquer, ou charger ni décharger. Un tel aéronef est toutefois autorisé à embarquer, sous la supervision de l’autorité compétente, du carburant, de l’eau, de la nourriture et des provisions.

Article 26 Camions, trains et autocars en transit

Sous réserve des dispositions des articles 27 et 43 ou à moins que les accords internationaux applicables ne l’autorisent, aucune mesure sanitaire n’est appliquée à un camion, un train ou un autocar civils ne provenant pas d’une zone affectée qui traverse un territoire sans embarquer ni débarquer, ou charger ni décharger.

Article 27 Moyens de transport affectés

1. Si des signes cliniques ou des symptômes et des informations se fondant sur des faits ou des éléments attestant qu'il existe un risque pour la santé publique, notamment des sources d'infection et de contamination, sont découverts à bord d'un moyen de transport, l'autorité compétente considère que le moyen de transport est affecté et peut :

- a) désinfecter, décontaminer, désinsectiser ou dératiser ce moyen de transport, selon le cas, ou faire appliquer ces mesures sous sa surveillance ; et
- b) décider dans chaque cas de la technique à utiliser pour maîtriser comme il convient le risque pour la santé publique conformément au présent Règlement. Si des méthodes ou des matériels sont recommandés par l'OMS pour ces opérations, ils doivent être utilisés, sauf si l'autorité compétente estime que d'autres méthodes sont aussi sûres et fiables.

L'autorité compétente peut prendre des mesures sanitaires supplémentaires, et notamment isoler le moyen de transport, si nécessaire, pour éviter la propagation d'une maladie. Ces mesures supplémentaires doivent être signalées au point focal national RSI.

2. Si l'autorité compétente au point d'entrée n'est pas à même d'appliquer les mesures de lutte prescrites par le présent article, le moyen de transport affecté peut néanmoins être autorisé à partir, à condition que :

- a) l'autorité compétente, au moment du départ, communique à l'autorité compétente au prochain point d'entrée connu les données mentionnées à l'alinéa b) ; et que
- b) dans le cas d'un navire, les signes constatés et les mesures de lutte requises soient consignés dans le certificat de contrôle sanitaire de navire.

Le moyen de transport en question est autorisé à charger, sous la surveillance de l'autorité compétente, du carburant, de l'eau, de la nourriture et des provisions.

3. Un moyen de transport qui a été considéré comme affecté n'est plus considéré comme tel dès lors que l'autorité compétente a acquis la conviction :

- a) que les mesures visées au paragraphe 1 du présent article ont été appliquées efficacement ; et
- b) qu'il n'existe à bord aucune condition pouvant constituer un risque pour la santé publique.

Article 28 Navires et aéronefs aux points d'entrée

1. Sous réserve des dispositions de l'article 43 ou de celles des accords internationaux applicables, un navire ou un aéronef ne peut être empêché, pour des raisons de santé publique, de faire escale à un point d'entrée. Toutefois, si ce point d'entrée n'est pas équipé pour appliquer les mesures sanitaires prévues par le présent Règlement, ordre peut être donné au navire ou à l'aéronef de poursuivre sa route, à ses propres risques, jusqu'au point d'entrée approprié le plus proche à sa disposition, sauf si un problème technique rend ce déroutement dangereux.

2. Sous réserve des dispositions de l'article 43 ou de celles des accords internationaux applicables, la *libre pratique* ne peut être refusée, pour des raisons de santé publique, à un navire ou un aéronef par les Etats Parties ; en particulier, il ne peut être empêché de procéder à l'embarquement ou au débarquement, au déchargement ou au chargement de marchandises ou de ravitaillement, ni d'embarquer du carburant, de l'eau, de la nourriture et des provisions. Les Etats Parties peuvent subordonner l'autorisation de *libre pratique* à une inspection et, si une source d'infection ou de contamination est découverte à bord, à la désinfection, à la décontamination, à la désinsectisation ou à la dératisation du navire ou de l'aéronef, ou à d'autres mesures nécessaires pour prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination.

3. Lorsque cela est possible, et sous réserve des dispositions du paragraphe précédent, un Etat Partie accorde la *libre pratique* à un navire ou un aéronef par radio ou par un autre moyen de communication lorsque, d'après les informations reçues de ce navire ou cet aéronef avant son arrivée, l'Etat Partie estime que cette arrivée n'entraînera pas l'introduction ou la propagation d'une maladie.

4. Le capitaine d'un navire ou le commandant de bord d'un aéronef, ou leur représentant informe les contrôleurs du port ou de l'aéroport dès que possible avant l'arrivée au port ou à l'aéroport de destination des éventuels cas de maladie indicatifs d'une pathologie de nature infectieuse, ou des éléments attestant l'existence d'un risque pour la santé publique à bord dès que le capitaine ou le commandant a connaissance de ces maladies ou de ces risques pour la santé publique. Ces informations doivent être immédiatement transmises à l'autorité compétente du port ou de l'aéroport. En cas d'urgence, elles devront être communiquées directement par le capitaine ou le commandant aux autorités compétentes du port ou de l'aéroport.

5. Si, pour des raisons indépendantes de la volonté de son commandant de bord ou de son capitaine, un aéronef ou un navire suspect ou affecté atterrit ailleurs que sur l'aéroport prévu, ou mouille dans un autre port que le port d'arrivée prévu, les dispositions suivantes s'appliquent :

- a) le commandant de bord de l'aéronef ou le capitaine du navire, ou toute autre personne qui en est responsable, s'efforce par tous les moyens de communiquer sans délai avec l'autorité compétente la plus proche ;
- b) dès que l'autorité compétente a été informée de l'atterrissage ou du mouillage, elle peut appliquer les mesures sanitaires recommandées par l'OMS ou d'autres mesures sanitaires prévues dans le présent Règlement ;
- c) sauf si l'urgence ou les besoins de la communication avec l'autorité compétente l'exigent, aucun voyageur présent à bord de l'aéronef ou du navire ne s'en éloigne et aucune cargaison n'en est éloignée, à moins que l'autorité compétente ne l'autorise ; et
- d) une fois mises en oeuvre toutes les mesures sanitaires prescrites par l'autorité compétente, l'aéronef ou le navire peut, pour ce qui est de ces mesures sanitaires, poursuivre sa route soit jusqu'à l'aéroport ou au port où il devait atterrir ou mouiller soit, si des raisons techniques l'en empêchent, jusqu'à un aéroport ou un port commodément situé.

6. Nonobstant les dispositions du présent article, le capitaine d'un navire ou le commandant de bord d'un aéronef peut prendre toutes les mesures d'urgence qui peuvent être nécessaires pour protéger la santé et la sécurité des passagers. Il informe l'autorité compétente dès que possible de toute mesure prise en application du présent paragraphe.

Article 29 Camions, trains et autocars civils aux points d'entrée

L'OMS, en consultation avec les Etats Parties, élabore des principes directeurs pour l'application de mesures sanitaires aux camions, trains et autocars civils se présentant aux points d'entrée et franchissant un poste-frontière.

Chapitre III – Dispositions spéciales applicables aux voyageurs

Article 30 Voyageurs en observation à des fins de santé publique

Sous réserve des dispositions de l'article 43 ou à moins que les accords internationaux applicables ne l'autorisent, un voyageur suspect qui est placé en observation à des fins de santé publique à son arrivée peut être autorisé à poursuivre un voyage international s'il ne constitue pas un risque imminent pour la santé publique et si l'Etat Partie informe l'autorité compétente au point d'entrée à destination de l'arrivée prévue du voyageur, s'il la connaît. A l'arrivée, le voyageur se présente à cette autorité.

Article 31 Mesures sanitaires liées à l'entrée des voyageurs

1. L'entrée d'un voyageur sur le territoire d'un Etat Partie n'est pas subordonnée à un examen médical invasif, une vaccination ou une autre mesure de prophylaxie. Sous réserve des dispositions des articles 32, 42 et 45, le présent Règlement n'interdit toutefois pas aux Etats Parties d'exiger un examen médical, une vaccination ou une autre mesure de prophylaxie ou la preuve des vaccinations ou des autres mesures de prophylaxie :

- a) lorsque cela est nécessaire pour déterminer s'il existe un risque pour la santé publique ;
- b) comme condition d'entrée pour tout voyageur qui sollicite la résidence temporaire ou permanente ;
- c) comme condition d'entrée pour tout voyageur, en application de l'article 43 ou des annexes 6 et 7 ; ou
- d) applicable en vertu de l'article 23.

2. Si un voyageur pour qui un Etat Partie peut exiger un examen médical, une vaccination ou une autre mesure de prophylaxie en vertu du paragraphe 1 du présent article refuse de donner son consentement, ou refuse de fournir les informations ou les documents visés au paragraphe 1.a) de l'article 23, l'Etat Partie concerné peut, sous réserve des dispositions des articles 32, 42 et 45, refuser l'entrée à ce voyageur. Si l'existence d'un risque imminent pour la santé publique est établie, l'Etat Partie peut, conformément à sa législation nationale et dans la mesure nécessaire pour lutter contre ce risque, obliger le voyageur à, ou lui conseiller de, conformément au paragraphe 3 de l'article 23 :

- a) se soumettre à l'examen médical le moins invasif et le moins intrusif possible pour atteindre l'objectif de santé publique visé ;
- b) se faire vacciner ou se soumettre à une autre mesure de prophylaxie ; ou
- c) se soumettre à des mesures sanitaires établies supplémentaires qui permettent de prévenir ou d'endiguer la propagation de la maladie, y compris l'isolement, la quarantaine ou le placement en observation à des fins de santé publique.

Article 32 Traitement des voyageurs

Lorsqu'ils appliquent les mesures sanitaires prévues par le présent Règlement, les Etats Parties traitent les voyageurs dans le respect de leur dignité et des droits humains fondamentaux afin de réduire au maximum l'inconfort ou la gêne pouvant être associés à ces mesures, notamment :

- a) en traitant tous les voyageurs avec courtoisie et respect ;
- b) en tenant compte du sexe de la personne et des préoccupations religieuses ou socio-culturelles des voyageurs ; et
- c) en fournissant ou en prenant des dispositions pour que soient fournis aux voyageurs placés en quarantaine ou en isolement, ou soumis à des examens médicaux ou à d'autres mesures de santé publique, de la nourriture et de l'eau en quantité suffisante, un hébergement et des vêtements appropriés, une protection pour leurs bagages et autres effets personnels, un traitement médical approprié, les moyens de communication nécessaires si possible dans une langue qu'ils comprennent et toute autre assistance appropriée.

**Chapitre IV – Dispositions spéciales applicables aux marchandises,
conteneurs et zones de chargement des conteneurs**

Article 33 Marchandises en transit

Sous réserve des dispositions de l'article 43 ou à moins que les accords internationaux applicables ne l'autorisent, les marchandises autres que les animaux vivants qui sont en transit sans transbordement ne sont pas soumises à des mesures sanitaires en vertu du présent Règlement ni retenues à des fins de santé publique.

Article 34 Conteneurs et zones de chargement des conteneurs

1. Les Etats Parties veillent, dans la mesure du possible, à ce que les chargeurs des conteneurs utilisent, dans le trafic international, des conteneurs exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs, en particulier au cours de l'empotage.
2. Les Etats Parties veillent, dans la mesure du possible, à ce que les zones de chargement des conteneurs demeurent exemptes de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs.
3. Lorsque, de l'avis de l'Etat Partie, le volume du trafic international des conteneurs est suffisamment important, les autorités compétentes prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent Règlement, notamment en effectuant des inspections, pour évaluer l'état sanitaire des conteneurs et des zones de chargement des conteneurs afin d'assurer que les obligations énoncées dans le présent Règlement sont remplies.
4. Dans la mesure du possible, des installations sont disponibles dans les zones de chargement des conteneurs pour l'inspection et l'isolement des conteneurs.
5. Les destinataires et les expéditeurs des conteneurs mettent tout en oeuvre pour éviter la contamination croisée lorsqu'ils procèdent au chargement de conteneurs à usages multiples.

TITRE VI – DOCUMENTS SANITAIRES

Article 35 Règle générale

Aucun document sanitaire autre que ceux prévus par le présent Règlement ou par des recommandations de l'OMS n'est exigé dans le trafic international, étant toutefois entendu que le présent article ne s'applique pas aux voyageurs sollicitant une autorisation de résidence temporaire ou permanente, et qu'il ne s'applique pas non plus aux documents relatifs à l'état, au regard de la santé publique, des marchandises ou cargaisons entrant dans le commerce international exigés par les accords internationaux applicables. L'autorité compétente peut exiger des voyageurs qu'ils remplissent des formulaires de renseignements sur leurs contacts et des questionnaires de santé, pour autant que soient réunies les conditions énoncées à l'article 23.

Article 36 Certificats de vaccination ou autres mesures de prophylaxie

1. Les vaccins et mesures de prophylaxie administrés aux voyageurs en application du présent Règlement ou de recommandations, et les certificats y afférents, doivent être conformes aux dispositions de l'annexe 6 et, s'il y a lieu, de l'annexe 7 concernant certaines maladies.
2. Un voyageur muni d'un certificat de vaccination ou d'un certificat attestant une autre mesure de prophylaxie délivré conformément aux dispositions de l'annexe 6 et, s'il y a lieu, de l'annexe 7, ne peut être refoulé du fait de la maladie visée par le certificat, même s'il vient d'une zone affectée, à moins que l'autorité compétente n'ait des indications vérifiables et/ou des éléments établissant que la vaccination ou la mesure de prophylaxie n'a pas eu d'effet.

Article 37 Déclaration maritime de santé

1. Avant sa première escale sur le territoire d'un Etat Partie, le capitaine d'un navire s'assure de l'état de santé à bord et, à moins que cet Etat Partie ne l'exige pas, il remplit et remet à l'autorité compétente du port, à l'arrivée ou avant l'arrivée du navire si celui-ci est doté de l'équipement voulu et si l'Etat Partie exige qu'elle lui soit remise à l'avance, une Déclaration maritime de santé qui est contresignée par le médecin de bord, s'il y en a un.
2. Le capitaine ou, s'il y en a un, le médecin de bord, fournit à l'autorité compétente tous les renseignements sur l'état de santé à bord au cours du voyage international.
3. La Déclaration maritime de santé doit être conforme au modèle présenté à l'annexe 8.
4. Un Etat Partie peut décider :
 - a) de ne pas exiger de tous les navires à l'arrivée qu'ils présentent la Déclaration maritime de santé ; ou
 - b) d'exiger la présentation de la Déclaration maritime de santé en application d'une recommandation concernant les navires en provenance de zones affectées ou de l'exiger des navires pouvant être autrement porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

L'Etat Partie informe les exploitants de navires ou leurs représentants de ces prescriptions.

Article 38 Partie de la Déclaration générale d'aéronef relative aux questions sanitaires

1. En vol ou à l'atterrissage sur le premier aéroport du territoire d'un Etat Partie, le commandant de bord d'un aéronef ou son représentant remplit de son mieux et remet à l'autorité compétente de cet aéroport, à moins que cet Etat Partie ne l'exige pas, la partie de la Déclaration générale d'aéronef relative aux questions sanitaires, qui doit être conforme au modèle présenté à l'annexe 9.
2. Le commandant de bord d'un aéronef ou son représentant fournit à l'Etat Partie tous les renseignements qu'il demande sur l'état de santé à bord au cours du voyage international et sur les mesures sanitaires éventuellement appliquées à l'aéronef.
3. Un Etat Partie peut décider :
 - a) de ne pas exiger de tous les aéronefs à l'arrivée qu'ils présentent la partie de la Déclaration générale d'aéronef relative aux questions sanitaires ; ou
 - b) d'exiger la présentation de la partie de la Déclaration générale d'aéronef relative aux questions sanitaires en application d'une recommandation concernant les aéronefs en provenance de zones affectées ou de l'exiger des aéronefs pouvant être autrement porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

L'Etat Partie informe les exploitants d'aéronefs ou leurs représentants de ces prescriptions.

Article 39 Certificats de contrôle sanitaire de navire

1. Les certificats d'exemption de contrôle sanitaire de navire et les certificats de contrôle sanitaire de navire sont valables six mois au maximum. Cette durée de validité peut être prolongée d'un mois si l'inspection ou les mesures de lutte requises ne peuvent pas être effectuées au port.
2. Si un certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire ou un certificat de contrôle sanitaire de navire valable ne peut être produit ou si l'existence à bord d'un risque pour la santé publique est établie, l'Etat Partie peut procéder comme indiqué au paragraphe 1 de l'article 27.
3. Les certificats visés au présent article doivent être conformes au modèle figurant à l'annexe 3.
4. Chaque fois que possible, les mesures de lutte sont mises en oeuvre lorsque le navire et les cales sont vides. Si le navire est sur lest, elles sont effectuées avant le chargement.
5. Lorsque des mesures de lutte sont requises et qu'elles ont été mises en oeuvre de façon satisfaisante, l'autorité compétente délivre un certificat de contrôle sanitaire de navire, dans lequel sont notés les signes constatés et les mesures de lutte appliquées.
6. L'autorité compétente peut délivrer un certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire dans tout port visé à l'article 20 si elle a la conviction que le navire est exempt d'infection et de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs. Un tel certificat n'est normalement délivré que si l'inspection du navire a été effectuée alors que le navire et les cales étaient vides ou ne contenaient que du lest ou d'autre matériel de telle nature ou disposé de telle façon qu'une inspection complète des cales était possible.
7. Si les conditions dans lesquelles les mesures de lutte sont appliquées sont telles que, de l'avis de l'autorité compétente du port où l'opération est pratiquée, un résultat satisfaisant ne peut être obtenu, l'autorité compétente fait figurer une note à cet effet sur le certificat de contrôle sanitaire de navire.

TITRE VII – DROITS

Article 40 Droits perçus au titre des mesures sanitaires concernant les voyageurs

1. Excepté pour les voyageurs qui sollicitent une autorisation de résidence temporaire ou permanente, et sous réserve du paragraphe 2 du présent article, l'Etat Partie ne perçoit pas d'autres droits en vertu du présent Règlement pour les mesures de protection de la santé publique suivantes :

- a) tout examen médical prévu par le présent Règlement, ou tout examen complémentaire, qui peut être exigé par l'Etat Partie pour s'assurer de l'état de santé du voyageur examiné ;
- b) toute vaccination ou autre mesure de prophylaxie administrée à un voyageur à l'arrivée, qui ne fait pas l'objet d'une prescription publiée ou qui a fait l'objet d'une prescription publiée moins de dix jours avant l'administration de la vaccination ou d'une autre mesure de prophylaxie ;
- c) mesures appropriées d'isolement ou de quarantaine imposées à un voyageur ;
- d) tout certificat délivré au voyageur stipulant les mesures appliquées et la date d'application ; ou
- e) toute mesure sanitaire concernant les bagages accompagnant les voyageurs.

2. Les Etats Parties peuvent percevoir des droits pour des mesures sanitaires autres que celles visées au paragraphe 1 du présent article, y compris celles appliquées principalement dans l'intérêt du voyageur.

3. Si des droits sont perçus pour l'application de ces mesures sanitaires aux voyageurs en vertu du présent Règlement, il ne doit y avoir dans chaque Etat Partie qu'un seul tarif pour ces droits, qui tous :

- a) sont conformes à ce tarif ;
- b) ne dépassent pas le coût effectif du service fourni ; et
- c) sont perçus quels que soient la nationalité, le domicile ou le lieu de résidence des voyageurs concernés.

4. Le tarif, et toute modification pouvant y être apportée, est publié au moins dix jours avant la perception de tout droit y figurant.

5. Aucune disposition du présent Règlement n'empêche les Etats Parties de solliciter le remboursement des dépenses encourues du fait des mesures sanitaires visées au paragraphe 1 du présent article :

- a) auprès des exploitants ou des propriétaires de moyens de transport en ce qui concerne leurs employés ; ou
- b) auprès des assureurs concernés.

6. Les voyageurs ou les exploitants de moyens de transport ne peuvent en aucun cas se voir refuser la possibilité de quitter le territoire d'un Etat Partie en attendant le règlement des droits visés aux paragraphes 1 et 2 du présent article.

Article 41 Droits perçus sur les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises ou les colis postaux

1. Si des droits sont perçus pour l'application de mesures sanitaires aux bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux en vertu du présent Règlement, il ne doit y avoir dans chaque Etat Partie qu'un seul tarif pour ces droits, qui tous :

- a) sont conformes à ce tarif ;
- b) ne dépassent pas le coût effectif du service fourni ; et
- c) sont perçus quels que soient la nationalité, le pavillon, l'immatriculation ou le propriétaire des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux concernés. En particulier, aucune distinction n'est faite entre les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux nationaux et étrangers.

2. Le tarif, et toute modification pouvant y être apportée, est publié au moins dix jours avant la perception de tout droit y figurant.

TITRE VIII – DISPOSITIONS GENERALES

Article 42 Mise en oeuvre des mesures sanitaires

Les mesures sanitaires prises en vertu du présent Règlement sont mises en oeuvre et menées à bien sans retard et appliquées de manière transparente et non discriminatoire.

Article 43 Mesures sanitaires supplémentaires

1. Le présent Règlement n'empêche pas les Etats Parties d'appliquer, dans le but de faire face à des risques particuliers pour la santé publique ou à des urgences de santé publique de portée internationale, des mesures sanitaires conformes à leur législation nationale applicable et aux obligations que leur impose le droit international qui :

- a) assurent un niveau de protection de la santé identique ou supérieur aux recommandations de l'OMS ; ou
- b) sont par ailleurs interdites par l'article 25, l'article 26, les paragraphes 1 et 2 de l'article 28, l'article 30, le paragraphe 1.c) de l'article 31 et l'article 33 ;

pour autant que ces mesures soient autrement compatibles avec le présent Règlement.

Ces mesures ne doivent pas être plus restrictives pour le trafic international ni plus intrusives ou invasives pour les personnes que les autres mesures raisonnablement applicables qui permettraient d'assurer le niveau approprié de protection de la santé.

2. Les Etats Parties fondent leur décision d'appliquer les mesures sanitaires visées au paragraphe 1 du présent article ou les autres mesures sanitaires visées au paragraphe 2 de l'article 23, au paragraphe 1 de l'article 27, au paragraphe 2 de l'article 28 et au paragraphe 2.c) de l'article 31 sur :

- a) des principes scientifiques ;
- b) les éléments scientifiques disponibles indiquant un risque pour la santé humaine ou, si ces éléments sont insuffisants, les informations disponibles, émanant notamment de l'OMS et d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents ; et
- c) tout conseil ou avis spécifique disponible émis par l'OMS.

3. Un Etat Partie qui applique les mesures sanitaires supplémentaires visées au paragraphe 1 du présent article, qui entravent de manière importante le trafic international, fournit à l'OMS les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui la justifient. L'OMS communique ces informations à d'autres Etats Parties et communique les informations concernant les mesures sanitaires appliquées. Aux fins du présent article, entrave importante s'entend généralement du refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés, ou du report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ.

4. Après avoir évalué les informations fournies en application des paragraphes 3 et 5 du présent article et les autres informations pertinentes, l'OMS peut demander à l'Etat Partie concerné de réexaminer l'opportunité d'appliquer les mesures.

5. Un Etat Partie qui applique les mesures sanitaires supplémentaires visées aux paragraphes 1 et 2 du présent article qui entravent de manière importante le trafic international informe l'OMS, dans les 48 heures qui suivent leur mise en oeuvre, de ces mesures et de leur justification sanitaire à moins qu'elles ne fassent l'objet d'une recommandation temporaire ou permanente.

6. Un Etat Partie qui applique une mesure sanitaire en vertu du paragraphe 1 ou du paragraphe 2 du présent article la réexamine dans un délai de trois mois en tenant compte de l'avis de l'OMS et des critères énoncés au paragraphe 2 du présent article.

7. Sans préjudice des droits que lui confère l'article 56, tout Etat Partie qui subit les conséquences d'une mesure prise en vertu du paragraphe 1 ou du paragraphe 2 du présent article peut demander à l'Etat Partie qui applique cette mesure de le consulter pour lui apporter des éclaircissements sur les informations scientifiques et les raisons de santé publique à l'origine de la mesure et trouver une solution acceptable pour les deux Etats Parties.

8. Les dispositions du présent article peuvent s'appliquer à la mise en oeuvre de mesures concernant des voyageurs prenant part à des rassemblements importants.

Article 44 Collaboration et assistance

1. Les Etats Parties s'engagent à collaborer entre eux, dans la mesure du possible, pour :

- a) détecter et évaluer les événements, et y faire face conformément au présent Règlement ;

- b) assurer ou faciliter la coopération technique et l'apport d'un soutien logistique, en particulier pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique conformément au présent Règlement ;
 - c) mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application de leurs obligations au titre du présent Règlement ; et
 - d) formuler des projets de loi et d'autres dispositions juridiques et administratives aux fins de l'application du présent Règlement.
2. L'OMS collabore, dans la mesure du possible, avec les Etats Parties pour :
- a) évaluer et apprécier leurs capacités de santé publique afin de faciliter l'application efficace du présent Règlement ;
 - b) assurer ou faciliter la coopération technique et l'apport d'un soutien logistique aux Etats Parties ; et
 - c) mobiliser des ressources financières qui aideront les pays en développement à acquérir, renforcer et maintenir les capacités prévues à l'annexe 1.
3. La collaboration prévue par le présent article peut être mise en oeuvre à de multiples niveaux, y compris bilatéralement, par le biais de réseaux régionaux et des bureaux régionaux de l'OMS, et par l'intermédiaire d'organisations intergouvernementales et organismes internationaux.

Article 45 Traitement des données à caractère personnel

1. Les informations sanitaires recueillies ou reçues par un Etat Partie d'un autre Etat Partie ou de l'OMS en application du présent Règlement et qui se rapportent à une personne identifiée ou identifiable sont tenues confidentielles et traitées de façon anonyme comme le prévoit la législation nationale.
2. Nonobstant le paragraphe 1, les Etats Parties peuvent divulguer et utiliser des données à caractère personnel si cela est nécessaire pour évaluer et gérer un risque pour la santé publique, mais les Etats Parties, conformément à la législation nationale, et l'OMS veillent à ce que ces données :
- a) soient traitées en toute impartialité et dans le respect de la légalité et ne soient pas utilisées d'une manière incompatible avec ce but ;
 - b) soient adéquates, pertinentes et n'excèdent pas ce qui est nécessaire dans ce but ;
 - c) soient exactes et, s'il y a lieu, actualisées ; toutes les dispositions raisonnables doivent être prises pour garantir que les données inexactes ou incomplètes sont effacées ou rectifiées ; et
 - d) ne soient pas conservées plus longtemps qu'il n'est nécessaire.
3. L'OMS fournit, dans la mesure du possible, à l'intéressé qui en fait la demande les données à caractère personnel le concernant visées au présent article, sous une forme intelligible, sans délais ou frais excessifs, et, si nécessaire, permet d'y apporter des corrections.

Article 46 Transport et manipulation de substances biologiques, réactifs et matériels utilisés à des fins diagnostiques

Dans le respect de la législation nationale et des principes directeurs internationaux qui s'appliquent, les Etats Parties facilitent le transport, l'entrée, la sortie, le traitement et l'élimination des substances biologiques, échantillons diagnostiques, réactifs et autres matériels diagnostiques aux fins de la vérification et de l'action requises par le présent Règlement.

**TITRE IX – LISTE D'EXPERTS DU RSI,
COMITE D'URGENCE ET COMITE D'EXAMEN**

Chapitre I – Liste d'experts du RSI

Article 47 Composition

Le Directeur général établit une liste d'experts de tous les domaines de compétence pertinents (ci-après dénommée « Liste d'experts du RSI »). Sauf si le présent Règlement en dispose autrement, le Directeur général nomme les membres de la Liste d'experts du RSI conformément au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts de l'OMS (ci-après dénommé le « Règlement applicable aux tableaux d'experts de l'OMS »). De plus, il nomme un membre à la demande de chaque Etat Partie et, le cas échéant, des experts proposés par les organisations intergouvernementales et les organisations d'intégration économique régionale compétentes. Les Etats Parties intéressés communiquent au Directeur général les qualifications et le domaine de compétence de chaque expert qu'ils proposent. Le Directeur général informe périodiquement les Etats Parties et les organisations intergouvernementales et organisations d'intégration économique régionale compétentes de la composition de la Liste d'experts du RSI.

Chapitre II – Le Comité d'urgence

Article 48 Mandat et composition

1. Le Directeur général crée un Comité d'urgence qui, à la demande du Directeur général, donne son avis sur :

- a) la question de savoir si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale ;
- b) la question de savoir si une urgence de santé publique de portée internationale a pris fin ; et
- c) la proposition d'émettre, de modifier, de proroger ou d'annuler des recommandations temporaires.

2. Le Comité d'urgence est composé d'experts choisis par le Directeur général parmi les membres de la Liste d'experts du RSI et, s'il y a lieu, d'autres tableaux d'experts de l'Organisation. Le Directeur général détermine la durée du mandat des membres afin d'assurer la continuité de l'examen d'un événement particulier et de ses conséquences. Le Directeur général choisit les membres du Comité d'urgence sur la base des compétences et de l'expérience requises pour une séance particulière et en tenant dûment compte des principes d'une représentation géographique équitable. L'un au moins des membres du Comité d'urgence devrait être un expert désigné par un Etat Partie sur le territoire duquel l'événement survient.

3. Le Directeur général peut, de sa propre initiative ou à la demande du Comité d'urgence, nommer un ou plusieurs experts techniques pour conseiller le Comité.

Article 49 Procédure

1. Le Directeur général convoque les réunions du Comité d'urgence en choisissant plusieurs experts parmi ceux visés au paragraphe 2 de l'article 48, en fonction des domaines de compétence et de l'expérience qui correspondent le mieux à l'événement spécifique qui est en train de se produire. Aux fins du présent article, les « réunions » du Comité d'urgence peuvent désigner des téléconférences, visioconférences ou communications électroniques.

2. Le Directeur général communique au Comité d'urgence l'ordre du jour et toute information pertinente concernant l'événement, y compris les informations fournies par les Etats Parties, ainsi que toute recommandation temporaire que le Directeur général se propose de formuler.

3. Le Comité d'urgence élit son Président et, après chaque réunion, établit un rapport succinct de ses débats et délibérations dans lequel il fait figurer ses avis sur d'éventuelles recommandations.

4. Le Directeur général invite l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement se produit à présenter ses vues au Comité d'urgence. A cet effet, le Directeur général l'informe aussi longtemps à l'avance que nécessaire, de la date et de l'ordre du jour de la réunion du Comité d'urgence. L'Etat Partie concerné ne peut cependant pas demander l'ajournement de la réunion du Comité d'urgence pour lui exposer ses vues.

5. L'avis du Comité d'urgence est communiqué au Directeur général pour examen. Le Directeur général décide en dernier ressort.

6. Le Directeur général informe les Etats Parties de sa décision de déclarer qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale ou qu'elle a pris fin et leur fait part de toute mesure sanitaire prise par l'Etat Partie concerné, des recommandations temporaires éventuelles et de leur modification, prorogation ou annulation, ainsi que de l'avis du Comité d'urgence. Il informe également de ces recommandations temporaires, y compris de leur modification, prorogation ou annulation, les exploitants de moyens de transport, par l'intermédiaire des Etats Parties et des organismes internationaux compétents. Il diffuse ensuite ces informations et recommandations dans le grand public.

7. Les Etats Parties sur le territoire desquels l'événement s'est produit peuvent proposer au Directeur général de mettre fin à une urgence de santé publique de portée internationale et/ou aux recommandations temporaires, et peuvent présenter un exposé à cet effet au Comité d'urgence.

Chapitre III – Le Comité d'examen

Article 50 Mandat et composition

1. Le Directeur général crée un Comité d'examen qui exerce les fonctions suivantes :

- a) adresser des recommandations techniques au Directeur général concernant des amendements au présent Règlement ;
- b) donner au Directeur général des avis techniques concernant les recommandations permanentes et toute modification ou annulation de celles-ci ;

- c) donner des avis techniques au Directeur général sur toute question dont il est saisi par celui-ci concernant le fonctionnement du présent Règlement.
2. Le Comité d'examen est considéré comme un comité d'experts et est assujéti au Règlement applicable aux tableaux d'experts de l'OMS, sauf si le présent article en dispose autrement.
 3. Les membres du Comité d'examen sont choisis et nommés par le Directeur général parmi les personnes inscrites sur la Liste d'experts du RSI et, s'il y a lieu, à d'autres tableaux d'experts de l'Organisation.
 4. Le Directeur général fixe le nombre de membres à inviter à une réunion du Comité d'examen, ainsi que la date et la durée de la réunion, et il convoque le Comité.
 5. Le Directeur général nomme les membres du Comité d'examen pour la durée des travaux d'une session seulement.
 6. Le Directeur général choisit les membres du Comité d'examen sur la base des principes d'une représentation géographique équitable, de la parité entre les sexes, d'une représentation équilibrée des pays développés et des pays en développement, de la représentation des différents courants de pensée, approches et expériences pratiques dans les diverses régions du monde, et d'un équilibre interdisciplinaire approprié.

Article 51 Conduite des travaux

1. Les décisions du Comité d'examen sont prises à la majorité des membres présents et votants.
2. Le Directeur général invite les Etats Membres, l'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées et d'autres organisations intergouvernementales ou organisations non gouvernementales compétentes en relations officielles avec l'OMS à désigner des représentants pour assister aux sessions du Comité. Ces représentants peuvent soumettre des mémorandums et, avec l'accord du Président, faire des déclarations sur les sujets à l'examen. Ils n'ont pas le droit de vote.

Article 52 Rapports

1. Pour chaque session, le Comité d'examen établit un rapport exposant ses avis et conseils. Ce rapport est approuvé par le Comité avant la fin de la session. Ces avis et conseils n'engagent pas l'Organisation et sont présentés sous la forme de conseils adressés au Directeur général. Le texte du rapport ne peut pas être modifié sans l'accord du Comité.
2. Si les conclusions du Comité d'examen ne sont pas unanimes, tout membre a le droit d'exprimer un ou des avis professionnels divergents dans un rapport individuel ou de groupe, qui indique les raisons pour lesquelles une opinion dissidente est formulée et qui fait partie du rapport du Comité.
3. Le rapport du Comité est soumis au Directeur général, qui communique les avis et conseils du Comité à l'Assemblée de la Santé ou au Conseil exécutif pour examen et suite à donner.

Article 53 Procédure applicable aux recommandations permanentes

Lorsque le Directeur général considère qu'une recommandation permanente est nécessaire et appropriée face à un risque pour la santé publique, il sollicite les vues du Comité d'examen. Outre les paragraphes pertinents des articles 50 à 52, les dispositions suivantes sont applicables :

- a) le Directeur général ou, par son intermédiaire, les Etats Parties peuvent soumettre au Comité d'examen des propositions concernant la formulation, la modification ou l'annulation de recommandations permanentes ;
- b) tout Etat Partie peut soumettre au Comité d'examen des informations pertinentes pour examen ;
- c) le Directeur général peut demander à tout Etat Partie, toute organisation intergouvernementale ou toute organisation non gouvernementale en relations officielles avec l'OMS de mettre à la disposition du Comité d'examen les informations dont ils disposent concernant l'objet des recommandations permanentes proposées, tel qu'indiqué par le Comité d'examen ;
- d) le Directeur général peut, à la demande du Comité d'examen ou de sa propre initiative, désigner un ou plusieurs experts techniques pour conseiller le Comité d'examen. Ces experts n'ont pas le droit de vote ;
- e) les rapports contenant les avis et conseils du Comité d'examen sur les recommandations permanentes sont transmis au Directeur général pour examen et décision. Le Directeur général communique les avis et conseils du Comité d'examen à l'Assemblée de la Santé ;
- f) le Directeur général communique aux Etats Parties les recommandations permanentes, ainsi que les modifications apportées à celles-ci ou leur annulation, en y joignant les avis du Comité d'examen ;
- g) le Directeur général soumet les recommandations permanentes à l'Assemblée de la Santé suivante pour examen.

TITRE X – DISPOSITIONS FINALES

Article 54 Présentation de rapports et examen

1. Les Etats Parties et le Directeur général font rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du présent Règlement selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé.
2. L'Assemblée de la Santé examine périodiquement le fonctionnement du présent Règlement. A cette fin, elle peut demander conseil au Comité d'examen par l'intermédiaire du Directeur général. Le premier de ces examens a lieu au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur du présent Règlement.
3. L'OMS procède périodiquement à des études pour examiner et évaluer le fonctionnement de l'annexe 2. Le premier de ces examens est entrepris un an au plus tard après l'entrée en vigueur du présent Règlement. Les résultats de ces examens sont soumis, s'il y a lieu, à l'examen de l'Assemblée de la Santé.

Article 55 Amendements

1. Tout Etat Partie ou le Directeur général peut proposer des amendements au présent Règlement. Ces amendements sont soumis à l'Assemblée de la Santé pour examen.
2. Le texte de tout amendement proposé est communiqué à tous les Etats Parties par le Directeur général au moins quatre mois avant l'Assemblée de la Santé à laquelle cet amendement est soumis pour examen.
3. Les amendements au présent Règlement adoptés par l'Assemblée de la Santé conformément au présent article entrent en vigueur à l'égard de tous les Etats Parties dans les mêmes conditions et sous réserve des mêmes droits et obligations que ceux prévus à l'article 22 de la Constitution de l'OMS et aux articles 59 à 64 du présent Règlement.

Article 56 Règlement des différends

1. Si un différend surgit entre deux Etats Parties ou plus concernant l'interprétation ou l'application du présent Règlement, les Etats Parties concernés s'efforcent d'abord de le régler par la négociation ou par tout autre moyen pacifique de leur choix, y compris en recourant aux bons offices ou à la médiation d'un tiers ou à la conciliation. En cas d'échec, les Parties au différend restent tenues de poursuivre leurs efforts en vue de parvenir à un règlement.
2. Si le différend n'est pas réglé par les moyens exposés au paragraphe 1 du présent article, les Etats Parties en cause peuvent convenir de soumettre le différend au Directeur général, qui fait tout son possible pour le régler.
3. Un Etat Partie peut à tout moment déclarer par écrit au Directeur général qu'il accepte de soumettre à l'arbitrage obligatoire tous les différends concernant l'interprétation ou l'application du présent Règlement auxquels il est Partie ou tel différend spécifique l'opposant à tout autre Etat Partie qui accepte la même obligation. L'arbitrage se déroule conformément au Règlement facultatif de la Cour permanente d'arbitrage pour l'arbitrage des différends entre deux Etats en vigueur à la date de présentation de la demande d'arbitrage. Les Etats Parties qui sont convenus d'accepter l'arbitrage comme obligatoire acceptent la sentence arbitrale comme étant obligatoire et définitive. Le Directeur général en informe l'Assemblée de la Santé s'il y a lieu.
4. Aucune des dispositions du présent Règlement ne porte atteinte au droit qu'ont les Etats Parties en vertu de tout accord international auquel ils sont Parties, de recourir aux mécanismes de règlement des différends mis en place par d'autres organisations intergouvernementales ou en vertu d'un accord international.
5. En cas de différend entre l'OMS et un ou plusieurs Etats Parties au sujet de l'interprétation ou de l'application du présent Règlement, la question est soumise à l'Assemblée de la Santé.

Article 57 Relation avec d'autres accords internationaux

1. Les Etats Parties reconnaissent que le RSI et les autres accords internationaux pertinents doivent être interprétés de manière à assurer leur compatibilité. Les dispositions du RSI n'affectent pas les droits et obligations des Etats Parties qui découlent d'autres accords internationaux.
2. Sous réserve du paragraphe 1 du présent article, aucune disposition du présent Règlement n'interdit aux Etats Parties qui ont certains intérêts communs du fait de leur situation sanitaire,

géographique, sociale ou économique de conclure des traités ou arrangements distincts pour faciliter l'application du présent Règlement, notamment en ce qui concerne :

- a) l'échange direct et rapide d'informations sur la santé publique entre des territoires voisins de différents Etats ;
- b) les mesures sanitaires applicables au trafic côtier international et au trafic international dans les eaux relevant de leur compétence ;
- c) les mesures sanitaires applicables dans des territoires contigus de différents Etats sur leurs frontières communes ;
- d) l'organisation du transport des personnes affectées ou des restes humains affectés à l'aide d'un moyen de transport spécialement adapté ; et
- e) la dératisation, la désinsectisation, la désinfection, la décontamination ou tout autre traitement conçu pour rendre des marchandises exemptes d'agents pathogènes.

3. Sans préjudice de leurs obligations découlant du présent Règlement, les Etats Parties qui sont membres d'une organisation d'intégration économique régionale appliquent les règles communes en vigueur au sein de cette organisation dans le cadre de leurs relations mutuelles.

Article 58 Accords et règlements sanitaires internationaux

1. Sous réserve des dispositions de l'article 62 et des exceptions prévues ci-après, le présent Règlement remplace entre les Etats qu'il lie et entre ces Etats et l'OMS les dispositions des accords et règlements sanitaires internationaux ci-après :

- a) Convention sanitaire internationale, signée à Paris le 21 juin 1926 ;
- b) Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne, signée à La Haye le 12 avril 1933 ;
- c) Arrangement international concernant la suppression des patentes de santé, signé à Paris le 22 décembre 1934 ;
- d) Arrangement international concernant la suppression des visas consulaires sur les patentes de santé, signé à Paris le 22 décembre 1934 ;
- e) Convention portant modification de la Convention sanitaire internationale du 21 juin 1926, signée à Paris le 31 octobre 1938 ;
- f) Convention sanitaire internationale de 1944 portant modification de la Convention du 21 juin 1926, ouverte à la signature à Washington le 15 décembre 1944 ;
- g) Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne de 1944 portant modification de la Convention du 12 avril 1933, ouverte à la signature à Washington le 15 décembre 1944 ;
- h) Protocole du 23 avril 1946 prorogeant la Convention sanitaire internationale de 1944, signé à Washington ;

- i) Protocole du 23 avril 1946 prorogeant la Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne de 1944, signé à Washington ;
- j) Règlement sanitaire international de 1951 et Règlements additionnels de 1955, 1956, 1960, 1963 et 1965 ; et
- k) Règlement sanitaire international de 1969 et amendements de 1973 et 1981.

2. Le Code sanitaire panaméricain, signé à La Havane le 14 novembre 1924, reste en vigueur, à l'exception des articles 2, 9, 10, 11, 16 à 53 inclus, 61 et 62, auxquels s'appliquent les dispositions pertinentes du paragraphe 1 du présent article.

Article 59 Entrée en vigueur ; délai prévu pour formuler un refus ou des réserves

1. Le délai prévu à l'article 22 de la Constitution de l'OMS pour refuser le présent Règlement ou un amendement à celui-ci ou y formuler des réserves est de 18 mois à compter de la date de notification, par le Directeur général, de l'adoption du présent Règlement ou dudit amendement au présent Règlement par l'Assemblée de la Santé. Un refus ou une réserve reçus par le Directeur général après l'expiration de ce délai sera sans effet.

2. Le présent Règlement entre en vigueur 24 mois après la date de notification visée au paragraphe 1 du présent article, excepté à l'égard :

- a) d'un Etat qui a refusé le Règlement ou un amendement à celui-ci conformément à l'article 61 ;
- b) d'un Etat qui a formulé une réserve, et à l'égard duquel le Règlement entre en vigueur comme prévu à l'article 62 ;
- c) d'un Etat qui devient Membre de l'OMS après la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 1 du présent article et qui n'est pas déjà partie au présent Règlement, à l'égard duquel le Règlement entre en vigueur comme prévu à l'article 60 ; et
- d) d'un Etat non Membre de l'OMS mais qui accepte le présent Règlement et à l'égard duquel ce dernier entre en vigueur conformément au paragraphe 1 de l'article 64.

3. Si un Etat est dans l'incapacité d'ajuster ses dispositions législatives et administratives nationales dans le délai prévu au paragraphe 2 du présent article pour les mettre en pleine conformité avec le présent Règlement, il adresse au Directeur général dans le délai spécifié au paragraphe 1 du présent article une déclaration concernant les ajustements qui restent à apporter et procède auxdits ajustements au plus tard dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie.

Article 60 Nouveaux Etats Membres de l'OMS

Tout Etat qui devient Membre de l'OMS après la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 1 de l'article 59, et qui n'est pas déjà Partie au présent Règlement, peut faire savoir qu'il le refuse ou qu'il y fait des réserves dans un délai de douze mois à compter de la date de la notification que lui a adressée le Directeur général après qu'il est devenu Membre de l'OMS. Sous réserve des dispositions des articles 62 et 63, et sauf en cas de refus, le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de cet Etat à l'expiration du délai susvisé. Le présent Règlement n'entre en aucun cas

en vigueur à l'égard de cet Etat moins de 24 mois après la date de la notification visée au paragraphe 1 de l'article 59.

Article 61 Refus

Si un Etat notifie au Directeur général son refus du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci dans le délai prévu au paragraphe 1 de l'article 59, le présent Règlement ou l'amendement concerné n'entre pas en vigueur à l'égard de cet Etat. Tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 auquel cet Etat est déjà Partie demeure en vigueur pour ce qui le concerne.

Article 62 Réserves

1. Tout Etat peut formuler des réserves au Règlement en application du présent article. Ces réserves ne doivent pas être incompatibles avec l'objet et le but du présent Règlement.

2. Toute réserve au présent Règlement doit être notifiée au Directeur général conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l'article 59 et de l'article 60, le paragraphe 1 de l'article 63 ou le paragraphe 1 de l'article 64 selon le cas. Un Etat non Membre de l'OMS doit aviser le Directeur général de toute réserve qu'il fait dans sa notification d'acceptation du présent Règlement. Tout Etat qui formule des réserves doit en faire connaître les motifs au Directeur général.

3. Un refus partiel du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci équivaut à une réserve.

4. En application des dispositions du paragraphe 2 de l'article 65, le Directeur général notifie toute réserve reçue au titre du paragraphe 2 du présent article. Le Directeur général :

a) si la réserve a été formulée avant l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux Etats Membres qui n'ont pas refusé le présent Règlement de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve ; ou

b) si la réserve a été formulée après l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux Etats Parties de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve.

Les Etats qui formulent une objection à une réserve doivent en indiquer les motifs au Directeur général.

5. Passé ce délai, le Directeur général avise l'ensemble des Etats Parties des objections reçues concernant les réserves. Si, à l'issue du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, un tiers des Etats visés au paragraphe 4 du présent article ne se sont pas opposés à la réserve, celle-ci est considérée comme acceptée et le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de l'Etat réservataire, à l'exception des dispositions faisant l'objet de la réserve.

6. Si un tiers au moins des Etats visés au paragraphe 4 du présent article s'opposent à une réserve avant l'expiration du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, le Directeur général en avise l'Etat réservataire pour que celui-ci envisage de retirer sa réserve dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification que lui a adressée le Directeur général.

7. L'Etat réservataire continue de s'acquitter de toutes obligations portant sur l'objet de la réserve qu'il a acceptées dans le cadre d'un accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58.

8. Si l'Etat auteur d'une réserve ne retire pas celle-ci dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 6 du présent article, et si l'Etat auteur de la réserve en fait la demande, le Directeur général demande l'avis du Comité d'examen. Le Comité d'examen informe le Directeur général, dans les meilleurs délais et conformément aux dispositions de l'article 50, des répercussions pratiques de la réserve sur l'application du présent Règlement.

9. Le Directeur général soumet la réserve et l'avis du Comité d'examen, le cas échéant, à l'Assemblée de la Santé pour examen. Si l'Assemblée de la Santé, par un vote à la majorité simple, s'oppose à la réserve au motif qu'elle est incompatible avec l'objet et le but du présent Règlement, la réserve n'est pas acceptée et le présent Règlement n'entre en vigueur à l'égard de l'Etat réservataire qu'après qu'il a retiré sa réserve conformément à l'article 63. Si l'Assemblée de la Santé accepte la réserve, le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de l'Etat réservataire avec cette réserve.

Article 63 Retrait d'un refus et d'une réserve

1. Un refus émis au titre de l'article 61 peut, à tout moment, être retiré par un Etat moyennant une notification adressée au Directeur général. Dans ce cas, le Règlement entre en vigueur à l'égard de cet Etat à la date de la réception, par le Directeur général, de la notification, sauf si l'Etat émet une réserve lorsqu'il retire son refus, auquel cas le Règlement entre en vigueur comme prévu à l'article 62. En aucun cas, le Règlement n'entre en vigueur à l'égard de cet Etat avant un délai de 24 mois après la date de la notification visée au paragraphe 1 de l'article 59.

2. Tout ou partie d'une réserve peuvent à tout moment être retirés par l'Etat Partie concerné moyennant une notification adressée au Directeur général. Dans ce cas, le retrait prend effet à compter de la date de la réception, par le Directeur général, de la notification.

Article 64 Etats non Membres de l'OMS

1. Les Etats non Membres de l'OMS, mais qui sont Parties à un accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 ou auxquels le Directeur général a notifié l'adoption du présent Règlement par l'Assemblée mondiale de la Santé, peuvent devenir Parties à celui-ci en notifiant leur acceptation au Directeur général. Sous réserve des dispositions de l'article 62, cette acceptation prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent Règlement ou, si elle est notifiée après cette date, trois mois après le jour de la réception par le Directeur général de ladite notification.

2. Les Etats non Membres de l'OMS devenus Parties au présent Règlement peuvent à tout moment dénoncer leur participation audit Règlement par une notification adressée au Directeur général ; cette dénonciation prend effet six mois après réception de la notification. L'Etat qui a dénoncé sa participation applique de nouveau, à partir de ce moment, les dispositions de tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 auquel il était précédemment Partie.

Article 65 Notifications par le Directeur général

1. Le Directeur général notifie l'adoption du présent Règlement par l'Assemblée de la Santé à tous les Etats Membres et Membres associés de l'OMS, ainsi qu'aux autres Parties à tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58.

2. Le Directeur général notifie également à ces Etats, ainsi qu'à tout autre Etat devenu Partie au présent Règlement ou à tout amendement au présent Règlement, toute notification reçue par l'OMS en application des articles 60 à 64 respectivement, ainsi que toute décision prise par l'Assemblée de la Santé en application de l'article 62.

Article 66 Textes authentiques

1. Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe du présent Règlement font également foi. Les textes originaux du présent Règlement sont déposés aux archives de l'OMS.

2. Des copies certifiées conformes du présent Règlement sont expédiées par le Directeur général à tous les Membres et Membres associés, ainsi qu'aux autres Parties à tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58, avec la notification prévue au paragraphe 1 de l'article 59.

3. Au moment de l'entrée en vigueur du présent Règlement, le Directeur général en transmet des copies certifiées conformes au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour enregistrement, conformément à l'article 102 de la Charte des Nations Unies.

ANNEXE 1

**A. PRINCIPALES CAPACITES REQUISES POUR
LA SURVEILLANCE ET L'ACTION**

1. Les Etats Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment :

- a) de leurs activités de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, d'action et de collaboration ; et
- b) de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés.

2. Chaque Etat Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de la présente annexe. A la suite de cette évaluation, les Etats Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire comme il est stipulé au paragraphe 1 de l'article 5 et au paragraphe 1 de l'article 13.

3. Les Etats Parties et l'OMS soutiennent sur demande les processus d'évaluation, de planification et de mise en oeuvre prévus dans la présente annexe.

4. Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique

La capacité :

- a) de détecter, dans toutes les zones du territoire de l'Etat Partie, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour la période et le lieu considérés ; et
- b) de communiquer immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé. Au niveau communautaire, les communications sont adressées aux établissements de soins de santé de la communauté locale ou au personnel de santé approprié. Au niveau primaire d'action de santé publique, les communications sont adressées au niveau d'action intermédiaire ou national, selon les structures organiques. Aux fins de la présente annexe, les données essentielles incluent les informations suivantes : descriptions cliniques, résultats de laboratoire, sources et types de risques, nombre de cas humains et de décès, conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées ; et
- c) d'appliquer immédiatement des mesures de lutte préliminaires.

5. Au niveau intermédiaire d'action de santé publique

La capacité :

- a) de confirmer la nature des événements signalés et d'appuyer ou d'appliquer immédiatement des mesures de lutte supplémentaires ; et
- b) d'évaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, de communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Aux fins de la présente annexe, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation.

6. Au niveau national

Evaluation et notification. La capacité :

- a) d'évaluer dans les 48 heures tous les événements urgents qui sont signalés ; et
- b) d'aviser immédiatement l'OMS, par l'intermédiaire du point focal national RSI, lorsque l'évaluation indique que l'événement doit être déclaré en application de l'article 6, paragraphe 1 et de l'annexe 2, et de fournir à l'OMS les informations demandées à l'article 7 et à l'article 9, paragraphe 2.

Action de santé publique. La capacité :

- a) de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation au niveau national et international ;
- b) d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ;
- c) d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ;
- d) d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en oeuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;
- e) d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ;
- f) d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clés, pour diffuser, sur le territoire de l'Etat Partie et sur celui d'autres Etats Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ;
- g) d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; et
- h) d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.

**B. PRINCIPALES CAPACITES REQUISES DES AEROPORTS,
PORTS ET POSTES-FRONTIERES DESIGNES**

1. En permanence

La capacité :

- a) i) d'assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ; et
- ii) de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;

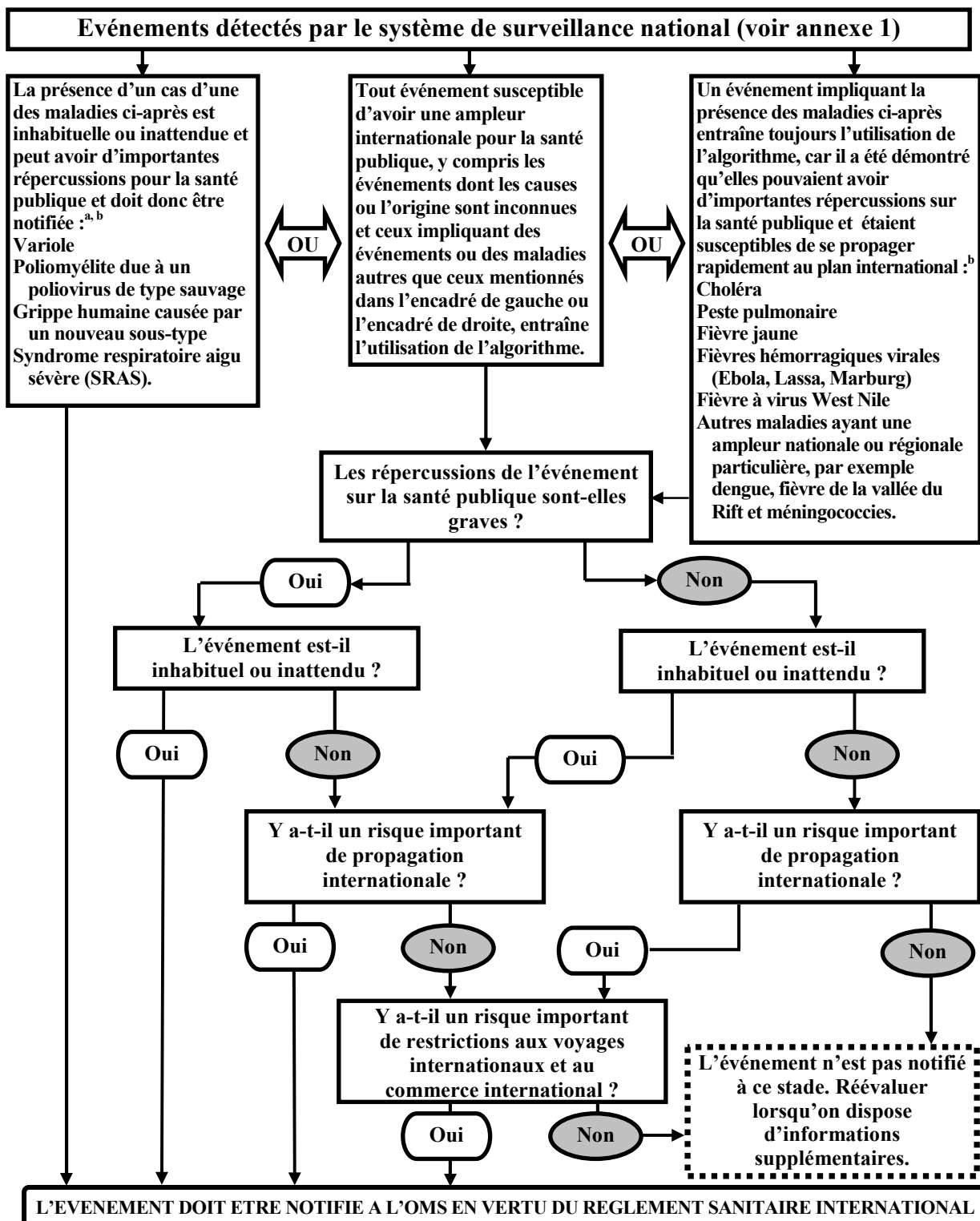
- b) de mettre à disposition le matériel voulu et le personnel approprié pour permettre le transport des voyageurs malades vers un service médical approprié ;
 - c) de fournir les services d'un personnel qualifié pour l'inspection des moyens de transport ;
 - d) d'assurer l'hygiène des services utilisés par les voyageurs au point d'entrée, y compris l'approvisionnement en eau potable, les établissements de restauration, les services de restauration à bord et les toilettes publiques, ainsi que celle des services d'évacuation des déchets solides et liquides et des autres zones potentiellement à risque, en conduisant, au besoin, des programmes d'inspection ; et
 - e) de mettre en place dans la mesure où cela est possible dans la pratique un programme conduit par du personnel qualifié pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci.
2. Pour faire face aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale

La capacité :

- a) d'organiser une action appropriée en établissant et en maintenant un plan d'intervention pour les urgences de santé publique, y compris la désignation d'un coordonnateur et de responsables pour les points d'entrée et les organismes et services de santé publique et autres qui sont concernés ;
- b) d'assurer l'examen et la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés en passant des accords avec les services médicaux et vétérinaires locaux pour permettre leur isolement et leur traitement et fournir les autres services d'appui éventuellement nécessaires ;
- c) de prévoir un espace approprié, séparé des autres voyageurs, pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées ;
- d) d'assurer l'examen et, si nécessaire, la mise en quarantaine des voyageurs suspects, de préférence dans des installations éloignées du point d'entrée ;
- e) d'appliquer les mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, y compris, si nécessaire, dans des lieux spécialement affectés et équipés à cette fin ;
- f) de soumettre les voyageurs à l'arrivée et au départ à des contrôles d'entrée et de sortie ; et
- g) d'assurer l'accès à des équipements spéciaux et à du personnel qualifié convenablement protégé, pour permettre le transfert des voyageurs pouvant être porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

ANNEXE 2

**INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES
ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE
PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE**



^a Selon les définitions de cas de l'OMS.

^b Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

**EXEMPLES POUR L'APPLICATION DE L'INSTRUMENT DE DECISION
A L'EVALUATION ET LA NOTIFICATION D'EVENEMENTS QUI PEUVENT
CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE**

Les exemples figurant dans la présente annexe n'ont pas de caractère contraignant et sont fournis à titre indicatif pour aider à l'interprétation des critères applicables à l'instrument de décision.

L'EVENEMENT REpond-IL A DEUX AU MOINS DES CRITERES SUIVANTS ?

Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	<p align="center">I. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?</p>
	<p>1. <i>Le nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'événement est-il élevé pour le lieu, la période ou la population considérés ?</i></p>
	<p>2. <i>L'événement risque-t-il d'avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES POUVANT AVOIR D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Événement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (infectiosité de l'agent, taux de létalité élevé, voies de transmission multiples ou porteur sain). ✓ Indication de l'échec du traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec des antidotes). ✓ L'événement constitue un risque important pour la santé publique, même si le nombre de cas recensés chez l'être humain est nul ou très faible. ✓ Cas signalés parmi le personnel de santé. ✓ Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.). ✓ Facteurs concomitants susceptibles d'entraver ou de retarder l'action de santé publique (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans l'Etat Partie). ✓ L'événement survient dans une zone à forte densité de population. ✓ Propagation de matériel toxique ou infectieux ou de matériel dangereux pour d'autres raisons, d'origine naturelle ou autre, qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.
	<p>3. <i>Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'événement en cours, ou pour éviter de nouveaux cas ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE AIDE PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> – moyens de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'événement (matériel, personnel, ressources financières) ; – manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins et/ou de matériel de protection, de décontamination ou de soutien pour satisfaire les besoins estimés ; – incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas en temps utile.
<p align="center">LES RÉPERCUSSIONS DE L'ÉVÉNEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE SONT-ELLES GRAVES ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.</p>	

	II. L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?
L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	<p>4. <i>L'événement est-il inhabituel ?</i></p> <p>EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INHABITUELS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'événement est causé par un agent inconnu, ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus. ✓ L'évolution des cas est plus grave que prévu (notamment le taux de morbidité ou de létalité) ou s'accompagne de symptômes inhabituels. ✓ La survenue de l'événement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.
	<p>5. <i>L'événement est-il inattendu dans une perspective de santé publique ?</i></p> <p>EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'événement est causé par une maladie/un agent qui a déjà été éliminé(e) ou éradiqué(e) dans l'Etat Partie ou qui n'a pas été signalé(e) précédemment.
	<p>L'ÉVÉNEMENT EST-IL INHABITUEL OU INATTENDU ?</p> <p>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.</p>

	III. Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?
Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	<p>6. <i>Y a-t-il des signes de lien épidémiologique avec des événements semblables dans d'autres Etats ?</i></p>
	<p>7. <i>Y a-t-il un facteur quelconque qui fasse craindre la possibilité d'un mouvement transfrontières de l'agent, du vecteur ou de l'hôte ?</i></p> <p>EXEMPLES DE CIRCONSTANCES FAVORABLES À UNE PROPAGATION INTERNATIONALE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas indicateur (ou d'autres cas qui lui sont associés) observé[s] le mois précédent : <ul style="list-style-type: none"> – sujet ayant effectué un voyage international au cours de cette période (ou pendant une durée équivalant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu) ; ou – sujet ayant participé à un rassemblement international (pèlerinage, manifestation sportive, conférence, etc.) ; ou – sujet ayant eu un contact rapproché avec un voyageur international ou une population très mobile. ✓ Événement causé par une contamination de l'environnement qui risque de se propager au-delà des frontières internationales. ✓ Événement survenant dans une zone de trafic international intense ayant une capacité limitée de contrôle sanitaire, de détection dans l'environnement ou de décontamination.
	<p>Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE PROPAGATION INTERNATIONALE ?</p> <p>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 6 ou 7 ci-dessus.</p>

	IV. Y a-t-il un risque important de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux ?
Y a-t-il un risque important de restrictions sur le plan international ?	8. <i>Des événements semblables survenus dans le passé ont-ils entraîné l'imposition de restrictions aux échanges et/ou aux voyages internationaux ?</i>
	9. <i>Soupçonne-t-on ou sait-on que la source est un produit alimentaire, de l'eau ou toute autre marchandise susceptibles d'être contaminés, qui ont été exportés vers d'autres Etats ou importés d'autres Etats ?</i>
	10. <i>L'événement s'est-il produit dans le cadre d'un rassemblement international ou dans une zone de tourisme international intense ?</i>
	11. <i>L'événement a-t-il suscité des demandes d'informations supplémentaires de la part de responsables étrangers ou de médias internationaux ?</i>
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE RESTRICTIONS AUX ÉCHANGES OU AUX VOYAGES INTERNATIONAUX ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 8, 9, 10 ou 11 ci-dessus.

Les Etats Parties ayant répondu « oui » à la question de savoir si l'événement satisfait à deux des quatre critères (I-IV) énoncés ci-dessus doivent adresser une notification à l'OMS, en vertu de l'article 6 du Règlement sanitaire international.

PIECE JOINTE AU MODELE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE

Secteurs/installations/ systèmes inspectés	Signes constatés	Résultats de l'analyse des échantillons	Documents examinés	Mesures de lutte appliquées	Date de réinspection	Remarques concernant les conditions observées
Nourriture						
Source						
Stockage						
Préparation						
Service						
Eau						
Source						
Stockage						
Distribution						
Déchets						
Stockage						
Traitement						
Evacuation						
Piscines/spas						
Equipement						
Fonctionnement						
Services médicaux						
Equipement et appareils médicaux						
Fonctionnement						
Médicaments						
Autres secteurs inspectés						

Lorsque des secteurs figurant sur cette liste ne sont pas concernés, indiquez « sans objet ».

ANNEXE 4

**PRESCRIPTIONS TECHNIQUES APPLICABLES AUX MOYENS
DE TRANSPORT ET AUX EXPLOITANTS DE MOYENS DE TRANSPORT**

Section A. Exploitants de moyens de transport

1. Les exploitants de moyens de transport faciliteront :
 - a) les inspections de la cargaison, des conteneurs et du moyen de transport ;
 - b) les examens médicaux des personnes présentes à bord ;
 - c) l'application des autres mesures sanitaires prévues dans le présent Règlement ; et
 - d) la fourniture des informations de santé publique requises par l'Etat Partie.
2. Les exploitants de moyens de transport fourniront à l'autorité compétente des Etats Parties un certificat valable d'exemption de contrôle sanitaire, ou de contrôle sanitaire de navire, ou une déclaration maritime de santé, ou la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef, comme l'exige le présent Règlement.

Section B. Moyens de transport

1. Les mesures appliquées en vertu du présent Règlement à un bagage, une cargaison, un conteneur, un moyen de transport ou une marchandise seront mises en oeuvre de façon à éviter autant que possible tout traumatisme ou gêne pour les personnes et tout dommage pour les bagages, la cargaison, le conteneur, le moyen de transport ou les marchandises. Les mesures sont appliquées, si possible et approprié, lorsque le moyen de transport et les cales sont vides.
2. Les Etats Parties doivent indiquer par écrit les mesures appliquées à une cargaison, un conteneur ou un moyen de transport, les parties traitées, les méthodes employées et les raisons de leur application. Ces informations sont communiquées par écrit à la personne responsable de l'aéronef et, dans le cas d'un navire, elles sont notées sur le certificat de contrôle sanitaire de navire. Pour d'autres cargaisons, conteneurs ou moyens de transport, les Etats Parties remettent ces informations par écrit aux expéditeurs, destinataires, transporteurs et à la personne chargée du transport ou à leur agent.

ANNEXE 5

**MESURES PARTICULIERES CONCERNANT LES MALADIES
A TRANSMISSION VECTORIELLE**

1. L'OMS publie régulièrement la liste des zones en provenance desquelles tout moyen de transport doit faire l'objet des mesures de désinsectisation ou des autres mesures de lutte antivectorielle recommandées. Ces zones sont définies conformément aux procédures applicables aux recommandations temporaires ou permanentes, selon le cas.
2. Les moyens de transport quittant un point d'entrée situé dans une zone où la lutte antivectorielle est recommandée doivent être désinsectisés et maintenus exempts de vecteurs. Lorsque l'Organisation préconise des méthodes et des matériels pour ces opérations, ceux-ci doivent être utilisés. La présence de vecteurs à bord des moyens de transport et les mesures de lutte prises pour les éradiquer doivent être consignées :
 - a) dans le cas d'un aéronef, dans la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef, sauf si l'autorité compétente de l'aéroport d'arrivée accorde une dispense permettant de ne pas remplir cette partie ;
 - b) dans le cas d'un navire, sur le certificat de contrôle sanitaire de navire ; et
 - c) dans le cas d'autres moyens de transport, sur une attestation écrite de traitement délivrée à l'expéditeur, au destinataire, au transporteur et à la personne chargée du transport ou à leur agent.
3. Les Etats Parties doivent accepter les mesures de désinsectisation, de dératisation et autres mesures de lutte antivectorielle appliquées aux moyens de transport par d'autres Etats, si les méthodes et les matériels préconisés par l'Organisation ont été utilisés.
4. Les Etats Parties doivent mettre sur pied des programmes pour lutter contre les vecteurs susceptibles de transporter un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique dans un périmètre d'au moins 400 mètres à partir des zones des installations au point d'entrée qui sont utilisées pour les opérations concernant les voyageurs, moyens de transport, conteneurs, cargaisons et colis postaux, voire davantage si les vecteurs présents ont un plus grand rayon d'action.
5. Si une inspection complémentaire est requise pour déterminer le succès des mesures de lutte antivectorielle appliquées, les autorités compétentes de la prochaine escale portuaire ou aéroportuaire connue habilitées à procéder à une telle inspection doivent en être informées à l'avance par l'autorité compétente qui en fait la demande. Dans le cas d'un navire, cette inspection doit être consignée sur le certificat de contrôle sanitaire de navire.
6. Un moyen de transport est considéré comme suspect et doit être inspecté pour y déceler la présence de vecteurs ou réservoirs :
 - a) s'il y a à bord un cas possible de maladie à transmission vectorielle ;
 - b) si un cas possible de maladie à transmission vectorielle est survenu à bord au cours d'un voyage international ; ou

c) si ce moyen de transport a quitté une zone affectée alors que les vecteurs présents à bord pouvaient encore être porteurs de maladie.

7. Un Etat Partie ne peut pas interdire l'atterrissage d'un aéronef dans un aéroport de son territoire ou l'arrivée d'un navire si les mesures de lutte visées au paragraphe 3 de la présente annexe, ou recommandées autrement par l'Organisation, sont appliquées. Toutefois, les aéronefs ou les navires provenant d'une zone affectée peuvent être tenus d'atterrir à des aéroports ou détournés vers d'autres ports spécialement désignés à cet effet par l'Etat Partie.

8. Un Etat Partie peut appliquer des mesures de lutte antivectorielle à un moyen de transport en provenance d'une zone où sévit une maladie à transmission vectorielle si les vecteurs de cette maladie sont présents sur son territoire.

ANNEXE 6

VACCINATION, PROPHYLAXIE ET CERTIFICATS Y AFFERENTS

1. Les vaccins ou autres agents prophylactiques mentionnés à l'annexe 7 ou recommandés dans le présent Règlement doivent être de qualité satisfaisante ; les vaccins et agents prophylactiques prescrits par l'OMS doivent être soumis à son approbation. Sur demande, l'Etat Partie fournit à l'OMS des éléments appropriés attestant l'adéquation des vaccins et agents prophylactiques administrés sur son territoire en vertu du présent Règlement.
2. Les personnes à qui des vaccins ou autres agents prophylactiques sont administrés en vertu du présent Règlement reçoivent un certificat international de vaccination ou un certificat attestant l'administration d'une prophylaxie (ci-après dénommé le « certificat »), conforme au modèle figurant dans la présente annexe. Ce modèle doit être scrupuleusement respecté.
3. Les certificats visés par la présente annexe ne sont valables que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'OMS.
4. Les certificats doivent être signés de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique ; ils doivent aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.
5. Les certificats doivent être remplis intégralement en anglais ou en français ; ils peuvent l'être aussi, en plus, dans une autre langue.
6. Toute correction ou rature sur les certificats ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner leur nullité.
7. Les certificats sont individuels et ne doivent en aucun cas être utilisés à titre collectif. Les enfants doivent être munis de certificats distincts.
8. Lorsque le certificat est délivré à un enfant qui ne sait pas écrire, un de ses parents ou tuteurs doit le signer à sa place. La signature d'un illettré doit être remplacée, comme il est d'usage en pareil cas, par sa marque authentifiée par un tiers.
9. Si le clinicien responsable est d'avis que la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie est contre-indiquée pour des raisons médicales, il remet à l'intéressé un certificat de contre-indication dûment motivé, rédigé en anglais ou en français et, le cas échéant, dans une autre langue en plus de l'anglais ou du français, que les autorités compétentes du lieu d'arrivée doivent prendre en compte. Le clinicien responsable et les autorités compétentes informent l'intéressé de tout risque associé à la non-vaccination ou à la non-utilisation de la prophylaxie conformément aux dispositions de l'article 23, paragraphe 4.
10. Un document équivalent délivré par les forces armées à un membre actif de ces forces sera accepté en lieu et place d'un certificat international conforme au modèle figurant dans la présente annexe :

- a) s'il contient des informations médicales essentiellement identiques à celles requises dans le modèle ; et
- b) s'il indique en anglais ou en français, et le cas échéant dans une autre langue en plus de l'anglais ou du français, la nature et la date de la vaccination ou de l'administration de la prophylaxie, et s'il est délivré conformément au présent paragraphe.

**MODELE DE CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU
DE CERTIFICAT ATTESTANT L'ADMINISTRATION D'UNE PROPHYLAXIE**

Nous certifions que [nom]..... né(e) le, de sexe
et de nationalité....., document d'identification national, le cas échéant.....
dont la signature suit

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre :

(nom de la maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international.

Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable	Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable à partir du : jusqu'au :	Cachet officiel du centre habilité
1.					
2.					

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé.

Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique ; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.

Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

ANNEXE 7

**PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA VACCINATION OU LA PROPHYLAXIE
CONTRE CERTAINES MALADIES**

1. En plus des éventuelles recommandations concernant la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie, l'entrée des voyageurs dans un Etat Partie peut être subordonnée à la présentation de la preuve de la vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie contre les maladies suivantes expressément désignées par le présent Règlement :

Fièvre jaune.

2. Considérations et prescriptions concernant la vaccination contre la fièvre jaune :

- a) Aux fins de la présente annexe,
 - i) la période d'incubation de la fièvre jaune est de six jours ;
 - ii) les vaccins antiamarils approuvés par l'OMS confèrent une protection contre l'infection qui prend effet 10 jours après l'administration du vaccin ;
 - iii) cette protection dure 10 ans ; et
 - iv) la validité d'un certificat de vaccination contre la fièvre jaune est de 10 ans, à compter du dixième jour suivant la date de vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de 10 ans, à compter de la date de revaccination.
- b) La vaccination contre la fièvre jaune peut être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'Organisation a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.
- c) Un voyageur muni d'un certificat de vaccination antiamarile non encore valable peut être autorisé à partir, mais les dispositions du paragraphe 2.h) de la présente annexe peuvent lui être appliquées à l'arrivée.
- d) Un voyageur muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ne doit pas être considéré comme suspect, même s'il provient d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.
- e) Conformément aux dispositions de l'annexe 6, paragraphe 1, le vaccin antiamaril utilisé doit être approuvé par l'Organisation.
- f) Les Etats Parties désignent des centres déterminés de vaccination antiamarile sur leur territoire pour garantir la qualité et la sécurité des procédures et des matériels utilisés.
- g) Toute personne employée à un point d'entrée dans une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, ainsi que tout membre de l'équipage d'un moyen de transport qui utilise ce point d'entrée, doivent être munis d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune.

h) Un Etat Partie sur le territoire duquel des vecteurs de la fièvre jaune sont présents peut exiger qu'un voyageur en provenance d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune soit, s'il n'est pas en mesure de présenter un certificat valable de vaccination anti-amarile, mis en quarantaine pendant un maximum de six jours à compter de la date de la dernière exposition possible à l'infection, à moins que son certificat de vaccination ne soit devenu valable entre-temps.

i) Les voyageurs en possession d'un certificat d'exemption de vaccination anti-amarile signé par un médecin autorisé ou un agent de santé agréé peuvent néanmoins être autorisés à entrer sur le territoire, sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent de la présente annexe et pour autant qu'ils aient reçu des informations sur la protection contre les vecteurs de la fièvre jaune. Les voyageurs qui n'ont pas été mis en quarantaine peuvent être tenus de signaler tout symptôme fébrile ou tout autre symptôme pertinent à l'autorité compétente et placés sous surveillance.

ANNEXE 8

MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

A remplir par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers et à présenter aux autorités compétentes.

Présentée au port de Date

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Numéro d'immatriculation/OMI.....

en provenance de à destination de

(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine

Jauge brute (navire).....

Jauge (bateau de navigation intérieure)

Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? oui non

Délivré à Date

Nouvelle inspection requise ? oui non

Le navire/bateau s'est-il rendu dans une zone affectée telle que définie par l'OMS ? oui non

Nom du port et date de la visite

Liste des escales depuis le début du voyage (avec indication des dates de départ) ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours :

.....

Si l'autorité compétente du port d'arrivée en fait la demande, liste des membres de l'équipage, passagers ou autres personnes qui ont embarqué sur le navire/bateau depuis le début du voyage international ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours, et nom de tous les ports/pays visités au cours de cette période (ajouter les noms dans le tableau ci-après) :

1)	Nom	embarqué à : 1)	2)	3)
2)	Nom	embarqué à : 1)	2)	3)
3)	Nom	embarqué à : 1)	2)	3)

Effectif de l'équipage

Nombre de passagers à bord

Questions de santé

- 1) Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? oui non
Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après. Nombre total de décès.....
- 2) Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de caractère infectieux ?
oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 3) Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ?
oui non Quel a été le nombre de malades ?.....
- 4) Y a-t-il actuellement des malades à bord ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 5) Un médecin a-t-il été consulté ? oui non Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau ci-après.
- 6) Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? oui non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
- 7) Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ?
oui non Si oui, préciser lesquelles, le lieu et la date.....
- 8) Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? oui non Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance) ?
- 9) Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ? oui non

Note : En l'absence d'un médecin, le capitaine doit considérer les symptômes suivants comme des signes faisant présumer l'existence d'une maladie de caractère infectieux :

- a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) prostration ; ii) diminution de la conscience ; iii) hypertrophie ganglionnaire ; iv) ictère ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) saignements inhabituels ; ou vii) paralysie.
- b) fièvre, ou absence de fièvre, accompagnée de : i) érythème ou éruption cutanée aiguë ; ii) forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) diarrhée sévère ; ou iv) convulsions récurrentes.

Je déclare que les renseignements et réponses figurant dans la présente déclaration de santé (y compris le tableau) sont, à ma connaissance, exacts et conformes à la vérité.

Signé.....
Capitaine

Contresigné.....
Médecin de bord (s'il y a lieu)

Date

PIECE JOINTE AU MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

Nom	Classe ou fonctions à bord	Age	Sexe	Nationalité	Port et date d'embarquement	Nature de la maladie	Date d'apparition des symptômes	Signalée au médecin du port ?	Issue*	Médicaments ou autres traitements administrés au patient	Observations

* Indiquer : 1) si la personne s'est rétablie, si elle est encore malade ou si elle est décédée ; et 2) si la personne est encore à bord, si elle a été évacuée (donner le nom du port ou de l'aéroport), ou si son corps a été immergé.

ANNEXE 9

**CE DOCUMENT FAIT PARTIE DE LA DECLARATION
GENERALE D'AERONEF PROMULGUEE PAR
L'ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE INTERNATIONALE ¹**

**PARTIE RELATIVE AUX QUESTIONS SANITAIRES
DE LA DECLARATION GENERALE D'AERONEF**

Déclaration de santé

Cas de maladie, à l'exclusion du mal de l'air ou des accidents (y compris les personnes présentant des symptômes ou signes tels qu'éruption, fièvre, frissons, diarrhée), constatés à bord ou débarqués au cours du voyage

Présence à bord d'autres affections susceptibles d'être à l'origine de la propagation d'une maladie

Détails se rapportant à chaque désinsectisation ou autre mesure d'hygiène (lieu, date, heure, méthode) pratiquée en cours de vol. S'il n'y a pas eu de désinsectisation en cours de vol, donner des précisions sur la désinsectisation la plus récente

Signature (si nécessaire) :

Membre de l'équipage concerné

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission A, troisième rapport)

¹ Un groupe de travail informel s'est réuni pendant la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental et a recommandé des changements à apporter au présent document que l'OMS communiquera à l'Organisation de l'Aviation civile internationale pour suite à donner.

WHA58.4 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2006-2007

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

1. DECIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2006-2007, un crédit de US \$995 315 000 imputé sur le budget ordinaire et se répartissant comme suit :

Section	Objet	Montant
		US \$
1.	Interventions sanitaires essentielles	238 343 000
2.	Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs	164 913 000
3.	Déterminants de la santé	96 156 000
4.	Appui à l'exécution des programmes	251 770 000
5.	Présence essentielle de l'OMS dans les pays	128 624 000
6.	Autres	35 509 000
	Budget effectif	915 315 000
7.	Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
	Total	995 315 000

2. DECIDE de financer le budget ordinaire pour l'exercice 2006-2007 comme suit :

Source de financement	Montant
	US \$
Recettes diverses estimatives	22 200 000
Contributions nettes des Membres au budget ordinaire ¹	893 115 000
Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
Total	995 315 000

3. DECIDE EGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections du budget effectif jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement ; il sera rendu compte de tous ces virements dans le rapport financier relatif à l'exercice 2006-2007 ; tous autres virements qui seraient nécessaires seront opérés et il en sera rendu compte conformément aux dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier ;

2) conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe 1 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux

¹ Voir également paragraphe 3.3).

engagements contractés pendant l'exercice allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2006-2007 aux sections 1 à 6 ;

3) dans le calcul de la somme effectivement due par chaque Membre au titre de sa contribution, sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; cette déduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; le montant de ces remboursements d'impôts étant estimé à US \$9 114 080, la contribution nette des Membres s'élève donc au total à US \$902 229 080 ;

4. DECIDE EN OUTRE que :

1) compte tenu de la résolution WHA56.34 et nonobstant les dispositions du paragraphe 5.1 du Règlement financier, un montant de US \$8 655 000 sera prélevé directement sur le compte pour les recettes diverses afin de financer un mécanisme d'ajustement à l'intention des Etats Membres dont le taux de contribution aura augmenté entre l'exercice 2000-2001 et l'exercice 2006-2007 et qui informent l'Organisation qu'ils souhaitent bénéficier du mécanisme d'ajustement ;

2) le montant requis pour effectuer les paiements dus aux Membres au titre du plan d'incitation financière pour 2006 et pour 2007 prévu au paragraphe 6.5 du Règlement financier, montant estimé à US \$1 million, sera financé directement par le compte pour les recettes diverses ;

3) le niveau du fonds de roulement restera fixé à US \$31 millions, comme cela a été décidé antérieurement par la résolution WHA56.32 ;

5. NOTE que le montant des dépenses inscrites au budget programme pour 2006-2007 à financer par des contributions volontaires est estimé à US \$2 398 126 000, ce qui donne un budget total, pour toutes les sources de fonds, de US \$3 313 441 000 ;

6. FELICITE le Directeur général des nouveaux progrès accomplis pour mettre en oeuvre un cadre de gestion fondé sur les résultats et appuie l'examen systématique de toutes les politiques et méthodes gestionnaires et administratives de base en vue de simplifier et modifier la façon dont l'OMS s'emploie à accroître l'efficacité de son action tout en maintenant des opérations d'un coût moins élevé ;

7. PRIE le Directeur général :

1) de présenter, à partir de la cent seizième session du Conseil exécutif et en ayant à l'esprit l'article XV du Règlement financier – Résolutions entraînant des dépenses et l'article 13 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, un rapport sur les incidences administratives et financières de toute résolution soumise pour adoption au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé, et de faire en sorte que ce rapport soit présenté avant l'examen de la résolution ;

2) de continuer à faire preuve de rigueur financière en veillant à la transparence des allocations de ressources au Siège, aux activités mondiales, aux Régions et aux pays, ainsi qu'à l'élimination des fonctions faisant double emploi à l'intérieur de l'Organisation ;

- 3) de mettre en oeuvre les projets d'amélioration de l'efficacité prévus dans le budget programme 2006-2007 et de fixer des cibles claires et mesurables concernant l'efficacité pour le budget de cet exercice et des exercices ultérieurs ;
- 4) de veiller à ce que soient rapidement mises en oeuvre les recommandations concernant la vérification des comptes qui ne sont pas encore appliquées, et de proposer au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session un programme permettant de suivre les recommandations relatives à la vérification intérieure et extérieure des comptes et prévoyant des délais de mise en oeuvre ;
- 5) de concrétiser son engagement résolu à rendre l'Organisation plus performante encore, en particulier au niveau des Régions et des pays ;
- 6) de donner des orientations concernant les priorités relatives de l'OMS lorsque sont sollicitées des contributions volontaires ;
- 7) de faire rapport à la Soixantième 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, 23 mai 2005 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA58.5 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Pandémie de grippe : préparation et action » ;¹

Rappelant les résolutions WHA22.47 sur les maladies sous surveillance : typhus à poux, fièvre récurrente à poux, grippe virale, poliomyélite paralytique, WHA48.13 sur la lutte contre les maladies transmissibles : maladies infectieuses nouvelles, émergentes et réémergentes, WHA56.19 sur la lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe et WHA56.28 sur la révision du Règlement sanitaire international, ainsi que le programme d'action mondial contre la grippe (surveillance et lutte) ;

Constatant avec une inquiétude croissante que l'évolution en Asie de la flambée sans précédent de grippe aviaire à virus H5N1 fait peser une sérieuse menace sur la santé humaine ;

Soulignant qu'il est nécessaire que tous les pays, en particulier ceux qui sont touchés par le virus hautement pathogène de la grippe aviaire, collaborent avec l'OMS et la communauté internationale dans un esprit d'ouverture et de transparence de manière à réduire le risque que le virus grippal H5N1 ne provoque une pandémie chez l'homme ;

Consciente de la nécessité de prendre des mesures vu les progrès limités de la mise au point de vaccins antigrippaux qui freinent le passage à la phase de production ;

¹ Document A58/13.

Soulignant à quel point il est important de renforcer la surveillance de la grippe humaine et de la grippe zoonosique dans tous les pays de manière à donner rapidement l'alerte et à pouvoir intervenir à temps en cas de pandémie ;

Notant les lacunes des connaissances et la nécessité d'entreprendre des recherches supplémentaires sur différents aspects de la propagation de la grippe et de mettre en place des structures de préparation et d'action ;

Notant qu'il est important de renforcer les liens et la coopération avec les médias ;

Reconnaissant qu'il faudrait améliorer la communication avec le public afin de mieux lui faire prendre conscience de la gravité de la menace que représente une pandémie de grippe et des mesures d'hygiène élémentaires que chacun peut et doit prendre afin de réduire le risque de contracter et de transmettre la grippe ;

Soulignant qu'il est nécessaire de renforcer la collaboration sur la grippe humaine et la grippe zoonosique avec les organisations en charge de la santé humaine et animale aux niveaux local, national et international ;

Consciente de la nécessité d'élargir l'offre de vaccins antigrippaux afin que puissent être protégées les populations d'un plus grand nombre de pays en cas de pandémie, une attention toute particulière étant prêtée aux besoins des pays en développement ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire d'instituer une coopération internationale aux premiers stades d'une pandémie, notamment dans le cas où les stocks de vaccins et d'antiviraux seraient insuffisants ;

Reconnaissant en outre que les antiviraux contre la grippe auront un rôle important à jouer dans les stratégies d'endiguement, mais que des études supplémentaires s'imposent pour établir les moyens de les utiliser à bon escient dans les opérations d'endiguement ;

Reconnaissant aussi qu'il n'existe pas de stock mondial de ces produits et que peu de pays ont constitué des stocks nationaux ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer et mettre en oeuvre des plans nationaux de préparation et d'action relatifs à la grippe pandémique axés sur les moyens d'en limiter l'impact sur la santé et la situation économique et sociale ;
- 2) à mettre en place et renforcer des moyens nationaux de surveillance et de laboratoire pour la grippe humaine et la grippe zoonosique ;
- 3) à s'attacher à atteindre l'objectif énoncé dans la résolution WHA56.19 sur la lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe, à savoir accroître la couverture vaccinale de toutes les personnes à haut risque, ce qui augmentera les capacités mondiales de production de vaccins en cas de pandémie de grippe ;
- 4) à envisager sérieusement de se doter de capacités nationales de production de vaccins antigrippaux en fonction de leurs besoins annuels en vaccins ou à mettre en place, en collaboration avec des Etats voisins, des stratégies régionales de production de vaccins ;

5) à notifier sans attendre et en toute transparence les flambées de grippe humaine et de grippe zoonotique aux bureaux régionaux de l'OMS, à la FAO, à l'Office international des Epizooties et aux pays voisins, en particulier lorsque de nouvelles souches sont en cause, et à permettre que soient rapidement échangés des échantillons cliniques et des virus par l'intermédiaire du réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe ;

6) à informer clairement les agents de soins de santé et le public des risques d'une pandémie de grippe et à tirer efficacement parti des médias et d'autres moyens de communication appropriés pour éduquer le public sur les mesures d'hygiène efficaces et d'autres interventions de santé publique susceptibles de le mettre à l'abri de l'infection par le virus grippal ;

7) à renforcer les liens et la coopération entre les autorités nationales chargées de la santé et de l'agriculture et d'autres secteurs concernés afin de se préparer, y compris en mobilisant des ressources, à des flambées de grippe aviaire hautement pathogène, et d'y faire face ensemble ;

8) à soutenir un programme international de recherche visant à réduire la propagation et l'impact des virus grippaux pandémiques, à mettre au point des vaccins et des antiviraux plus efficaces et à promouvoir, au sein de différents groupes de population, en particulier les personnes immunodéprimées comme les personnes infectées par le VIH et les malades du SIDA, des politiques et des stratégies de vaccination, en consultation étroite avec les communautés concernées ;

9) à offrir, dans la mesure du possible, leurs compétences et leurs ressources pour contribuer au renforcement des programmes de l'OMS, des activités bilatérales dans les pays et des autres actions internationales de préparation à une grippe pandémique ;

10) à prendre toutes les mesures nécessaires, lors d'une pandémie mondiale, pour assurer en temps voulu un approvisionnement suffisant en vaccins et en antiviraux, en utilisant pleinement la flexibilité prévue dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à renforcer la surveillance mondiale de la grippe, notamment le réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe – élément crucial de la préparation aux épidémies saisonnières et aux pandémies de grippe ;

2) de rechercher, avec d'autres partenaires internationaux et nationaux, y compris le secteur privé, des solutions afin de réduire la pénurie mondiale actuelle de vaccins antigrippaux et d'antiviraux destinés à la lutte contre les épidémies et les pandémies, notamment par l'élaboration de stratégies de vaccination économes en antigènes et par le développement et la mise sur le marché de formes vaccinales économes en antigènes ;

3) d'apporter aux Etats Membres un soutien et une formation techniques qui leur permettent d'élaborer des stratégies de promotion de la santé avant et pendant les pandémies de grippe ;

4) d'établir et de coordonner, en collaboration avec des partenaires publics et privés, un programme international de recherche sur la grippe pandémique ;

5) d'étudier la possibilité d'utiliser les stocks d'antiviraux pour endiguer une flambée initiale de grippe et en ralentir ou empêcher la propagation à l'échelle internationale et, le cas échéant, de mettre en place un cadre opérationnel pour leur utilisation ;

- 6) d'évaluer les bénéfices potentiels de mesures individuelles de protection, y compris le port de masques chirurgicaux, pour limiter la transmission dans différents contextes, en particulier dans les structures de soins de santé ;
- 7) de continuer à renforcer les plans et la capacité d'action de l'OMS en cas de pandémie de grippe, d'être en mesure de faire bénéficier les pays en développement d'un soutien technique, d'activités de renforcement des capacités et de transferts de technologie concernant les vaccins et les moyens de diagnostic dirigés contre le virus grippal H5N1, et de veiller à ce que les Etats Membres soient clairement informés ;
- 8) de lancer des initiatives communes afin de collaborer plus étroitement avec des partenaires nationaux et internationaux, dont la FAO et l'Office international des Epizooties, pour détecter, notifier et étudier suffisamment tôt les flambées de grippe susceptibles d'évoluer vers une pandémie et coordonner des recherches sur l'interface homme-animal ;
- 9) 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, 23 mai 2005 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA58.6 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

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

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

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et l'assistance à cette population ;¹

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

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens aux services de santé disponibles dans les établissements sanitaires palestiniens de Jérusalem-Est occupée ;

Déplorant les incidences sur l'environnement palestinien et en particulier sur les ressources en eau palestiniennes du rejet de déchets israéliens en Cisjordanie ;

Préoccupée par les effets éventuels sur la santé de la population palestinienne des « détecteurs à rayons X haute intensité » utilisés par Israël aux postes-frontières palestiniens;

¹ Document A58/24.

1. DEMANDE à Israël, puissance occupante, de renoncer immédiatement à toutes ses pratiques et politiques et tous ses plans qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;
2. EXIGE qu'Israël mette fin à sa pratique qui consiste à déverser des déchets sur le territoire palestinien occupé ;
3. EXPRIME sa gratitude aux Etats Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour l'appui qu'ils continuent à fournir en vue de répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien ;
4. REMERCIE vivement le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien, au reste de la population arabe dans les territoires arabes occupés et aux autres peuples de la Région ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé ;
 - 2) de procéder dans les plus brefs délais à une évaluation indépendante des effets sanitaires des « détecteurs à rayons X haute intensité » utilisés par Israël aux postes-frontières palestiniens ;
 - 3) de prendre des mesures d'urgence, en collaboration avec les Etats Membres, pour soutenir le Ministère palestinien de la Santé dans ses efforts pour surmonter les difficultés actuelles et l'aider pendant et après le retrait annoncé d'Israël de la Bande de Gaza et de certaines parties de la Cisjordanie, afin notamment de garantir la libre circulation de tout le personnel de santé et de tous les patients à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, ainsi que l'approvisionnement normal en fournitures médicales des établissements médicaux palestiniens ;
 - 4) de fournir une assistance technique en matière de santé à la population arabe du Golan syrien occupé ;
 - 5) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;
 - 6) de soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;
 - 7) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.7 Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les dispositions

spéciales pour le règlement des arriérés de contributions (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-Huitième 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 et du Turkménistan restait suspendu, et que cette suspension doit se prolonger jusqu'à ce que les arriérés de l'Etat 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-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, l'Uruguay était redevable 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 ce Membre à l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

DECIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, l'Uruguay est encore redevable d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, son droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée se prolongera à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées ultérieures jusqu'à ce que les arriérés de l'Uruguay 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, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.8 Arriérés de contributions : Géorgie

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions : Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution,² compte tenu de la proposition faite par la Géorgie concernant le règlement de ses arriérés de contributions et des termes de cette proposition tels qu'ils sont présentés dans le rapport sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions annexé au troisième rapport ;

¹ Document A58/43 Rev.1.

² Document A58/43 Rev.1.

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la Géorgie à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que la Géorgie verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US \$4 439 163, en 15 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2020, selon l'échéancier ci-dessous, sous réserve des dispositions du paragraphe 6.4 du Règlement financier, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US \$
2006	88 785
2007	88 785
2008	133 175
2009	221 960
2010	221 960
2011	221 960
2012	221 960
2013	221 960
2014	355 130
2015	443 915
2016	443 915
2017	443 915
2018	443 915
2019	443 915
2020	443 913
Total	4 439 163

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si la Géorgie ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de la Géorgie.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.9 Arriérés de contributions : Iraq

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions : Membres redevables d'arriérés de

contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution,¹ compte tenu de la proposition faite par l'Iraq concernant le règlement de ses arriérés de contributions et des termes de cette proposition tels qu'ils sont présentés dans le rapport sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions annexé au troisième rapport ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de l'Iraq à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que l'Iraq verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US \$6 398 801, en 15 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2020, selon l'échéancier ci-dessous, sous réserve des dispositions du paragraphe 6.4 du Règlement financier, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US \$
2006	426 579
2007	426 579
2008	426 579
2009	426 579
2010	426 579
2011	426 579
2012	426 579
2013	426 579
2014	426 579
2015	426 579
2016	426 579
2017	426 579
2018	426 579
2019	426 579
2020	426 695
Total	6 398 801

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si l'Iraq ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de l'Iraq.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

¹ Document A58/43 Rev.1.

WHA58.10 Arriérés de contributions : République de Moldova

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions : Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution,¹ compte tenu de la proposition faite par la République de Moldova concernant le règlement de ses arriérés de contributions et des termes de cette proposition tels qu'ils sont présentés dans le rapport sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions annexé au troisième rapport ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République de Moldova à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;
2. ACCEPTE que la République de Moldova verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US \$2 950 023, en 15 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2020, selon l'échéancier ci-dessous, sous réserve des dispositions du paragraphe 6.4 du Règlement financier, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US \$
2006	245 000
2007	200 000
2008	200 000
2009	192 088
2010	192 085
2011	192 085
2012	192 085
2013	192 085
2014	192 085
2015	192 085
2016	192 085
2017	192 085
2018	192 085
2019	192 085
2020	192 085
Total	2 950 023

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si la République de Moldova ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

¹ Document A58/43 Rev.1.

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;
5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de la République de Moldova.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.11 Arriérés de contributions : Tadjikistan

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions : Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution,¹ compte tenu de la proposition faite par le Tadjikistan concernant le règlement de ses arriérés de contributions et des termes de cette proposition tels qu'ils sont présentés dans le rapport sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions annexé au troisième rapport ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote du Tadjikistan à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;
2. ACCEPTE que le Tadjikistan verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US \$514 604 en dix annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2015, selon l'échéancier ci-dessous, sous réserve des dispositions du paragraphe 6.4 du Règlement financier, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US \$
2006	51 460
2007	51 460
2008	51 460
2009	51 460
2010	51 460
2011	51 460
2012	51 460
2013	51 460
2014	51 460
2015	51 464
Total	514 604

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si le Tadjikistan ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

¹ Document A58/43 Rev.1.

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;
5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement du Tadjikistan.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.12 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

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

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$172 860 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$117 373 (avec personnes à charge) ou de US \$106 285 (sans personnes à charge) ;
2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général à US \$233 006 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$154 664 (avec personnes à charge) ou de US \$137 543 (sans personnes à charge) ;
3. DECIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2005.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.13 Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA28.72 qui demandait instamment que soient mis en place des services nationaux de transfusion sanguine fondés sur le don de sang volontaire et non rémunéré ;

Ayant examiné le rapport sur la sécurité transfusionnelle ;¹

Alarmée par le manque chronique de sang et de produits sanguins sécurisés, particulièrement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ;

Considérant que, pour prévenir la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes à transmission sanguine lors d'une transfusion de sang ou de produits sanguins contaminés, il faut collecter du sang uniquement auprès de donneurs chez lesquels le risque d'être porteurs de ces agents infectieux est le plus faible ;

¹ Document A58/38.

Reconnaissant que le don de sang volontaire et non rémunéré est la pierre angulaire d'un approvisionnement suffisant en sang non contaminé au niveau national qui réponde aux besoins transfusionnels de tous les patients ;

Prenant note des réactions positives à la Journée mondiale du don de sang organisée le 14 juin 2004 en vue de promouvoir les dons de sang volontaires et non rémunérés ;

1. SOUSCRIT à l'idée d'instituer une journée mondiale du don de sang qui sera célébrée chaque année le 14 juin ;
2. RECOMMANDE que cette journée du don de sang fasse partie intégrante du programme national de recrutement de donneurs de sang ;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à encourager la célébration annuelle de la Journée mondiale du don de sang et à aider à l'organiser ;
 - 2) à créer ou renforcer des systèmes pour recruter des donneurs de sang volontaires et non rémunérés et les fidéliser, et à appliquer à leur sélection des critères rigoureux ;
 - 3) à adopter une législation, là où elle est nécessaire, afin d'éliminer les dons de sang rémunérés sauf dans des circonstances limitées de nécessité médicale et, dans ces cas, à demander le consentement éclairé du receveur de la transfusion ;
 - 4) à fournir un financement suffisant pour des services de don de sang de grande qualité et pour le développement de ces services de façon à répondre aux besoins des patients ;
 - 5) à promouvoir la collaboration plurisectorielle entre ministères, services de transfusion sanguine, organismes professionnels, organisations non gouvernementales, entités de la société civile et médias pour promouvoir le don de sang volontaire et non rémunéré ;
 - 6) à veiller à une bonne utilisation de la transfusion sanguine en pratique clinique de manière à en éviter l'usage excessif qui peut entraîner un manque de sang et donc favoriser le recours aux dons de sang rémunérés ;
 - 7) à aider à mettre pleinement en oeuvre des programmes du sang bien organisés, coordonnés au niveau national, durables et dotés de systèmes de réglementation appropriés, en particulier par les moyens suivants :
 - a) l'engagement des pouvoirs publics et leur appui à un programme national du sang doté de systèmes de gestion de la qualité, au moyen d'un cadre juridique, d'une politique et d'un plan nationaux pour la sécurité transfusionnelle et de ressources suffisantes ;
 - b) l'organisation, la gestion et l'infrastructure nécessaires pour permettre un service durable de transfusion sanguine ;
 - c) l'accès équitable au sang et aux produits sanguins ;
 - d) des donneurs de sang volontaires et non rémunérés provenant de groupes de population à faible risque ;

- e) l'analyse et le traitement appropriés de tous les dons de sang et de produits sanguins ;
 - f) l'usage clinique approprié du sang et des produits sanguins ;
 - 8) à mettre en place un processus de qualité pour l'élaboration des politiques et la prise des décisions concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang sur la base de considérations éthiques, de la transparence, de l'évaluation des besoins nationaux, des faits scientifiques et d'une analyse risques-avantages ;
 - 9) à mettre en commun l'information aux plans national et international pour faire ressortir le fondement scientifique, économique et social des décisions de politique nationale concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang ;
 - 10) à renforcer les partenariats à tous les niveaux pour mettre en oeuvre les mesures recommandées ici ;
4. DEMANDE aux organisations internationales et aux organismes qui s'occupent de la sécurité transfusionnelle dans le monde de collaborer à la promotion et à l'organisation de la Journée mondiale du don de sang ;
5. INVITE les organismes donateurs à financer des initiatives visant à promouvoir le don de sang volontaire et non rémunéré ;
6. PRIE le Directeur général :
- 1) de collaborer avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des organismes multilatéraux et bilatéraux ainsi que des organisations non gouvernementales afin de promouvoir la Journée mondiale du don de sang ;
 - 2) de collaborer avec les organisations concernées pour aider les Etats Membres à renforcer leur capacité de dépistage des principales maladies infectieuses dans tous les dons de sang afin de garantir la sécurité de tout le sang collecté et transfusé.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 –
Commission B, premier rapport)

WHA58.14 Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses ;¹

Consciente de la nécessité de diminuer la charge mondiale de tuberculose et de réduire ainsi cet obstacle au développement socio-économique ;

¹ Document A58/7.

Notant avec préoccupation l'augmentation du nombre des cas de tuberculose polypharmacorésistante et l'aggravation de la morbidité et de la mortalité chez les malades de la tuberculose positifs pour le VIH, notamment dans la Région africaine ;

Saluant les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse pour 2005 après l'établissement, en application de la résolution WHA51.13, de l'initiative Halte à la tuberculose ;¹

Notant que le succès des activités de lutte antituberculeuse nécessite le renforcement du développement des systèmes de santé ;

Soulignant l'importance que revêt l'engagement de tout l'éventail des dispensateurs de soins de santé pour la fourniture de soins conformes à la norme internationale de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) ;

Craignant que l'engagement insuffisant en faveur d'un financement durable de la lutte antituberculeuse n'entrave la bonne planification à long terme que nécessite la réalisation de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Encourageant l'élaboration d'un plan mondial pour la période 2006-2015 qui évoque le besoin d'un financement durable pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

1. ENCOURAGE tous les Etats Membres :

- 1) à estimer le montant total des ressources nécessaires pour prévenir et combattre la tuberculose, y compris la tuberculose liée au VIH et la tuberculose polypharmacorésistante, à moyen terme, et le montant des ressources pouvant être fournies par des sources nationales et internationales afin de déterminer le déficit financier ;
- 2) à s'acquitter des engagements pris lors de l'adoption de la résolution WHA53.1, et par là même des engagements figurant dans la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose, y compris l'engagement à assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;
- 3) à renforcer l'intégration entre les partenaires financiers, opérationnels et sociaux en établissant un partenariat national Halte à la tuberculose dans chaque pays et à faire en sorte que ces partenariats au niveau des pays canalisent le soutien à la mise en oeuvre des plans d'extension à long terme de la stratégie DOTS par l'intermédiaire de comités nationaux de coordination interinstitutions ;
- 4) à veiller à ce que tous les malades de la tuberculose aient accès à des soins conformes à la norme universelle fondée sur le diagnostic, le traitement et la notification appropriés conformément à la stratégie DOTS, en s'attachant à promouvoir à la fois l'offre et la demande ;
- 5) à renforcer la prévention de la tuberculose et la mobilisation sociale contre cette maladie ;

¹ Devenue depuis le partenariat Halte à la tuberculose.

6) à établir une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH afin de combattre plus efficacement la double épidémie de tuberculose et de VIH ;

7) à intégrer la prévention de la tuberculose et la lutte antituberculeuse au centre de leurs plans de développement sanitaire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier l'appui aux Etats Membres pour développer la capacité et améliorer les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans le cadre général du renforcement des systèmes de santé afin :

a) d'accélérer les progrès en vue de la réalisation de la cible mondiale, à savoir le dépistage de 70 % des nouveaux cas d'infection et la guérison de 85 % des cas dépistés, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2007 sur les progrès réalisés à la fin de 2005 ;

b) de maintenir cette cible pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

2) de renforcer la coopération avec les Etats Membres pour améliorer la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH dans le but :

a) de mettre en oeuvre la stratégie élargie de lutte contre la tuberculose liée au VIH ;

b) de renforcer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, y compris la fourniture d'un traitement antirétroviral aux malades de la tuberculose qui sont également infectés par le VIH ;

3) d'appliquer et de renforcer des stratégies efficaces de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et de prise en charge des malades atteints de cette forme de maladie ;

4) de jouer un rôle mobilisateur, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales, auprès des partenaires en vue de renforcer et de soutenir des dispositifs permettant de faciliter le financement durable de la lutte antituberculeuse ;

5) de renforcer l'appui fourni par l'OMS au partenariat Halte à la tuberculose dans son action pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire et de soumettre régulièrement des rapports sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs ;

6) de recommander à la Réunion plénière de haut niveau sur l'issue du Sommet du Millénaire de l'Assemblée générale des Nations Unies chargée d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation des engagements énoncés dans la Déclaration du Millénaire que la tuberculose soit spécifiquement mentionnée dans l'objectif 6 et la cible 8 et non incluse parmi d'autres maladies ;

7) de promouvoir la recherche et le développement de nouveaux instruments de lutte dans le cadre du plan mondial Halte à la tuberculose.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA58.15 Stratégie mondiale de vaccination

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le projet de stratégie de vaccination ;¹

Alarmée de constater qu'au niveau mondial et dans certaines Régions la couverture vaccinale n'a que peu augmenté depuis le début des années 90 et, qu'en 2003, plus de 27 millions d'enfants dans le monde n'ont pas été vaccinés pendant l'année qui a suivi leur naissance ;

Constatant que chaque année 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans meurent de maladies évitables par les vaccins actuellement disponibles ;

Constatant en outre que chaque année 2,6 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent de maladies que de nouveaux vaccins pourraient prévenir ;

Reconnaissant l'utilité des efforts déployés par l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et tous les partenaires pour renforcer les services de vaccination, étendre la couverture vaccinale et introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays en développement ;

Se félicitant que l'intensification des initiatives de lutte contre la poliomyélite, la rougeole et le tétanos maternel et néonatal ait permis de vacciner des populations qui ne l'étaient pas jusqu'alors, et notant que ces initiatives ont créé de vastes réseaux sur lesquels fonder ou grâce auxquels élargir la surveillance d'autres maladies et tendances sanitaires ;

Notant avec préoccupation que des obstacles financiers, structurels et/ou gestionnaires empêchent les programmes nationaux de vaccination de vacciner tous ceux qui pourraient l'être, en particulier les enfants et les femmes, d'utiliser autant qu'ils le pourraient nombre de vaccins existants et de recourir largement aux nouveaux vaccins ;

Soulignant que tous les pays doivent s'employer à atteindre l'objectif de développement convenu sur le plan international et énoncé dans la Déclaration du Millénaire qui consiste à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ;

Rappelant qu'à sa vingt-septième session extraordinaire consacrée aux enfants (2002), l'Assemblée générale des Nations Unies a fixé pour objectif la vaccination complète des enfants de moins d'un an, soit une couverture d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80 % dans tous les districts ou entités administratives équivalentes ;²

¹ Voir annexe.

² Résolution S-27/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, annexe.

Reconnaissant que la résolution WHA53.12 présente la vaccination comme un facteur important pour promouvoir la santé de l'enfant ;

Ayant examiné le projet de stratégie intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;¹

1. PREND NOTE AVEC SATISFACTION de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à atteindre les cibles concernant la vaccination définies à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants ;
 - 2) à adopter la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » comme cadre pour renforcer leur programme national de vaccination entre 2006 et 2015, dans le but d'assurer une couverture vaccinale plus large et un accès plus équitable à la vaccination, d'élargir l'accès aux vaccins actuels et futurs et de faire profiter d'autres classes d'âge que les nourrissons des avantages de la vaccination associée à d'autres interventions sanitaires ;
 - 3) à faire en sorte que la vaccination demeure une priorité des programmes de santé nationaux et soit soutenue par des processus systématiques de planification, de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation, et par un engagement financier à long terme ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de mobiliser des ressources pour, à l'avenir, rendre les nouveaux vaccins plus largement disponibles et plus abordables financièrement dans les pays sur la base des profils épidémiologiques constatés ;
 - 2) de collaborer étroitement avec l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres partenaires pour soutenir les Etats Membres dans la mise en oeuvre de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;
 - 3) de resserrer les relations avec l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres partenaires aux niveaux mondial, régional et infrarégional afin de mobiliser les ressources dont les pays ont besoin, en particulier les pays en développement, pour mettre en oeuvre la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;
 - 4) de faire rapport tous les trois ans à l'Assemblée de la Santé sur la progression vers les cibles mondiales concernant la vaccination, y compris celles adoptées à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, cinquième rapport)

¹ Document WHO/IVB/05.05.

WHA58.16 Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le document intitulé « Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre » ;¹

Notant que plus d'un milliard de personnes auront plus de 60 ans en 2025, que la grande majorité vivra dans les pays en développement et que leur nombre devrait doubler d'ici 2050, entraînant une charge croissante pour les services sanitaires et sociaux du monde entier ;

Rappelant la résolution WHA52.7 intitulée « Vieillir en restant actif », dans laquelle tous les Etats Membres étaient invités à prendre des mesures propres à garantir au nombre croissant de leurs citoyens âgés le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible ;

Rappelant aussi la résolution 58/134 du 22 décembre 2003 dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies priait les organes et organismes des Nations Unies et les institutions spécialisées d'inscrire la question du vieillissement dans leurs programmes de travail, notamment en tenant compte de la différence entre les sexes ;

Rappelant en outre la résolution 59/150 dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies demandait aux gouvernements et aux organisations du système des Nations Unies, ainsi qu'aux organisations non gouvernementales et au secteur privé, de donner la place voulue aux problèmes du vieillissement de la population et aux préoccupations des personnes âgées dans leurs programmes et projets, en particulier au niveau des pays, et invitait les Etats Membres à communiquer quand ils le pouvaient des informations à inclure dans la base de données des Nations Unies sur le vieillissement ;

Prenant note du cadre d'orientation « Vieillir en restant actif », qui constitue la contribution de l'OMS à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, et de la conception de l'OMS concernant l'élaboration de politiques intersectorielles intégrées sur le vieillissement ;²

Consciente du rôle important de l'OMS dans l'application des objectifs du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adopté en 2002, en particulier l'orientation prioritaire II : promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées ;

Reconnaissant la contribution qu'apportent les personnes âgées au développement et l'importance que revêtent pour elles l'éducation tout au long de l'existence et une participation active à la vie de la communauté ;

Soulignant le rôle important que jouent les politiques et programmes de santé publique pour permettre au nombre rapidement croissant de personnes âgées dans les pays développés comme dans les pays en développement de rester en bonne santé et de continuer à apporter leur contribution essentielle sous de nombreuses formes au bien-être familial, communautaire et social ;

¹ Document A58/19.

² Document WHO/NMH/NPH/02.8.

Soulignant aussi l'importance que revêt la mise sur pied de services de soins, notamment de services de cybersanté, pour permettre aux personnes âgées de vivre chez elles le plus longtemps possible ;

Soulignant par ailleurs la nécessité de tenir compte de la différence entre les sexes dans les politiques et programmes liés au vieillissement actif et en bonne santé ;

Se félicitant de l'accent mis par l'OMS sur les soins de santé primaires, par exemple la mise sur pied de soins de santé primaires ouverts aux personnes âgées ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer, appliquer et évaluer des politiques et programmes propres à promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible chez les personnes âgées ;
- 2) à considérer la situation des personnes âgées comme faisant partie intégrante de leurs efforts en vue d'atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire et à mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires à cette fin ;
- 3) à prendre des mesures pour que les politiques, les plans et les programmes de santé tenant compte de la différence entre les sexes reconnaissent et prennent en considération les droits et les besoins complets en matière de santé, de services sociaux et de développement des femmes et des hommes âgés, tout spécialement en ce qui concerne les exclus, les personnes âgées atteintes d'incapacités et celles qui ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins essentiels ;
- 4) à prendre des dispositions et à encourager l'instauration de mesures pour que des particuliers ou des tuteurs légaux puissent disposer de ressources pour s'occuper de personnes âgées ;
- 5) à prêter une attention particulière au rôle essentiel que jouent les personnes âgées, notamment les femmes âgées, au sein de leur famille et de la communauté en tant que dispensateurs de soins, et notamment à la charge qu'elles doivent assumer du fait de la pandémie de VIH/SIDA ;
- 6) à envisager d'établir un cadre juridique approprié, à appliquer des lois et à renforcer les mesures juridiques et les initiatives communautaires visant à éliminer la maltraitance économique, physique et mentale des personnes âgées ;
- 7) à établir, utiliser et maintenir des systèmes permettant de fournir des données, tout au long de la vie, ventilées selon l'âge et le sexe, sur les déterminants intersectoriels de la santé et l'état de santé afin de renforcer la planification, l'application, la surveillance et l'évaluation des interventions fondées sur des données factuelles pour les personnes âgées, menées dans le cadre de la politique de santé ;
- 8) à prendre des mesures et des incitations en matière d'éducation et de recrutement tenant compte des circonstances particulières dans les pays en développement, afin qu'un nombre suffisant de soignants puisse répondre aux besoins des personnes âgées ;

- 9) à renforcer les mesures nationales visant à assurer que des ressources suffisantes soient disponibles pour tenir les engagements en faveur de l'application du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adopté en 2002 et des plans d'action régionaux correspondants concernant la santé et le bien-être des personnes âgées ;
 - 10) à prévoir des soins pour les personnes âgées au niveau des soins de santé primaires dans les systèmes de santé nationaux existants ;
 - 11) à rendre compte de l'évolution de la situation des personnes âgées et des programmes pour un vieillissement actif et en bonne santé lors de l'établissement des rapports de pays sur la santé ;
 - 12) à soutenir l'activité de plaidoyer de l'OMS en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé par de nouveaux partenariats plurisectoriels avec des organisations intergouvernementales, non gouvernementales, le secteur privé et des organisations bénévoles ;
2. PRIE la Commission des Déterminants sociaux de la Santé d'envisager d'inclure les questions liées au vieillissement actif et en bonne santé tout au long de la vie parmi ses recommandations de politique générale ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de veiller à une meilleure sensibilisation au problème du vieillissement des sociétés, aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées et à la contribution qu'elles apportent à la société, en collaborant notamment avec les Etats Membres et les employeurs des secteurs non gouvernemental et privé ;
 - 2) de soutenir, en collaboration avec les partenaires concernés, les efforts consentis par les Etats Membres pour tenir leurs engagements en faveur des buts et conclusions des conférences et sommets pertinents des Nations Unies, en particulier la Deuxième Assemblée mondiale sur le Vieillissement, concernant les besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées ;
 - 3) de continuer à mettre l'accent sur des soins de santé primaires, le cas échéant en privilégiant les structures communautaires existantes, adaptés aux personnes âgées et qui leur sont accessibles et disponibles, renforçant ainsi leur capacité de rester le plus longtemps possible une ressource vitale pour la famille, l'économie, la communauté et la société ;
 - 4) de fournir un appui aux Etats Membres en favorisant la recherche et en renforçant la capacité de promotion de la santé et les stratégies, politiques et interventions de prévention de la maladie tout au long de la vie pour les aider à développer des soins intégrés pour personnes âgées, y compris un appui aux dispensateurs de soins dans un cadre structuré ou non ;
 - 5) d'entreprendre des initiatives visant à améliorer l'accès des personnes âgées aux services pertinents d'information, de soins de santé et d'action sociale, afin notamment de réduire le risque d'infection par le VIH, d'améliorer la qualité de vie et de respecter la dignité des personnes âgées vivant avec le VIH/SIDA et de les aider à soutenir les membres de leur famille touchés par le VIH/SIDA ainsi que leurs petits-enfants orphelins ;
 - 6) d'apporter un soutien aux Etats Membres qui en feront la demande pour mettre sur pied, utiliser et maintenir des systèmes permettant de fournir des informations, tout au long de la vie, ventilées selon l'âge et le sexe, l'état de santé et certaines informations intersectorielles, sur les déterminants de la santé, afin de renforcer la planification, l'application, la surveillance et

l'évaluation des interventions fondées sur des données factuelles pour les personnes âgées, menées dans le cadre de la politique de santé ;

7) de renforcer la capacité de l'OMS d'incorporer son action sur le vieillissement dans tous ses programmes et activités à tous les niveaux et de faciliter le rôle des bureaux régionaux de l'OMS concernant l'application des plans d'action régionaux des Nations Unies sur le vieillissement ;

8) de coopérer avec d'autres organismes et organisations du système des Nations Unies pour assurer une action intersectorielle en vue d'un vieillissement actif et en bonne santé ;

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

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA58.17 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement ;¹

Préoccupée par le fait que les migrations et le recrutement de personnels de santé, en particulier de personnels hautement qualifiés et compétents, dans les pays en développement-pays développés continuent de représenter un sérieux défi pour les systèmes de santé des pays en développement ;

Rappelant les demandes formulées à l'intention du Directeur général dans la résolution WHA57.19 et notant avec satisfaction que le Directeur général a pris des mesures pour donner suite à certaines d'entre elles ;

Notant qu'il y a d'autres domaines en matière de migrations internationales des personnels de santé, dans le contexte de la résolution WHA57.19, qui doivent retenir plus particulièrement l'attention du Directeur général ;

Ayant présent à l'esprit le débat de haut niveau qui doit avoir lieu à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 sur les migrations internationales ;

1. EXPRIME SA GRATITUDE au Directeur général pour les mesures qu'il a prises afin de donner suite à certaines des demandes qui lui ont été adressées dans la résolution WHA57.19 ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'intensifier ses efforts pour mettre pleinement en oeuvre la résolution WHA57.19 ;

¹ Document A58/23, partie F.

- 2) de renforcer le programme de l'OMS concernant les ressources humaines pour la santé en lui affectant des ressources suffisantes, notamment sur les plans financier et humain ;
- 3) de faire rapport sur l'application de la présente résolution à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;
3. DECIDE de faire figurer parmi les questions de fond inscrites à l'ordre du jour de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé celle intitulée « Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement ».

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA58.18 Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2004

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier intérimaire non vérifié pour l'année 2004 ;¹

Ayant pris note du premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;²

ACCEPTE le rapport financier intérimaire non vérifié du Directeur général pour l'année 2004.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

WHA58.19 Contributions pour l'exercice 2006-2007

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;³

ADOPTE le barème des contributions des Membres pour l'exercice 2006-2007, reflétant le dernier barème disponible de l'Organisation des Nations Unies, tel qu'il figure ci-dessous :

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2006-2007
	%
Afghanistan	0,00200
Afrique du Sud	0,29200
Albanie	0,00500
Algérie	0,07600
Allemagne	8,66230

¹ Documents A58/26 et A58/26 Add.1.

² Document A58/27.

³ Document A58/30.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2006-2007
	%
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
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
Emirats arabes unis	0,23500
Equateur	0,01900
Erythrée	0,00100
Espagne	2,52000

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2006-2007
	%
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
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

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2006-2007
	%
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
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

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2006-2007 %
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
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 (République bolivarienne du)	0,17100
Viet Nam	0,02100
Yémen	0,00600
Zambie	0,00200
Zimbabwe	0,00700
Total	100,00000

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

WHA58.20 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière ;¹

1. APPROUVE les changements au Règlement financier, avec effet au 1^{er} janvier 2006 ;²
2. AUTORISE, à titre transitoire, qu'à la fin de l'exercice 2006-2007, tout engagement non réglé pour l'exercice 2004-2005 soit annulé et porté au crédit du compte pour les recettes diverses.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

WHA58.21 Fonds immobilier

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'utilisation du fonds immobilier pour la construction de bureaux de représentants de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale ;³

Notant qu'il s'avère difficile de trouver, pour un prix raisonnable, des locaux appropriés pour accueillir les bureaux des représentants de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, qui soient sûrs et permettent au personnel de travailler ensemble de manière efficace ;

1. EXPRIME ses remerciements aux gouvernements qui ont mis à la disposition de l'OMS des parcelles sur leur territoire et à ceux qui ont annoncé une contribution en espèces pour aider à la construction de bureaux de représentants de l'OMS ;
2. AUTORISE le Directeur général :
 - 1) à faire réaménager ou construire des locaux appropriés pour accueillir les bureaux des représentants de l'OMS en Iraq, en Jordanie et en Tunisie ;
 - 2) à utiliser le montant de US \$1,5 million prévu au projet de budget programme 2006-2007 au titre du fonds immobilier pour la Région de la Méditerranée orientale, afin de contribuer au réaménagement ou à la construction de locaux appropriés pour accueillir les bureaux des représentants de l'OMS en Iraq, en Jordanie et en Tunisie.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

¹ Document A58/32.

² Voir document EB115/2005/REC/1, annexe 2, appendice 1.

³ Document A58/33.

WHA58.22 Prévention et lutte anticancéreuses

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la prévention et la lutte anticancéreuses ;¹

Rappelant les résolutions WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA56.1 sur la lutte antitabac, WHA57.12 sur la stratégie pour la santé génésique, y compris la lutte contre le cancer du col de l'utérus, et WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ;

Consciente des souffrances qu'endurent les malades du cancer et leur famille et de la mesure dans laquelle le cancer menace le développement lorsqu'il touche la population active ;

Alarmée par la tendance à la hausse des facteurs de risque de cancer, du nombre de cas nouveaux et de la morbidité et de la mortalité cancéreuses dans le monde entier, en particulier dans les pays en développement ;

Reconnaissant que beaucoup de cas de cancer et de décès par cancer pourraient être évités et qu'il est urgent, pour des motifs humanitaires, de dispenser des soins palliatifs à tous ceux qui en ont besoin ;

Reconnaissant que les techniques de diagnostic et de traitement du cancer sont au point et qu'il est possible de guérir de nombreux cas, surtout s'ils sont dépistés plus tôt ;

Reconnaissant que le tabagisme est la cause de cancer la plus facilement évitable dans le monde et que des moyens de lutte comme la législation, l'éducation, la promotion d'environnements sans tabac et le traitement de la dépendance tabagique peuvent être utilisés de façon efficace quelles que soient les ressources disponibles ;

Reconnaissant que, parmi tous les types de cancer, le cancer du col de l'utérus, provoquant 11 % de tous les décès par cancer chez les femmes dans les pays en développement, est l'un de ceux qui peut le mieux faire l'objet d'un dépistage précoce et être guéri, qu'il existe des interventions peu coûteuses de dépistage précoce qui ne sont pas encore largement utilisées, et que la lutte contre le cancer du col contribuera à la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;

Reconnaissant la valeur de la prise en charge pluridisciplinaire et l'importance de la chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie, des soins palliatifs et d'autres méthodes de traitement du cancer ;

Reconnaissant la contribution que le CIRC apporte depuis 40 ans à la recherche sur l'étiologie et la prévention du cancer en fournissant des données factuelles sur la prévalence et l'incidence du cancer dans le monde, les causes du cancer, les mécanismes de la carcinogenèse et les stratégies efficaces de prévention et de dépistage précoce ;

¹ Document A58/16.

Consciente de la nécessité d'une planification attentive et de l'établissement de priorités dans l'utilisation des ressources afin d'entreprendre des activités efficaces pour réduire la charge du cancer ;

Reconnaissant l'importance d'un financement suffisant des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs, en particulier dans les pays en développement ;

Encouragée par les perspectives offertes par les partenariats avec des organisations internationales et nationales dans le cadre de l'Alliance mondiale contre le cancer, et avec d'autres organismes tels que les associations de malades ;

Reconnaissant la contribution de l'AIEA à la lutte contre le cancer et se félicitant de l'initiative prise par l'Agence en vue de créer le programme d'action pour la cancérothérapie et des travaux de recherche menés par des instituts nationaux du cancer dans différents Etats Membres ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à collaborer avec l'Organisation pour établir, ou les renforcer s'ils existent déjà, des programmes complets de lutte contre le cancer adaptés au contexte socio-économique et destinés à réduire l'incidence du cancer, faire reculer la mortalité cancéreuse et améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille, en particulier par l'application systématique, progressive et équitable de stratégies de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs fondées sur des données factuelles, et à évaluer les effets de la mise en oeuvre de ces programmes ;
- 2) à fixer des priorités en fonction de la charge que représente le cancer pour le pays, de la disponibilité des ressources et de la capacité des systèmes de santé à mener des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs ;
- 3) à intégrer dans les systèmes de santé existants des programmes nationaux de lutte contre le cancer qui énoncent des buts et des objectifs mesurables, axés sur les résultats, à court, à moyen et à long terme, conformément aux recommandations contenues dans l'annexe à la présente résolution, à définir, tout au long de la chaîne des soins, des interventions durables fondées sur des données factuelles, et à utiliser au mieux les ressources pour l'ensemble de la population en mettant l'accent sur le rôle utile des soins de santé primaires pour promouvoir les stratégies de prévention ;
- 4) à encourager et à élaborer des politiques visant à renforcer et à entretenir le matériel technique de diagnostic et de traitement du cancer dans les hôpitaux qui assurent des services d'oncologie et d'autres services pertinents ;
- 5) à accorder une attention toute particulière aux cancers liés aux facteurs d'exposition évitables, notamment les substances chimiques et la fumée du tabac en milieu professionnel et dans l'environnement, certains agents infectieux et les rayonnements ionisants et solaires ;
- 6) à encourager la recherche scientifique nécessaire pour améliorer les connaissances concernant la charge et les causes du cancer chez l'être humain en donnant la priorité aux tumeurs, telles que le cancer du col de l'utérus et le cancer de la bouche, dont l'incidence est élevée dans les milieux déshérités, et qui peuvent faire l'objet d'interventions efficaces par rapport à leur coût ;

- 7) à donner aussi la priorité à la recherche sur les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge du cancer, y compris, le cas échéant, les thérapies et médicaments traditionnels, notamment pour les soins palliatifs ;
- 8) à envisager une approche des phases de planification, d'application et d'évaluation de la lutte anticancéreuse qui associe tous les principaux acteurs représentant les organisations gouvernementales, non gouvernementales et communautaires, y compris celles qui représentent les malades et leur famille ;
- 9) à garantir, en particulier aux malades du cancer, l'accès à des informations appropriées concernant les moyens et les options de prévention, de diagnostic et de traitement, et les soins palliatifs ;
- 10) à mettre en place des systèmes d'information appropriés, y compris des indicateurs de résultat et de processus, pour soutenir la planification, la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs ;
- 11) à évaluer périodiquement les résultats des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses pour permettre aux pays d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leurs programmes ;
- 12) à participer activement à l'application des stratégies intégrées de promotion de la santé et de prévention mises au point par l'OMS pour les facteurs de risque de maladies non transmissibles, y compris le cancer, par exemple la consommation de tabac, une mauvaise alimentation, l'abus d'alcool et l'exposition à des agents biologiques, chimiques et physiques notoirement cancérogènes, et à envisager de signer, ratifier, accepter, approuver, confirmer de manière formelle la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ou d'y adhérer ;
- 13) à améliorer l'accès aux technologies appropriées, avec le soutien de l'OMS, pour le diagnostic et le traitement du cancer afin de promouvoir le diagnostic et le traitement précoces de la maladie, en particulier dans les pays en développement ;
- 14) à définir des normes minimales efficaces sur le plan des coûts et adaptées à la situation locale, applicables au traitement du cancer et aux soins palliatifs, qui s'inspirent des stratégies de l'OMS pour l'approvisionnement national en médicaments essentiels, en moyens techniques et diagnostiques et en vaccins, compte tenu, en ce qui concerne les soins palliatifs, des recommandations formulées lors du Deuxième Sommet mondial des associations nationales de centres de soins palliatifs (Séoul, 2005) ;
- 15) à assurer la disponibilité à des fins médicales d'analgésiques opioïdes conformément aux traités internationaux et aux recommandations de l'OMS et de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants et dans le cadre d'un système efficace de surveillance et de contrôle ;
- 16) à assurer, le cas échéant, l'innocuité et l'efficacité des thérapies et médicaments traditionnels disponibles en les documentant par des données scientifiques et factuelles ;
- 17) à mettre sur pied ou renforcer l'infrastructure des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, afin de développer les capacités voulues pour appliquer de manière efficace les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses, y compris un système de registre du cancer ;

18) à accorder un rang de priorité élevé à la planification et à l'application de la lutte anticancéreuse pour les groupes à haut risque, y compris les proches des malades et les personnes ayant été soumises à une exposition cancérigène durable et intense ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de développer l'activité et la capacité de l'OMS dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuses et de promouvoir des stratégies efficaces et complètes de prévention et de lutte anticancéreuses dans le contexte de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et de la résolution WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, en privilégiant les pays moins avancés ;

2) de prêter un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils fixent des priorités concernant les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs ;

3) de renforcer la participation de l'OMS à des partenariats internationaux et sa collaboration avec les Etats Membres, les autres organismes du système des Nations Unies et les acteurs de tout un éventail de secteurs et de disciplines connexes afin de sensibiliser l'opinion, de mobiliser des ressources et de développer les capacités pour une approche complète de la lutte anticancéreuse ;

4) de continuer à élaborer la stratégie de l'OMS pour la formulation et l'amélioration des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses en recueillant, analysant et diffusant les données sur l'expérience des pays dans ce domaine et en donnant, à leur demande, des conseils appropriés aux Etats Membres ;

5) de contribuer à élaborer des recommandations en matière de diagnostic précoce du cancer, notamment pour définir et atteindre les populations cibles qui devraient en bénéficier ;

6) d'envisager d'allouer des ressources supplémentaires pour que les connaissances issues de la recherche aboutissent à des mesures efficaces et efficientes de santé publique pour la prévention et la lutte anticancéreuses ;

7) de promouvoir des recherches sur le coût-efficacité de différentes stratégies de prévention et de prise en charge de divers cancers ;

8) de promouvoir et de soutenir les recherches dont l'objectif est d'évaluer les interventions peu coûteuses, économiquement abordables et durables dans les pays à faible revenu ;

9) de promouvoir des recherches sur la mise au point d'un vaccin efficace contre le cancer du col de l'utérus ;

10) d'aider à poursuivre l'élaboration et l'extension, au CIRC et dans d'autres organes, d'un programme de recherche approprié pour mettre au point des politiques et des stratégies intégrées de lutte contre le cancer, et de promouvoir et de soutenir des programmes techniques et médicaux pour le traitement du cancer ;

11) de promouvoir des principes directeurs concernant les soins palliatifs pour les malades du cancer, y compris les aspects éthiques ;

- 12) de fournir des ressources et des orientations adéquates au Programme international sur la sécurité chimique afin qu'il joue un rôle actif dans les mécanismes multisectoriels internationaux pour la sécurité chimique, y compris l'appui au renforcement des capacités en matière de sécurité chimique dans les pays ;
- 13) de soutenir et de renforcer les mécanismes de transfert dans les pays en développement des compétences techniques en matière de prévention et de lutte anticancéreuses, y compris la surveillance, le dépistage et la recherche ;
- 14) de conseiller les Etats Membres, en particulier les pays en développement, au sujet de l'élaboration ou de la tenue d'un registre national du cancer incluant le type et le site du cancer et sa distribution géographique ;
- 15) de collaborer avec les Etats Membres à l'établissement d'instituts nationaux du cancer ;
- 16) de rechercher des mécanismes appropriés de financement des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs, en particulier dans les pays en développement ;
- 17) d'envisager la faisabilité d'entreprendre l'élaboration d'un programme commun de l'OMS et de l'AIEA pour la prévention et la lutte anticancéreuses, le traitement du cancer et la recherche ;
- 18) d'examiner conjointement avec l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants la possibilité de disposer d'un mécanisme d'assistance propre à faciliter le traitement satisfaisant de la douleur à l'aide d'analgésiques opioïdes ;
- 19) d'étudier toutes les possibilités de rendre les médicaments de chimiothérapie plus accessibles, plus abordables financièrement et plus largement disponibles, en particulier dans les pays en développement, pour le traitement des cancers liés au VIH/SIDA ;
- 20) de faire rapport régulièrement sur l'application de la présente résolution à l'Assemblée de la Santé.

Annexe

**PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE CANCER :
RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES OBJECTIFS
AXES SUR LES RESULTATS**

Les autorités sanitaires nationales voudront peut-être retenir pour leurs programmes de lutte contre le cancer les objectifs axés sur les résultats exposés ci-après selon le type de cancer concerné :

- tumeurs évitables (par exemple du poumon, du côlon, du rectum, de la peau et du foie) : éviter et réduire l'exposition à des facteurs de risque (tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'abus d'alcool, la sédentarité, une exposition excessive au soleil, les agents transmissibles, y compris le virus de l'hépatite B et la douve du foie, et les expositions professionnelles), limitant ainsi l'incidence du cancer ;
- cancers pouvant faire l'objet d'un dépistage et d'un traitement précoces (par exemple cancer de la bouche, du col de l'utérus, du sein et de la prostate) : encourager les personnes à consulter

plus tôt et assurer un traitement approprié afin d'accroître les chances de survie, de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie ;

- cancers généralisés pouvant être guéris ou dont le traitement peut prolonger sensiblement la vie des malades (par exemple leucémie aiguë de l'enfant) : fournir des soins appropriés afin d'accroître les chances de survie, de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie ;
- cancers avancés : renforcer le traitement de la douleur et d'autres symptômes et améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

WHA58.23 Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris ;¹

Notant que quelque 600 millions de personnes vivent avec différents types d'incapacité ;

Consciente de l'ampleur des besoins dans le monde en matière de santé et de réadaptation des personnes handicapées et du coût de leur exclusion sociale ;

Préoccupée par l'augmentation rapide du nombre de personnes handicapées consécutive à l'accroissement de la population, à l'accroissement de la population âgée, aux affections chroniques, à la malnutrition, aux blessures causées par les mines terrestres, à la guerre, à la violence, en particulier la violence familiale, au SIDA, à la dégradation de l'environnement, et aux accidents de la circulation, aux accidents domestiques, aux accidents causés par des jeux, aux accidents du travail et à d'autres causes souvent liées à la pauvreté ;

Soulignant que 80 % des personnes handicapées, en particulier les enfants, vivent dans des pays à faible revenu et que la pauvreté limite de surcroît l'accès aux services de santé de base, et notamment aux services de réadaptation ;

Reconnaissant que les personnes handicapées apportent une contribution importante à la société et que les ressources allouées à leur réadaptation constituent un investissement ;

Reconnaissant également l'importance d'une information fiable sur différents aspects de la prévention des incapacités, de la réadaptation et des soins, ainsi que la nécessité d'investir en faveur des services de santé et de réadaptation nécessaires pour assurer l'égalité des chances et une bonne qualité de vie aux personnes handicapées ;

Rappelant les Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;²

¹ Document A58/17.

² Adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 48/96.

Rappelant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé officiellement entérinée par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2001 ;¹

Rappelant aussi le Programme d'action mondial des Nations Unies concernant les personnes handicapées² indiquant notamment que la responsabilité de l'OMS s'étend à la prévention des incapacités et à la réadaptation médicale ;

Prenant note de la Décennie des personnes handicapées en Afrique (2000-2009), de la Décennie Asie-Pacifique pour les personnes handicapées (1993-2002), de la nouvelle Décennie Asie-Pacifique pour les personnes handicapées (2003-2012) et de l'Année européenne des personnes handicapées (2003) ;

Rappelant les résolutions 56/168 du 19 décembre 2001, 57/229 du 18 décembre 2002 et 58/246 du 23 décembre 2003 de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Consciente que les objectifs de développement convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ne pourront être atteints sans que soient abordées les questions liées à la santé et à la réadaptation des personnes handicapées ;

Reconnaissant l'importance de la conclusion dans les meilleurs délais de la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés ;³

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à renforcer les politiques, stratégies et programmes nationaux pour la mise en oeuvre des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;
- 2) à sensibiliser davantage l'opinion générale à l'importance de la question des incapacités et à coordonner les efforts faits par tous les secteurs de la société pour participer aux activités de prévention des incapacités ;
- 3) à élargir leur base de connaissances en vue de promouvoir et de protéger les droits et la dignité des personnes handicapées et de les intégrer pleinement dans la société, en particulier en encourageant la formation et en protégeant l'emploi ;
- 4) à prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité pendant la grossesse et l'enfance ;
- 5) à promouvoir une intervention rapide et le dépistage précoce des incapacités, en particulier pendant la grossesse et chez l'enfant, et le plein accès, sur les plans physique, économique et de l'information, à tous les aspects de la vie, y compris aux services de santé et de réadaptation, afin de garantir la pleine participation et l'égalité des personnes handicapées ;

¹ Résolution WHA54.21.

² Résolution 37/52 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Résolution 56/168 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 6) à mettre en oeuvre, lorsqu'il y a lieu, des programmes de conseil aux familles, y compris le dépistage prénuptial, en toute confidentialité, de maladies comme l'anémie et la thalassémie, ainsi que des services de conseil pour éviter les mariages au sein d'une même famille ;
- 7) à promouvoir et renforcer les programmes communautaires de réadaptation reliés aux soins de santé primaires et intégrés au système de santé ;
- 8) à faciliter l'accès aux technologies d'assistance appropriées et à promouvoir leur mise au point et d'autres moyens qui encouragent l'intégration des personnes handicapées dans la société ;
- 9) à prévoir un volet sur les incapacités dans leurs politiques et programmes de santé, en particulier dans les domaines de la santé de l'enfant et de l'adolescent, de la santé sexuelle et génésique, de la santé mentale, du vieillissement, du VIH/SIDA et des affections chroniques comme le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires et le cancer ;
- 10) à coordonner, lorsqu'il y a lieu, les politiques et programmes concernant les incapacités avec ceux concernant le vieillissement ;
- 11) à garantir, dans toutes les mesures prises, l'égalité des sexes en prêtant une attention particulière aux femmes et aux filles handicapées qui sont souvent désavantagées sur les plans social, culturel et économique ;
- 12) à prendre part de façon active et constructive aux travaux préparatoires de la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés,¹ afin qu'elle puisse être adoptée par l'Assemblée générale à titre prioritaire ;
- 13) à étudier et à mettre en oeuvre, dans les conditions qui leur sont propres, les moyens les plus efficaces de prévenir les incapacités, avec la participation de tous les autres secteurs de la communauté ;
- 14) à garantir la prestation de soins médicaux appropriés et efficaces aux personnes qui ont des besoins particuliers et à leur en faciliter l'accès, y compris aux prothèses, fauteuils roulants, aides à la conduite automobile et autres dispositifs ;
- 15) à faire des recherches sur les mesures les plus efficaces pour prévenir les incapacités et à appliquer ces mesures en collaboration avec la communauté et d'autres secteurs ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'intensifier la collaboration au sein de l'Organisation afin de contribuer à améliorer la qualité de vie et à promouvoir les droits et la dignité des personnes handicapées, en s'attachant notamment à inclure une analyse statistique et des informations ventilées selon le sexe sur les incapacités dans tous les domaines d'activité ;
- 2) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent renforcer leurs programmes nationaux de réadaptation et mettre en oeuvre les Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;

¹ Résolution 56/168 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 3) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour recueillir des données plus fiables sur tous les aspects pertinents, y compris la rentabilité des interventions en matière de prévention des incapacités, de réadaptation et de soins, et pour étudier l'usage qu'il est possible de faire des ressources nationales et internationales pour la prévention des incapacités, la réadaptation et les soins ;
- 4) de resserrer encore la collaboration au sein du système des Nations Unies et avec les Etats Membres, le milieu universitaire, le secteur privé et les organisations non gouvernementales, y compris les organisations de personnes handicapées ;
- 5) d'apporter une contribution appropriée aux travaux du comité spécial chargé d'élaborer la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés ;
- 6) d'organiser une réunion d'experts pour passer en revue les besoins des personnes handicapées en matière de santé et de réadaptation ;
- 7) d'encourager les études sur l'incidence et la prévalence des incapacités afin qu'elles servent de base à l'élaboration de stratégies de prévention, de traitement et de réadaptation ;
- 8) d'établir un rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation en se fondant sur les meilleures données scientifiques disponibles ;
- 9) de promouvoir une bonne compréhension de la contribution que peuvent apporter les personnes handicapées à la société ;
- 10) de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité ;
- 11) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, troisième rapport)

WHA58.24 Eliminer durablement les troubles dus à une carence en iode

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant pris note du rapport de l'OMS sur le bilan iodé dans le monde ;¹

Affirmant que la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, comme le stipulent les résolutions WHA49.13 et WHA52.24, et la cible de l'élimination fixée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa vingt-septième session extraordinaire consacrée aux enfants sont prioritaires ;²

Constatant avec inquiétude que les troubles dus à une carence en iode continuent de faire peser une grave menace sur la santé publique, provoquant des lésions cérébrales invisibles chez des

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Genève, 2004.

² Résolution S-27/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, annexe.

centaines de millions d'enfants et entraînant des perturbations visibles, goitres, crétinisme, mortinaissances, avortements spontanés et atteintes physiques ;

Notant que la lutte mondiale contre les troubles dus à une carence en iode par l'iodation généralisée du sel est une des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité et contribue au développement économique et social ;

Reconnaissant que le choix final d'une mesure doit toujours être défini en prenant en compte le niveau de carence en iode, afin de contrôler le risque de prise d'iode excessive pour la population la plus sensible, à savoir les enfants ;

Prenant note de la résolution WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et du fait que les actions destinées à lutter contre les carences en iode doivent être compatibles avec la recommandation de cette stratégie tendant à limiter la consommation de sel (sodium), toutes sources confondues ;

Reconnaissant qu'au cours des dix dernières années, 2 milliards de personnes se sont mises à consommer du sel iodé mais que, malgré ce progrès notable, un tiers de la population mondiale est encore exposé au risque de carence, principalement dans les zones les plus pauvres et les moins avancées sur le plan économique ;

Consciente qu'une solution durable comme l'iodation généralisée du sel s'impose pour assurer un apport régulier d'iode à l'état de traces, dans la mesure où les troubles dus à une carence ne peuvent être éradiqués et où l'interruption de cet apport régulier crée des conditions propices à leur réapparition ;

Convaincue que les activités de lutte durables supposent un effort de communication et d'éducation pour garantir l'usage continu de sel iodé et éviter que les troubles dus à une carence ne réapparaissent faute de stratégies de lutte à long terme ;

Se félicitant de la création en 2002 du réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode, qui est un modèle de collaboration entre acteurs des secteurs public et privé à l'échelle mondiale et dont plusieurs associations de producteurs de sel sont des membres fondateurs, aux côtés d'organismes internationaux d'aide au développement et de Kiwanis International ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à s'engager plus résolument, dans le cadre de leurs programmes de santé ordinaires et initiatives contre la pauvreté, à éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode, en particulier par l'iodation généralisée du sel ;
- 2) à prendre des mesures urgentes pour atteindre le tiers restant de la population mondiale, principalement les groupes les plus démunis et économiquement défavorisés ;
- 3) à faire figurer la promotion de la santé dans leurs stratégies de lutte afin que l'usage du sel iodé devienne une pratique courante fondée sur le principe que la consommation d'iode dans le régime alimentaire est indispensable au bien-être physique et mental, en particulier à celui de la femme enceinte ou allaitante, du nourrisson et du jeune enfant ;
- 4) à constituer des coalitions nationales pluridisciplinaires auxquelles participent l'industrie du sel (producteurs, distributeurs et détaillants) et les secteurs de l'éducation et des médias afin

de surveiller le bilan iodé tous les trois ans et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès enregistrés ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer la coopération avec les Etats Membres, à leur demande, avec les organisations internationales, dont l'UNICEF, les organismes d'assistance bilatéraux et les organes internationaux comme le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, l'initiative pour les micronutriments et l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition, afin d'offrir une assistance technique aux autorités de réglementation et aux producteurs de sel concernant la production et la commercialisation du sel iodé, le renforcement des systèmes de contrôle de la qualité et le fonctionnement d'un réseau de laboratoires de référence chargé d'estimer l'apport d'iode ;

2) de renforcer l'action de sensibilisation associant les médias publics et la société civile pour donner un nouvel élan à la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, y compris d'entreprendre des recherches appropriées avec les partenaires concernés ;

3) de faire rapport sur l'application de la présente résolution à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, puis tous les trois ans.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, sixième rapport)

**WHA58.25 Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans
l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les
pays**

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note du rapport sur la collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies ;¹

Reconnaissant la primauté des priorités et des plans nationaux et, à cet égard, le rôle directeur dévolu aux gouvernements pour la coordination des activités de développement ;

Consciente de l'importance cruciale du processus de réforme des Nations Unies qui concerne, entre autres, les activités opérationnelles de développement mises en oeuvre par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et dont le but est à la fois d'améliorer la coordination des activités sur le terrain et d'assurer des services cohérents et efficaces ;

Reconnaissant les contributions que l'OMS apporte à ces activités de développement ;

Consciente également de la nécessité de veiller à ce que les activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies soient notamment axées sur la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

¹ Document A58/40.

Considérant en particulier le débat que suscite entre les Etats Membres le rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies intitulé « Dans une liberté plus grande : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous », où sont présentées les mesures qui, d'après le Secrétaire général, feraient de l'Organisation des Nations Unies un instrument plus efficace et efficient, susceptible d'apporter une réponse unifiée à des menaces et à des besoins communs, consistant notamment à réformer, restructurer et revitaliser les principaux organes et institutions de l'Organisation, le cas échéant, pour leur permettre de réagir efficacement aux menaces, aux nécessités et aux situations nouvelles du XXI^e siècle ;¹

Déterminée à réduire les coûts de transaction liés à la coopération internationale dans le secteur de la santé pour les bénéficiaires comme pour les prestataires, et à améliorer l'efficacité de cette coopération, son suivi et les rapports établis à son sujet ;

Soucieuse de tirer parti du potentiel inexploité que représente une collaboration efficace entre les organisations du système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, les initiatives mondiales et d'autres partenaires de l'action en faveur du développement sanitaire ;

Rappelant la résolution 59/250 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (22 décembre 2004), qui demande que soient améliorées la cohérence et la coordination entre les entités du système des Nations Unies dans les pays et que soient simplifiées et harmonisées leurs règles et procédures ;

Prenant note de la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003) et de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ;

Soucieuse d'assurer une utilisation plus efficace des ressources humaines et financières dans les pays, en évitant particulièrement le chevauchement des activités à l'intérieur du système de développement des Nations Unies et avec les institutions de Bretton Woods ;

Prenant note des travaux préliminaires en cours à l'OMS en matière d'appropriation, d'alignement, d'harmonisation et de résultats, du rôle actif de l'Organisation au sein du Groupe des Nations Unies pour le développement et de ses efforts pour renforcer les interventions dans les pays conformément à son mandat et par le biais de sa politique d'action en faveur des pays ;

Soulignant l'importance de l'application des « trois principes » mis en avant par l'ONUSIDA et approuvés dans la résolution WHA57.14 ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à faire en sorte que les activités opérationnelles de développement soient planifiées et exécutées en concertation avec le gouvernement du pays et sous son autorité, de même qu'en conformité avec ses priorités, tout en étant conscients des efforts coordonnés déployés par les organismes du système des Nations Unies dans le contexte du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ;

¹ Document A/59/2005.

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de veiller à ce que l'OMS continue à mettre en oeuvre les activités dans les pays conformément aux priorités des Etats Membres, comme convenu par les organes directeurs, et de coordonner les activités de l'OMS avec celles d'autres organisations du système des Nations Unies et, le cas échéant, avec d'autres acteurs concernés qui s'emploient à améliorer les résultats sanitaires ;
- 2) de veiller à ce que le personnel et les programmes de l'OMS au Siège et les bureaux régionaux et de pays adhèrent au programme international d'harmonisation et d'alignement, tel qu'il ressort notamment de la Déclaration de Rome et de la Déclaration de Paris, et à ce qu'ils participent activement à la préparation et à l'application du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, en relation étroite avec les autres membres de l'équipe des Nations Unies dans le pays et en collaboration étroite avec le Coordonnateur résident des Nations Unies dans le pays, afin d'assurer la cohérence et l'efficacité des activités ;
- 3) de tenir compte de l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies, y compris les perspectives sexospécifiques et la promotion de l'égalité des sexes, afin de guider les actions de l'OMS dans les pays, et de participer activement à l'étude de l'examen triennal complet au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale des Nations Unies ;
- 4) en particulier, de chercher des moyens et de prendre des mesures spécifiques pour rationaliser davantage les procédures et réduire les coûts de transaction comme indiqué au Chapitre 4, paragraphe 36, de la résolution 59/250 de l'Assemblée générale des Nations Unies ;
- 5) de soumettre à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport intérimaire sur les progrès de l'application de la présente résolution et, à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, une analyse complète de la contribution de l'OMS à l'application de la résolution 59/250 de l'Assemblée générale des Nations Unies, en particulier la mise en adéquation des activités opérationnelles de développement de l'OMS dans les pays avec celles du système des Nations Unies et les incidences de cet effort de coordination sur l'efficacité de l'aide au développement et son évaluation.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA58.26 Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;¹

Réaffirmant les résolutions WHA32.40 sur le développement du programme de l'OMS relatif aux problèmes liés à la consommation d'alcool, WHA36.12 sur la consommation d'alcool et les

¹ Document A58/18.

problèmes liés à l'alcool : élaboration de politiques et de programmes nationaux, WHA42.20 sur la lutte contre l'abus des drogues et de l'alcool, WHA55.10 sur la santé mentale : répondre à l'appel lancé, WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains et WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

Rappelant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*,¹ dans lequel il est indiqué que 4 % de la charge de morbidité et 3,2 % de l'ensemble des décès dans le monde sont imputés à l'alcool et que l'alcool est le premier facteur de risque pour la santé dans les pays en développement à faible taux de mortalité et le troisième dans les pays développés ;

Reconnaissant que les modes de consommation d'alcool, le contexte et la quantité totale consommée influencent la santé de la population dans son ensemble et que l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence – en particulier de violence familiale contre les femmes et les enfants –, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés, est associé à des problèmes de santé mentale, a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général, et contribue aux inégalités sociales et sanitaires ;

Soulignant que la consommation d'alcool risque de causer des dommages en particulier dans le cadre de la conduite d'un véhicule, au travail et pendant la grossesse ;

Alarmée de constater l'étendue des problèmes de santé publique liés à la consommation nocive d'alcool et les tendances faisant état d'une consommation dangereuse, en particulier chez les jeunes, dans de nombreux Etats Membres ;

Reconnaissant que l'intoxication alcoolique est associée à des comportements à haut risque, y compris la consommation d'autres substances psychoactives et les rapports sexuels non protégés ;

Préoccupée par la perte économique pour la société qu'entraîne la consommation nocive d'alcool, y compris les coûts pour les services de santé, le système de protection sociale et le système de justice pénale, la perte de productivité et le ralentissement du développement économique ;

Consciente des menaces que font peser sur la santé publique les facteurs qui ont suscité une augmentation de l'offre et de l'accessibilité des boissons alcoolisées dans certains Etats Membres ;

Notant que les stratégies et les mesures destinées à combattre les méfaits de l'alcool font chaque fois plus la preuve de leur efficacité ;

Considérant que les individus devraient pouvoir prendre pour eux-mêmes des décisions positives radicales au sujet de problèmes tels que la consommation d'alcool ;

Prenant dûment en considération les sensibilités religieuses et culturelles d'un nombre considérable d'Etats Membres au sujet de la consommation d'alcool, et soulignant que le mot « nocif » dans la présente résolution fait référence uniquement aux effets de la consommation d'alcool sur la santé publique, sans préjuger en aucune manière des croyances religieuses et des normes culturelles ;

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

1. PRIE les Etats Membres :

- 1) d'élaborer des stratégies et des programmes efficaces pour atténuer les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage nocif de l'alcool, de les mettre en oeuvre et de les évaluer ;
- 2) d'encourager tous les groupes sociaux et économiques concernés, y compris les organisations scientifiques, professionnelles, non gouvernementales et bénévoles, le secteur privé et les associations de la société civile et de l'industrie, à se mobiliser et à participer activement et utilement aux mesures prises pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;
- 3) d'aider le Directeur général à exécuter les activités ci-dessous, y compris, au besoin, par le biais de contributions volontaires d'Etats Membres intéressés ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer les moyens dont dispose le Secrétariat pour aider les Etats Membres à suivre l'évolution des problèmes liés à l'alcool et d'enrichir la somme de données scientifiques et empiriques qui attestent l'efficacité des politiques ;
- 2) d'envisager d'intensifier la coopération mise en oeuvre à l'échelle internationale pour réduire les problèmes de santé publique liés à l'usage nocif de l'alcool et de mobiliser le soutien nécessaire aux niveaux mondial et régional ;
- 3) d'envisager aussi de conduire des études scientifiques supplémentaires sur différents aspects de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur la santé publique ;
- 4) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire les méfaits de l'alcool, avec notamment un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;
- 5) d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les Etats Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;
- 6) de renforcer les systèmes mondiaux et régionaux d'information en poursuivant la collecte et l'analyse de données sur la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, en fournissant un soutien technique aux Etats Membres et en encourageant des travaux de recherche là où de telles données ne sont pas disponibles ;
- 7) de promouvoir et soutenir des activités mondiales et régionales destinées à détecter et prendre en charge les troubles liés à l'alcool dans le cadre des soins de santé et à donner aux professionnels de la santé les moyens de mieux combattre chez leurs patients les problèmes liés à des modes nocifs de consommation d'alcool ;
- 8) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations intergouvernementales, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et les autres partenaires intéressés pour promouvoir la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces contre l'usage nocif de l'alcool ;

9) d'organiser des consultations ouvertes avec les représentants des secteurs de l'industrie, de l'agriculture et du commerce afin de limiter l'impact sur la santé de l'usage nocif de l'alcool ;

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

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA58.27 Améliorer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients ;¹

Reconnaissant que l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens est un préalable à la réalisation de plusieurs des objectifs liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant les recommandations formulées par les participants à la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiangmai, Thaïlande, 2004) ;

Rappelant aussi les conclusions des rapports pertinents de l'OMS, notamment sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde,² et la recommandation de Copenhague formulée à l'issue de la Conférence de l'Union européenne sur la menace microbienne (Copenhague, 1998) ;

Consciente du fait que la propagation de la résistance aux antimicrobiens ne connaît pas de frontières nationales et a atteint des proportions telles que des mesures s'imposent d'urgence aux niveaux national, régional et mondial, notamment compte tenu du recul de la mise au point de nouveaux antimicrobiens ;

Rappelant les résolutions antérieures WHA39.27 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA51.17 sur la résistance aux antimicrobiens et WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale ;

Appréciant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, des universités, le secteur privé et des organisations non gouvernementales pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, contribuant ainsi à prévenir la propagation des maladies infectieuses ;

Notant que, malgré certains progrès, la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens³ n'a pas été largement appliquée ;

¹ Document A58/14.

² Document WHO/EDM/PAR/2004.7.

³ Document WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2 (résumé en français paru sous la cote WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a).

Souhaitant intensifier les efforts pour endiguer la résistance aux antimicrobiens et promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale ;

Réaffirmant la nécessité d'une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour promouvoir l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale de réaffirmer leur volonté de veiller à ce que des investissements suffisants soient consentis en vue d'endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que soit mise au point une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour appliquer la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en tenant compte, le cas échéant, des incitations financières et autres qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur les politiques en matière de prescription et de délivrance ;

2) à accroître l'usage rationnel des antimicrobiens, notamment en élaborant et en mettant en oeuvre des lignes directrices nationales applicables aux pratiques normalisées pour les infections courantes, dans les secteurs public et privé de la santé ;

3) à renforcer, le cas échéant, leur législation sur la disponibilité des médicaments en général et des antimicrobiens en particulier ;

4) à mobiliser des ressources humaines et financières pour atténuer le plus possible le développement et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, notamment en encourageant l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs ;

5) à surveiller efficacement et combattre les infections nosocomiales ;

6) à suivre régulièrement l'usage des antimicrobiens et les niveaux de résistance aux antimicrobiens dans tous les secteurs concernés ;

7) à faire activement part de leurs connaissances et de leurs données d'expérience sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer le rôle directeur de l'OMS dans l'action visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

2) d'accélérer l'application des résolutions WHA51.17 et WHA54.14 concernant l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en élargissant et en renforçant l'appui technique fourni aux Etats Membres qui en font la demande ;

3) de collaborer avec d'autres programmes et partenaires concernés pour promouvoir la bonne utilisation des antimicrobiens dans le contexte de l'usage rationnel des médicaments, en développant les interventions d'efficacité avérée, et de fournir un soutien pour la mise en commun parmi les parties prenantes des connaissances et des données d'expérience sur les meilleures pratiques ;

- 4) d'apporter un soutien pour la production d'informations actualisées sur la résistance aux antimicrobiens aux niveaux régional et infrarégional et de les communiquer aux Etats Membres et à d'autres parties ;
- 5) de fournir un appui pour la collecte et la communication de données factuelles sur les interventions de prévention et d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens offrant un bon rapport coût/efficacité aux niveaux national et local ;
- 6) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, et par la suite à intervalles réguliers, sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les autres mesures proposées en vue de l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, septième rapport)

WHA58.28 Cybersanté

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la cybersanté ;¹

Notant l'impact potentiel que les progrès des technologies de l'information et de la communication pourraient avoir sur la fourniture des soins de santé, la santé publique, la recherche et les activités liées à la santé pour les pays à faible revenu comme pour les pays à revenu élevé ;

Consciente que les progrès des technologies de l'information et de la communication ont suscité des attentes en matière de santé ;

Respectant les droits de l'homme, les questions d'éthique et les principes d'équité et notant les différences de culture, d'éducation, de langue, de situation géographique, de capacités physiques et mentales, d'âge et de sexe ;

Reconnaissant qu'une stratégie de l'OMS pour la cybersanté servirait de base aux activités de l'Organisation en la matière ;

Rappelant la résolution WHA51.9 sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet ;

Soulignant que la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes, dont les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, la littérature sanitaire et l'éducation, le savoir et la recherche en matière de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à envisager d'élaborer un plan stratégique à long terme pour concevoir et mettre en oeuvre des services de cybersanté dans les différents domaines du secteur de la santé, y compris

¹ Document A58/21.

l'administration sanitaire, qui comprenne un cadre juridique et une infrastructure appropriés et encourage la création de partenariats publics et privés ;

2) à développer des infrastructures pour appliquer à la santé les technologies de l'information et de la communication, selon qu'il conviendra, afin de promouvoir un accès équitable, d'un coût abordable et universel à leurs avantages, et à continuer à collaborer avec les agences d'information et de télécommunications et d'autres partenaires pour réduire les coûts et assurer le succès de la cybersanté ;

3) à instaurer, dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, une collaboration plus étroite avec les secteurs privé et associatif afin de promouvoir les services de santé publics et de tirer parti des services de cybersanté de l'OMS et d'autres organisations sanitaires, et à solliciter leur appui dans le domaine de la cybersanté ;

4) à s'efforcer de faire bénéficier les communautés, y compris les groupes vulnérables, de services de cybersanté adaptés à leurs besoins ;

5) à mobiliser une collaboration multisectorielle en vue de fixer des critères et des normes de cybersanté fondés sur des données factuelles, à évaluer les activités de cybersanté et à partager les connaissances sur des modèles d'un bon rapport coût/efficacité, garantissant ainsi l'établissement de normes en matière de qualité, de sécurité et d'éthique ainsi que le respect des principes de la confidentialité de l'information, de la vie privée, de l'équité et de l'égalité ;

6) à créer des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté, concernant notamment les meilleures pratiques, la coordination des politiques et l'appui technique pour la fourniture de soins de santé, l'amélioration des services, l'information du citoyen, le renforcement des capacités et la surveillance ;

7) à envisager de créer et mettre en oeuvre des systèmes nationaux électroniques d'information en matière de santé publique et à améliorer, au moyen de l'information, les capacités de surveillance et de riposte rapide dans les situations d'urgence causées par des maladies et des problèmes de santé publique ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de promouvoir une collaboration internationale et multisectorielle en vue d'améliorer la compatibilité des solutions administratives et techniques et des lignes directrices éthiques dans le domaine de la cybersanté ;

2) d'étendre l'utilisation de données électroniques par la soumission de rapports à intervalles réguliers, de rassembler des données sur les faits nouveaux et les tendances et de les analyser, d'inspirer les politiques et les pratiques dans les pays et de faire régulièrement rapport sur l'utilisation de la cybersanté dans le monde ;

3) de faciliter la mise au point de solutions modèles de cybersanté qui, moyennant des modifications appropriées, pourraient être mises en place dans des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté ;

4) de fournir aux Etats Membres un appui technique concernant les produits et les services de cybersanté en diffusant largement les données d'expérience et les meilleures pratiques, en particulier sur les techniques de télémédecine, en concevant des méthodologies d'évaluation, en

encourageant la recherche-développement, et en favorisant l'application de normes par la diffusion de lignes directrices ;

5) de faciliter l'intégration de la cybersanté dans les systèmes et les services de santé, y compris dans la mise en place d'infrastructures de télémédecine dans les pays sous-médicalisés, dans la formation des professionnels de la santé et dans le renforcement des capacités, afin d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité et la sécurité de ceux-ci ;

6) de poursuivre l'extension dans les Etats Membres de mécanismes tels qu'une Académie de Santé pour promouvoir des modes de vie sains et une meilleure connaissance des questions liées à la santé par le cyberapprentissage ;¹

7) de fournir un appui aux Etats Membres pour promouvoir l'élaboration, l'application et la gestion de normes nationales en matière d'information sanitaire, et de recueillir et rassembler les informations disponibles sur les normes pour mettre en place des systèmes nationaux normalisés d'information sanitaire en vue de faciliter l'échange d'informations entre les Etats Membres ;

8) de soutenir dans le domaine de la cybersanté des initiatives régionales et interrégionales ou des initiatives entre des groupes de pays qui utilisent un langage commun ;

9) de soumettre au Conseil exécutif, à sa cent dix-septième session, une liste d'activités proposées sur lesquelles le Secrétariat focalisera son attention, qui devraient être entièrement destinées à mettre au point des outils et des services que les Etats Membres pourront intégrer à leurs propres solutions nationales ou adapter, le cas échéant, ainsi qu'un exposé sommaire des incidences budgétaires de ces activités.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, septième rapport)

WHA58.29 Renforcement de la sécurité biologique en laboratoire

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Estimant que la dissémination d'agents et de toxines microbiologiques peut avoir des ramifications mondiales ;

Constatant que le confinement d'agents et de toxines microbiologiques au laboratoire est indispensable pour prévenir des flambées de maladies émergentes et réémergentes telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ;

Reconnaissant les travaux de l'OMS en matière de promotion de la sécurité biologique en laboratoire ;

Constatant que certains Etats Membres ont effectivement mis en place des mesures et des recommandations efficaces applicables à la sécurité biologique en laboratoire afin de gérer les risques dus aux agents et aux toxines microbiologiques pour le personnel de laboratoire et la communauté ;

¹ Dans ce contexte, le cyberapprentissage s'entend de l'utilisation de toute technologie et de tout moyen électronique au service de l'apprentissage.

Reconnaissant que certains Etats Membres n'ont peut-être pas mis en place les mesures de sécurité biologique adéquates ;

Notant qu'une approche intégrée de la sécurité biologique en laboratoire, y compris du confinement des agents et des toxines microbiologiques, favorise la santé publique mondiale ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à réexaminer la sécurité de leurs laboratoires et les protocoles existants concernant la manipulation sécurisée d'agents et de toxines microbiologiques, conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique ;

2) à mettre en oeuvre des programmes spécifiques, conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique, afin de promouvoir les pratiques de laboratoire en matière de sécurité biologique pour la sécurisation de la manipulation et du transport, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;

3) à élaborer des plans de préparation nationaux et des programmes nationaux qui renforcent l'observance des recommandations de sécurité biologique par les laboratoires, y compris dans le secteur public, dans les universités et les centres de recherche et dans le secteur privé, en particulier lorsqu'ils sont appelés à manipuler des agents et des toxines microbiologiques hautement virulents ;

4) à mobiliser des ressources humaines et financières nationales et internationales pour accroître la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques, afin de réduire au minimum le risque d'infections contractées au laboratoire et leur propagation ultérieure dans la communauté ;

5) à coopérer avec d'autres Etats Membres pour faciliter l'accès au matériel de sécurité biologique en laboratoire, y compris le matériel de protection individuelle et les dispositifs de confinement, pour prévenir et endiguer les infections contractées au laboratoire ;

6) à encourager la mise sur pied de programmes de formation à la sécurité biologique ainsi que l'élaboration de normes de compétence professionnelle pour le personnel de laboratoire, afin d'améliorer la sensibilisation au problème de la sécurité et la sécurisation des pratiques de laboratoire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que l'OMS joue un rôle actif, conformément à son mandat, dans l'amélioration de la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;

2) d'apporter un soutien à d'autres programmes et partenaires concernés afin de renforcer leurs efforts pour promouvoir une meilleure sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;

3) de fournir un appui pour l'élaboration et la mise en commun des connaissances et des données d'expérience entre les Etats Membres afin de renforcer la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques, en procédant

notamment à l'actualisation régulière des recommandations et manuels correspondants de l'OMS, en consultation avec tous les Etats Membres pour tenir compte de leurs préoccupations ;

4) de fournir aux Etats Membres qui en font la demande un soutien technique pour le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;

5) de faire rapport au Conseil exécutif, à intervalles réguliers, sur l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, septième rapport)

WHA58.30 Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

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

Rappelant les engagements pris dans la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2000² et le plan de campagne du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la mise en oeuvre de cette Déclaration ;³

Reconnaissant que les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, en particulier les objectifs liés à la santé, marquent un tournant dans le développement international, témoignent d'un consensus et d'un engagement forts entre pays riches et pauvres et établissent clairement les priorités d'action et des points de repère pour l'évaluation des progrès accomplis ;

Reconnaissant que la santé joue un rôle central dans la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et que ces objectifs donnent la possibilité de faire de la santé un élément essentiel du programme de développement et d'accroître l'engagement politique et les ressources financières en faveur de ce secteur ;

Notant avec inquiétude que, selon les tendances actuelles, de nombreux pays à faible revenu n'atteindront pas les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, que de nombreux pays pourraient les atteindre seulement dans les groupes de population les plus nantis, creusant les inégalités, et que des mesures urgentes s'imposent ;

¹ Document A58/5.

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

³ Document A56/326.

Reconnaissant qu'il est important d'utiliser les instruments relatifs aux droits fondamentaux applicables dans le cadre des efforts déployés pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant que des progrès rapides nécessiteront un engagement politique et une intensification de stratégies et de mesures plus efficaces et efficientes, des investissements accrus de ressources financières, des systèmes de santé efficaces et dotés du personnel requis, le renforcement des capacités dans les secteurs public et privé, une polarisation claire sur un accès et des résultats équitables, et une action concertée dans les pays et entre pays ;

Reconnaissant que les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, sont complémentaires et synergiques et ne peuvent être réalisés isolément, car la santé joue un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs qui ne sont pas liés à la santé et qui, une fois atteints, auront des effets sur les cibles en matière de santé, notamment concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que sur d'autres cibles fixées par l'Assemblée de la Santé ;

Rappelant qu'à sa trente-huitième session (avril 2005), la Commission des Nations Unies pour la Population et le Développement a souligné

qu'il est important d'intégrer l'objectif fixé à la Conférence internationale sur la population et le développement en matière d'accès universel aux soins de santé procréative avant 2015 aux stratégies de réalisation des objectifs de développement convenus au plan international, notamment ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire et plus particulièrement ceux qui ont trait à la santé maternelle, à la mortalité néonatale et infantile, à l'égalité des sexes, à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'élimination de la pauvreté et à l'éducation primaire pour tous ;¹

Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS avec la Banque mondiale au sein du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, 2004) et l'impact qu'a eu cette position pour catalyser les actions et les progrès en vue de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant la résolution WHA55.19 dans laquelle l'Assemblée de la Santé demandait à la communauté internationale des donateurs d'accroître son aide financière aux pays en développement dans le secteur de la santé, encourageait les pays développés qui ne l'avaient pas encore fait à prendre des mesures concrètes pour atteindre les objectifs consistant à consacrer 0,7 % de leur produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement en faveur des pays en développement et à affecter une part de 0,15 % à 0,20 % aux pays les moins avancés, objectifs reconfirmés à la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (Bruxelles, 2001), et encourageait les pays en développement à faire fond sur les progrès accomplis pour garantir que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour contribuer à la réalisation des objectifs de développement ;

Notant que les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine, réunis pour le Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes (Abuja, 2001), se sont engagés à fixer pour cible l'allocation de 15 % au moins de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé ;²

¹ Projet de résolution E/CN.9/2005/L.5, 11 avril 2005, paragraphe 3.

² Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, paragraphe 26.

Notant que de nombreux pays ont des mécanismes de coopération et de partenariat avec la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, la communauté au sens large, les organismes confessionnels et le secteur privé qui couvrent tous les niveaux de l'administration (national, régional et du district) ;

Reconnaissant l'importance de l'action et de l'autonomisation sur la voie de l'égalité des sexes pour permettre d'aborder le développement national de façon plus équitable et efficace ;

1. DEMANDE aux Etats Membres :

1) de réaffirmer les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire concernant le développement sanitaire ;

2) d'élaborer et d'appliquer dans le contexte des processus d'élaboration des politiques et de planification existants des « plans de campagne » adaptés aux situations nationales qui intègrent les actions ci-après pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire :

a) donner un rang de priorité élevé aux objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, dans les plans nationaux de développement et de santé, y compris dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté le cas échéant, plans qui sont mis en oeuvre par les gouvernements avec l'appui des partenaires pour le développement et de la société civile et qui tiennent compte des priorités sanitaires générales des pays concernés ; et veiller à ce que les priorités en matière de santé et de réduction de la pauvreté soient prises en compte dans les budgets et les cadres de dépenses associés ;

b) relever le niveau de financement afin de permettre des interventions efficaces dirigées sur les problèmes de santé importants pour la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

c) appliquer les résolutions connexes de l'Assemblée de la Santé, notamment la résolution WHA56.21 sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, la résolution WHA57.12 sur la santé génésique et la résolution WHA57.14 sur le VIH/SIDA, qui sont des composantes d'un partenariat mondial en faveur du développement et sont déterminantes pour la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, ainsi que de l'objectif de l'accès universel aux soins de santé procréative d'ici 2015, fixé à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) ; et créer ou renforcer les mécanismes nationaux de suivi destinés à mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs convenus ;

d) renforcer la collaboration et les partenariats entre les secteurs concernés, y compris les ministères des finances, et avec les institutions financières internationales pour les investissements dans le secteur de la santé en vue d'accroître la part de l'ensemble des ressources publiques consacrée à la santé et, le cas échéant, de réviser les plafonds des dépenses du secteur public en prévision d'augmentations éventuelles des dépenses de santé financées par l'aide au développement ;

e) renforcer les fonctions essentielles des composantes publiques ou privées du système de santé, selon le cas, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata (1978) pour

qu'elles contribuent à l'obtention de résultats sanitaires meilleurs et plus équitables dans les domaines présentant un intérêt pour les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

f) améliorer les systèmes d'information sanitaire et nutritionnelle, et renforcer notamment les registres d'état civil, avec le soutien de recherches essentielles sur les systèmes de santé, pour étayer l'élaboration des politiques tout en évitant d'alourdir la tâche que constitue l'établissement de rapports et en insistant sur la nécessité de ventiler les données selon l'âge, le quintile socio-économique, le sexe et l'appartenance ethnique ; et renforcer les systèmes de surveillance et d'évaluation qui encouragent la transparence, l'autonomisation et la participation ;

g) veiller à ce que les politiques de santé et de développement s'appuient sur une analyse sexospécifique et s'efforcer d'instaurer l'égalité des sexes et d'autonomiser les femmes ;

h) renforcer l'équité et la non-discrimination dans les activités de développement et faciliter l'autonomisation et la participation de la population aux processus décisionnels ;

2. DEMANDE aux pays développés et aux pays en développement de partager les responsabilités pour résoudre la crise de plus en plus aiguë des ressources humaines pour la santé et aux pays développés de s'efforcer de parvenir à l'autosuffisance sans porter atteinte aux ressources humaines dans les pays en développement, et de fournir un appui aux pays en développement pour qu'ils parviennent à l'autosuffisance en planifiant, formant, recrutant et fidélisant toutes les catégories de professionnels de la santé ;

3. INVITE INSTAMMENT les pays développés qui ne l'ont pas fait à prendre des mesures concrètes pour atteindre la cible de l'allocation de 0,7 % de leur produit national brut (PNB) au titre de l'aide publique au développement en faveur des pays en développement, et de l'allocation de 0,15 % à 0,20 % du PNB des pays développés aux pays les moins avancés, cibles reconfirmées à la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (Bruxelles, 2001) ;

4. INVITE INSTAMMENT les pays en développement à continuer, forts des progrès accomplis, de veiller à ce que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour aider à réaliser les objectifs et les cibles de développement ;

5. INVITE INSTAMMENT les pays qui sont Membres de l'Union africaine à remplir l'engagement pris lors du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes (Abuja, 2001), à savoir se fixer pour cible l'allocation de 15 % au moins de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé ;¹

6. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que le budget programme 2006-2007 et les budgets futurs ainsi que le onzième programme général de travail tiennent compte des mesures prioritaires destinées à aider les Etats Membres à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ; et d'élaborer une stratégie cohérente, dotée de ressources suffisantes, aux objectifs clairs et réalisables, pour favoriser les activités dans les domaines indiqués ci-après, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis ;

¹ Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, paragraphe 26.

- 2) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande, pour :
 - a) élaborer des politiques et des stratégies de développement sanitaire axées sur les résultats et dotées de ressources suffisantes ;
 - b) renforcer la capacité des systèmes de santé publics ou privés, selon le cas, à assurer des résultats équitables à l'échelle nationale en prenant des mesures qui nécessiteront une collaboration entre départements, et constituer et soutenir des équipes relevant des autorités nationales qui travailleront avec tous les acteurs locaux en vue de faciliter l'accès à toutes les sources de financement ; améliorer l'éducation, le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé ; intégrer les agents de santé communautaires dans les systèmes généraux ; et appliquer la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé ;
 - c) recenser les groupes vulnérables ayant des besoins sanitaires spécifiques et élaborer des programmes appropriés menant à des résultats équitables ;
 - d) renforcer les maillages intersectoriels afin d'influer sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
 - e) nouer un dialogue sur les questions techniques et la politique à mener avec les institutions financières internationales, notamment concernant les effets de leurs politiques sur les besoins liés à la santé ; conduire des processus d'harmonisation et de coordination entre les partenaires pour le développement dans le domaine de la santé ; et assurer la mise en adéquation du soutien avec les priorités des pays ;
 - f) utiliser des cadres de suivi et d'évaluation appropriés, y compris ceux portant sur l'accès universel à la santé génésique, qui mesurent les progrès réalisés sur la voie des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, afin de déterminer les programmes à la fois efficaces et économiques qui donnent de meilleurs résultats sanitaires et nutritionnels sans alourdir la charge que constitue l'établissement de rapports dans les pays ;
 - g) promouvoir les recherches qui favorisent la bonne mise en oeuvre des activités en vue de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
- 3) de veiller à ce qu'une attention suffisante soit accordée aux problèmes de santé particuliers des pays émergeant d'un conflit ou d'autres types de crise ;
- 4) de soutenir activement et de favoriser, dans le contexte de la réforme du système des Nations Unies, l'accroissement de l'impact et de l'efficacité des équipes des Nations Unies dans les pays ; de simplifier davantage, d'harmoniser et de coordonner les procédures à l'intérieur du système et avec d'autres partenaires ; et de mieux mettre en adéquation les interventions des Nations Unies avec les priorités nationales ;¹
- 5) de promouvoir les mesures qui permettent d'accroître la cohérence et la coordination de l'aide au développement pour la santé, afin que les ressources renforcent efficacement les systèmes de santé reposant sur une large assise ;
- 6) de participer de façon appropriée à la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les résultats du Sommet du Millénaire (septembre 2005).

¹ Voir également résolution WHA58.25.

Annexe



La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement

Objectifs, cibles et indicateurs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Cibles en matière de santé	Indicateurs en matière de santé
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	
Cible 2 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale 5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	
Objectif 4 : Réduire la mortalité de l'enfant	
Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	
Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS)
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	
Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides
Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base	30. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure (zones urbaines et rurales)
Cible 11 : Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales)
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 12 : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire	
Cible 13 : S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés	
Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des pays sans littoral et des petits États insulaires en développement	
Cible 15 : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	
Cible 16 : En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile	
Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable
Cible 18 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	
Sources : « Application de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies », rapport du Secrétaire général, A/57/270 (31 juillet 2002), premier rapport annuel fondé sur le « plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire », rapport du Secrétaire général, A/56/326 (6 septembre 2001) ; Division des statistiques de l'Organisation des Nations Unies, base de données sur les indicateurs du Millénaire, vérifiée en juillet 2004 ; Organisation mondiale de la Santé.	

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, cinquième rapport)

WHA58.31 Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Préoccupée par le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le monde, le fait que le ratio de mortalité maternelle dans le monde n'a pas sensiblement évolué depuis dix ans, la lenteur des progrès accomplis en vue de l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'accroissement des inégalités dans les Etats Membres et entre eux et la nécessité de continuer à combattre les inégalités entre les sexes ;

Alarmée par l'insuffisance des ressources allouées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et par le manque d'appréciation de l'impact considérable qu'a la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sur un développement socio-économique durable ;

Préoccupée par les lacunes des registres de l'état civil et des autres données nécessaires pour fournir des informations exactes sur la mortalité de la mère, du nourrisson et des moins de cinq ans, sur sa ventilation par groupes socio-économiques, sur les quintiles de revenus et sur les écarts entre les villes et les campagnes ;

Sachant que des interventions d'un bon rapport coût/efficacité existent pour répondre aux besoins sanitaires des femmes, des nouveau-nés et des enfants ;

Consciente de ce que les soins doivent être assurés de façon continue et harmonieuse, tout au long de la vie, aux individus, aux familles et aux communautés et aux différents échelons du système de santé, services de santé génésique compris, selon une approche intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;

Convaincue que seules une action coordonnée et concertée et une mobilisation sans précédent de ressources aux niveaux international et national permettront de faire face à la crise mondiale qui affecte actuellement le personnel de santé et de renforcer les systèmes de santé de manière à mettre fin à l'exclusion des populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;

Se félicitant de l'engagement accru de la communauté internationale et de l'OMS en faveur de la santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant et de la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant la résolution WHA56.21 dans laquelle l'Assemblée de la Santé se félicitait des orientations stratégiques relatives à la santé et au développement de l'enfant et de l'adolescent, la résolution WHA57.12 par laquelle a été adoptée la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et des cibles de développement internationaux liés à la santé génésique – et consciente de la nécessité de redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé génésique, à la santé de la mère et du nouveau-né, et à la santé et au développement de l'enfant –, et la résolution WHA55.19 où était demandé un investissement accru en faveur du secteur de la santé dans les pays en développement ;

Rappelant les buts et les objectifs du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990), le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), le programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ainsi que les mesures prises pour donner suite à ces programmes, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (New York, 2001) et la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (New York, 2002) ;

Rappelant aussi la Déclaration de Delhi sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (avril 2005) ;

Se félicitant du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*,¹ ainsi que des orientations contenues dans les notes d'information sur ce sujet ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à investir des ressources et intensifier leurs efforts au niveau national en vue de promouvoir à la fois l'accès universel aux interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par celles-ci par le biais des soins de santé génésique ;
- 2) à fixer ou maintenir des cibles nationales et internationales et à établir des mécanismes de surveillance afin de mesurer les progrès accomplis pour atteindre des objectifs convenus d'un commun accord, en particulier la cible concernant l'accès universel aux soins de santé génésique d'ici 2015 ;
- 3) à associer tous les partenaires clés, y compris les organisations de la société civile et les communautés, à la définition des priorités, à l'élaboration de plans et de programmes, à la mesure des progrès accomplis et à l'évaluation de l'impact obtenu ;
- 4) à améliorer la qualité et la complétude des registres de l'état civil et des autres données utiles issues d'enquêtes dans les ménages, le cas échéant, afin de rendre compte des écarts de mortalité chez les mères, les nourrissons et les moins de cinq ans ;
- 5) à adopter et appliquer, conformément aux accords internationaux pertinents, des cadres juridiques et réglementaires pour promouvoir l'égalité des sexes et protéger les droits des femmes et des enfants, y compris un accès égal aux soins de santé, en accordant une attention toute particulière à ceux qui ont jusqu'ici été exclus, notamment les populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;
- 6) à faire en sorte que les processus nationaux de planification stratégique et de budgétisation comportent des interventions politiques et programmatiques destinées à renforcer les systèmes de prestations de santé pour progresser efficacement et rapidement vers une couverture universelle, y compris :
 - a) à réaligner le contenu des programmes de santé et de nutrition en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en intégrant leurs structures et services de gestion et en les associant aux processus fondamentaux de développement des systèmes de santé pour assurer la pleine intégration des soins de santé génésique ;
 - b) à faire face à la crise du personnel de santé en établissant des plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé comportant des incitations financières et des mécanismes assurant le déploiement équitable des effectifs de personnel et leur fidélisation, notamment pour les soins de santé primaires dans les zones rurales, afin que les pauvres aient un meilleur accès aux soins ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

- c) à établir des scénarios réalistes, en indiquant leurs coûts et leurs incidences budgétaires, pour le développement des systèmes de santé nécessaires à la prestation de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants ;
- d) à acquérir la capacité institutionnelle de procéder aux réformes voulues en matière de financement, notamment en passant du paiement par l'utilisateur à des mécanismes de prépaiements et de mise en commun des ressources, y compris des systèmes fiscaux et d'assurance, afin d'atteindre l'objectif de l'accès universel et de la protection financière et sociale ;
- e) à obtenir un consensus national sur la nécessité de s'orienter vers une couverture universelle au moyen de mécanismes garantissant un financement prévisible, durable et accru ; de mettre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au coeur des soins de santé assurés à la population, y compris en y attachant des droits le cas échéant ; et de faire de la crise des ressources humaines pour la santé une priorité nationale ;
- f) à créer des partenariats entre gouvernements, organisations de la société civile, entités du secteur privé et organismes d'aide au développement pour conserver la dynamique politique, vaincre la résistance au changement et mobiliser des ressources ;
- g) à mettre en place des mécanismes de participation pour les organisations de la société civile qui oeuvrent dans un but non lucratif et pour les organisations religieuses, afin de renforcer les dispositifs de responsabilisation et les systèmes assurant les équilibres nécessaires ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre les programmes de l'OMS concernant la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ses programmes concernant le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la promotion de la santé, et ses programmes en matière de développement des systèmes de santé, à l'appui des pays ;
- 2) de veiller à ce que l'OMS participe pleinement aux efforts d'harmonisation à l'intérieur du système des Nations Unies et qu'elle soutienne les efforts des Etats Membres pour assurer une cohérence politique et des synergies entre les initiatives nationales et internationales relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et au sein de ces initiatives, particulièrement celles menées par des partenaires à l'intérieur du système des Nations Unies et par d'autres ;
- 3) de soutenir les efforts des autorités sanitaires nationales pour veiller à ce que la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant soient systématiquement intégrées dans les cadres et plans de développement socio-économique de manière que la pérennité soit garantie ;
- 4) de poursuivre plus avant la collaboration avec les partenaires concernés afin d'obtenir, par exemple au moyen des enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF ou des enquêtes démographiques et sanitaires, des informations sur les inégalités quant à l'état de santé qui serviront de base à des interventions politiques spécifiques appropriées de tous les partenaires concernés ;

- 5) d'intensifier l'appui technique aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur capacité institutionnelle de réalisation des buts et des cibles fixés au niveau international moyennant à la fois l'accès universel aux programmes de santé génésique et aux programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par ceux-ci, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé ;
- 6) de mobiliser la communauté internationale pour qu'elle engage les ressources supplémentaires nécessaires afin d'assurer à la fois l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et la couverture universelle par ces soins ;
- 7) de proclamer une journée mondiale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui sera célébrée chaque année pour susciter durablement l'intérêt du monde entier à l'égard de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et pour donner aux pays et à la communauté internationale l'occasion de réaffirmer leur engagement envers cette question ;
- 8) de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis en vue de réduire l'exclusion et de parvenir à la fois à l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et à la couverture universelle par ces soins, ainsi que sur l'appui fourni par l'OMS aux Etats Membres pour atteindre ce but.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission B, cinquième rapport)

WHA58.32 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel annexé à la résolution WHA34.22, les résolutions WHA39.28, WHA41.11, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes, et en particulier la résolution WHA55.25 dans laquelle est approuvée la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

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

Constatant qu'à la réunion conjointe d'experts FAO/OMS tenue en 2004 sur *Enterobacter sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons, il a été conclu que la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii* et *Salmonella* avait provoqué des épisodes infectieux et morbides chez les nourrissons, y compris des maladies graves susceptibles d'entraîner des conséquences sérieuses sur le

¹ Document A58/15.

développement et des décès, en particulier en cas de naissance avant terme, d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'immunodéficience ;¹

Notant que ces épisodes sévères sont particulièrement graves chez les nourrissons nés avant terme, d'un faible poids à la naissance et immunodéprimés, et sont donc préoccupants pour tous les Etats Membres ;

Gardant à l'esprit le fait que la Commission du Codex Alimentarius révisé actuellement ses recommandations en matière d'hygiène pour la fabrication des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

Reconnaissant que les parents et les personnes ayant la garde d'enfants doivent être pleinement informés des risques fondés sur des données factuelles que présente pour la santé publique la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons et des possibilités de contamination extrinsèque, ainsi que de la nécessité de préparer, manipuler et entreposer les préparations pour nourrissons dans de bonnes conditions d'hygiène ;

Préoccupée par le fait que des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé peuvent être utilisées pour promouvoir les substituts du lait maternel comme supérieurs à l'allaitement maternel ;

Reconnaissant que la Commission du Codex Alimentarius joue un rôle déterminant en fournissant des lignes directrices aux Etats Membres concernant la réglementation judicieuse des aliments, y compris les aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

Consciente qu'en plusieurs occasions l'Assemblée de la Santé a appelé la Commission à prendre pleinement en considération, dans le cadre de son mandat opérationnel, les mesures fondées sur des données factuelles qu'elle pourrait prendre pour améliorer les normes sanitaires applicables aux aliments, conformément aux buts et aux objectifs des stratégies pertinentes de santé publique, et en particulier la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (résolution WHA55.25) et sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17) ;

Reconnaissant que ces mesures exigent une bonne compréhension des rôles respectifs de l'Assemblée de la Santé et de la Commission du Codex Alimentarius, ainsi que de la réglementation des denrées alimentaires dans le contexte plus général des politiques de santé publique ;

Tenant compte de la résolution WHA56.23 sur l'évaluation conjointe FAO/OMS des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, dans laquelle l'Assemblée de la Santé approuvait la participation directe accrue de l'OMS aux travaux de la Commission et priait le Directeur général de renforcer le rôle de l'OMS dans la conduite d'autres activités pertinentes dans les domaines de la salubrité des aliments et de la nutrition pour compléter les travaux de la Commission, en accordant une attention particulière aux tâches qui sont assignées à l'OMS dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé ;

¹ FAO/WHO Expert Meeting on *E. sakazakii* and other Microorganisms in Powdered Infant Formula: Meeting Report. Microbiological Risk Assessment Series N° 6, 2004, p. 37.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à continuer de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, en tant que recommandation mondiale de santé publique, compte tenu des conclusions de la consultation d'experts de l'OMS sur la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive,¹ et à prévoir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, par l'application intégrale de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui encourage l'élaboration d'une politique nationale complète comprenant, le cas échéant, un cadre juridique visant à promouvoir le congé de maternité et des mesures d'appui propres à favoriser l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, un plan d'action détaillé pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la politique, et l'allocation de ressources adéquates pour ce processus ;
- 2) à veiller à ce que les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé ne soient pas autorisées pour les substituts du lait maternel sauf si la législation nationale en dispose autrement ;²
- 3) à s'assurer que les cliniciens et autres soignants, ainsi que les agents de santé communautaire, les familles, les parents et les autres personnes ayant la garde d'enfants, et en particulier de nourrissons à haut risque, reçoivent de la part des dispensateurs de soins des informations suffisantes et une formation en temps utile pour la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons afin de ramener à un minimum les risques pour la santé et sont informés, le cas échéant par une mise en garde explicite sur l'emballage, que les préparations en poudre pour nourrissons peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées de manière appropriée ;
- 4) à veiller à ce que le soutien financier et d'autres incitations dont bénéficient les programmes et les professionnels de la santé du nourrisson et du jeune enfant ne donnent pas lieu à des conflits d'intérêts ;
- 5) à veiller à ce que les travaux de recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur lesquels peuvent se baser les politiques suivies en la matière soient toujours assortis d'une déclaration relative aux conflits d'intérêts et fassent l'objet d'examens collégiaux indépendants ;
- 6) à travailler en étroite collaboration avec les entités concernées, notamment les fabricants, pour continuer à réduire la concentration et la prévalence des agents pathogènes, dont *Enterobacter sakazakii*, dans les préparations en poudre pour nourrissons ;
- 7) à continuer de veiller à ce que les fabricants respectent les normes et réglementations alimentaires nationales ou celles du Codex Alimentarius ;
- 8) à assurer la cohérence des politiques au niveau national en favorisant la collaboration entre les autorités sanitaires, les organismes de réglementation des denrées alimentaires et les organismes chargés de fixer les normes alimentaires ;

¹ Telles qu'elles sont énoncées dans les conclusions et recommandations de la consultation d'experts (Genève, 28-30 mars 2001) qui a procédé à un examen systématique de la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive (voir le document A54/INF.DOC./4).

² La référence à la législation nationale s'applique aussi aux organisations d'intégration économique régionale.

9) à participer activement et de façon constructive aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius ;

10) à veiller à ce que tous les organismes nationaux appelés à définir des positions nationales sur des questions de santé publique destinées à être utilisées dans toutes les instances internationales compétentes, y compris la Commission du Codex Alimentarius, reflètent une compréhension commune et cohérente des politiques de santé adoptées par l'Assemblée de la Santé et s'attachent à les promouvoir ;

2. PRIE la Commission du Codex Alimentarius :

1) de continuer à tenir dûment compte, lors de l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations, des résolutions de l'Assemblée de la Santé pertinentes dans le cadre de son mandat opérationnel ;

2) d'élaborer des normes, des lignes directrices et des recommandations concernant les aliments pour nourrissons et jeunes enfants formulées de façon à garantir la mise au point de produits sans danger, correctement étiquetés et répondant sur le plan de la nutrition et de la sécurité aux besoins connus de ceux auxquels ils sont destinés, tenant ainsi compte de la politique de l'OMS et, en particulier, de sa stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que d'autres résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée de la Santé ;

3) de mener à bien d'urgence les travaux en cours visant à réduire le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons et d'établir des critères ou des normes microbiologiques appropriés relatifs à *E. sakazakii* et aux autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons ; et de fournir des conseils sur la manipulation sans danger et les mises en garde sur les emballages ;

3. PRIE le Directeur général :

1) en collaboration avec la FAO et compte tenu des travaux entrepris par la Commission du Codex Alimentarius, d'élaborer des lignes directrices destinées aux cliniciens et autres soignants ainsi qu'aux agents de santé communautaires, aux familles, aux parents et aux autres personnes ayant la garde d'enfants concernant la préparation, l'utilisation, la manipulation et l'entreposage des préparations pour nourrissons afin de ramener au minimum les risques pour la santé et de répondre aux besoins particuliers des Etats Membres en mettant en place des mesures efficaces pour réduire les risques dans les situations où le nourrisson ne peut être ou n'est pas nourri par le lait maternel ;

2) de prendre l'initiative d'appuyer des travaux de recherche faisant l'objet d'un examen indépendant, notamment en recueillant des éléments dans différentes parties du monde, afin de mieux connaître l'écologie, la taxonomie, la virulence et autres caractéristiques de *E. sakazakii*, conformément aux recommandations de la réunion d'experts FAO/OMS sur *E. sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons, et d'étudier les moyens de réduire la teneur en micro-organismes des préparations en poudre une fois reconstituées ;

3) de fournir des informations afin de promouvoir et de faciliter la contribution de la Commission du Codex Alimentarius, dans le cadre de son mandat opérationnel, à la pleine mise en oeuvre des politiques internationales de santé publique ;

4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé chaque année paire, parallèlement à la présentation du rapport sur l'état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé, sur les progrès de l'examen des questions renvoyées à la Commission du Codex Alimentarius pour qu'elle y donne suite.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, huitième rapport)

WHA58.33 Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes de sécurité sociale ;¹

Notant que les systèmes de financement de la santé de nombreux pays demandent encore à être développés pour garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier ;

Convenant que, quelle que soit la source de financement du système de santé retenue, le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont des principes fondamentaux de la protection contre le risque financier ;

Considérant que le choix d'un système de financement de la santé doit être effectué dans le cadre particulier de chaque pays ;

Reconnaissant qu'un certain nombre d'Etats Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé, et notamment sur l'introduction de systèmes de sécurité sociale ;

Notant que certains pays ont récemment bénéficié d'importants apports de fonds extérieurs en faveur de la santé ;

Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'Etat dans la réforme des systèmes de financement de la santé en vue de parvenir à la couverture universelle ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins ;

2) à veiller à une répartition adéquate et équitable d'infrastructures de soins et de ressources humaines pour la santé de qualité, de sorte que les assurés bénéficient de services de santé équitables et de qualité conformément aux prestations prévues ;

¹ Document A58/20.

- 3) à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés à des programmes de santé ou activités spécifiques soient gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble ;
- 4) à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et à instaurer la santé pour tous ;
- 5) à reconnaître que, lors de la transition vers la couverture universelle, chaque option devra être mise en place compte tenu du contexte macroéconomique, socioculturel et politique particulier de chaque pays ;
- 6) à tirer parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration qui existent entre les dispensateurs publics et privés et les organisations de financement de la santé, sous la tutelle ferme des pouvoirs publics ;
- 7) à mettre en commun leurs données d'expérience sur les différentes méthodes de financement de la santé, y compris la mise en place de systèmes de sécurité sociale et de systèmes privés, publics et mixtes, notamment en ce qui concerne les mécanismes institutionnels établis pour s'acquitter des principales fonctions du système de financement de la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir, à la demande des Etats Membres, un soutien technique au renforcement des capacités et des compétences pour la mise en place de systèmes de financement de la santé, en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise, en vue de parvenir à l'objectif de la couverture universelle et de prendre en compte les besoins particuliers des petits pays insulaires et autres pays peu peuplés ; et de collaborer avec les Etats Membres à l'institution d'un dialogue social concernant les options en matière de financement de la santé ;
- 2) de fournir aux Etats Membres, en coordination avec la Banque mondiale et d'autres partenaires compétents, des informations techniques concernant l'impact potentiel des apports de fonds extérieurs en faveur de la santé sur la stabilité macroéconomique ;
- 3) de mettre en place des mécanismes viables et durables, y compris en organisant des conférences internationales à intervalles réguliers, en fonction des ressources disponibles, afin de faciliter l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur les systèmes de sécurité sociale ;
- 4) d'apporter un soutien technique pour aider à recenser les données et les méthodologies permettant de mieux mesurer et analyser les avantages et le coût de différentes pratiques en matière de financement de la santé, qu'elles portent sur la perception des recettes, la mise en commun des ressources ou la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles ;
- 5) de fournir un soutien aux Etats Membres, s'il y a lieu, afin de mettre au point et d'appliquer des méthodes et des outils permettant d'évaluer l'impact sur les services de santé des changements apportés aux systèmes de financement de la santé à mesure qu'ils progressent vers la couverture universelle ;

6) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution, y compris sur les questions en suspens soulevées par des Etats Membres au cours de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, huitième rapport)

WHA58.34 Sommet ministériel sur la recherche en santé

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé convoqué par le Directeur général de l'OMS et le Gouvernement du Mexique (Mexico, 16-20 novembre 2004) et le rapport du Secrétariat ;¹

Reconnaissant qu'une recherche de qualité et l'acquisition et l'application des connaissances sont essentielles pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, rendre les systèmes de santé plus performants, favoriser le développement humain et parvenir à l'équité en matière de santé ;

Consciente de la nécessité de renforcer l'évaluation, sur des données factuelles, des conséquences des politiques et des pratiques sanitaires et autres qui ont un impact sur la santé aux niveaux national, régional et local ;

Réaffirmant la nécessité de créer une demande en matière de recherche et d'encourager la participation à la recherche ;

Consciente de la nécessité de renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé en développant les capacités pertinentes, notamment les capacités de direction, en fournissant des outils de surveillance et d'évaluation essentiels, en améliorant les moyens d'examen éthique de la recherche, et en élaborant les normes éthiques et la réglementation nécessaires pour la santé des populations, les soins de santé et la recherche clinique ;

Décidée à promouvoir l'accès à des données factuelles fiables, pertinentes et actuelles sur les effets des interventions, à partir d'un examen systématique de la totalité des résultats de la recherche disponibles, et en tenant compte des modèles existants ;

Consciente de la nécessité de recenser les domaines de recherche ne disposant pas de moyens financiers suffisants, comme les systèmes de santé et la santé publique, où une augmentation des ressources et le renforcement des capacités de direction accéléreraient la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international ;

Soulignant que la recherche est une entreprise mondiale fondée sur la mise en commun des connaissances et de l'information et menée conformément aux lignes directrices et normes éthiques nationales appropriées ;

¹ Document A58/22.

1. PREND ACTE de la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004) ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 par la Commission de Recherche en Santé pour le Développement, à savoir que les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ;¹

2) à établir et à appliquer, ou à renforcer, une politique nationale de recherche en santé bénéficiant de l'appui politique voulu et à doter la recherche sur les systèmes de santé de moyens financiers et humains suffisants ;

3) à encourager la collaboration avec d'autres partenaires de la recherche en santé de façon à faciliter la conduite de cette recherche dans le cadre de leurs systèmes de santé ;

4) à promouvoir des activités destinées à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, y compris l'amélioration de la base de connaissances utile à la prise de décision, la fixation des priorités, la gestion de la recherche, le suivi des résultats et l'adoption de normes et de règles pour une recherche de qualité et sa surveillance au plan de l'éthique, et à assurer la participation de la communauté, des organisations non gouvernementales et des patients à ces activités ;

5) à établir des mécanismes de transfert des connaissances à l'appui des systèmes de santé publique et de prestation de soins de santé fondés sur des données factuelles, et à renforcer ceux qui existent déjà ;

6) à soutenir, avec l'OMS et la communauté scientifique mondiale, l'établissement d'un réseau d'instituts nationaux de recherche et d'autres partenaires en vue de conduire des recherches collectives sur les priorités sanitaires mondiales ;

7) à favoriser le débat public entre chercheurs, praticiens, patients et représentants de la société civile et du secteur privé sur la dimension éthique et les conséquences sociétales de la recherche en santé, et à encourager la transparence en ce qui concerne les résultats de la recherche et d'éventuels conflits d'intérêts ;

3. DEMANDE à la communauté scientifique mondiale, aux partenaires internationaux, au secteur privé, à la société civile et aux autres acteurs concernés, selon le cas :

1) de soutenir un programme important et durable de recherche sur les systèmes de santé qui réponde aux besoins prioritaires des pays et vise à atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

¹ *Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development.* New York, Oxford University Press, 1990.

- 2) d'établir, sur une base volontaire, un système de liaison qui centralise les registres des essais cliniques et permette l'identification sans ambiguïté des essais afin que les patients, les familles, les associations de patients et autres aient un meilleur accès à l'information ;
 - 3) de renforcer ou d'établir le transfert des connaissances, afin de communiquer en temps opportun des informations sanitaires fiables, pertinentes et objectives, d'améliorer l'accès à ces informations et d'en promouvoir l'utilisation ;
 - 4) de soutenir les partenariats nationaux, régionaux et mondiaux, y compris les partenariats public-privé, afin d'accélérer la mise au point de médicaments, vaccins et moyens diagnostiques essentiels et de mécanismes qui en assurent la distribution équitable ;
 - 5) de reconnaître la nécessité d'associer les autorités compétentes des Etats Membres concernés à la planification initiale des projets de recherche en santé ;
 - 6) de soutenir autant que faire se peut, avec les Etats Membres et le Secrétariat de l'OMS, l'établissement de réseaux d'instituts nationaux de recherche et d'autres partenaires intéressés en vue de déterminer et conduire des recherches collectives sur les priorités sanitaires mondiales ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) d'entreprendre une évaluation des ressources internes de l'OMS, de ses compétences et de ses activités dans le domaine de la recherche en santé en vue d'établir un rapport de situation sur le rôle et les responsabilités de l'Organisation dans ce domaine, et de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;
 - 2) de consulter les acteurs intéressés au sujet de la création d'un programme de recherche sur les systèmes de santé destiné à soutenir les Etats Membres pour qu'ils accélèrent la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
 - 3) de continuer, avec les partenaires intéressés, à établir, sur une base volontaire, un système de liaison des registres des essais cliniques ;
 - 4) d'aider à élaborer des mécanismes plus efficaces pour combler l'écart entre les modalités de production et les modalités d'utilisation des connaissances, y compris l'application pratique des résultats de la recherche en santé et leur transformation en politiques ;
 - 5) d'envisager, avec d'autres partenaires intéressés, la possibilité de convoquer une conférence internationale sur la recherche concernant les ressources humaines pour la santé ; et d'envisager de convoquer la prochaine réunion de niveau ministériel sur la recherche en santé en 2008 ;
 - 6) de veiller à ce que les réunions sur la recherche en santé organisées par l'OMS et ouvertes à tous les Etats Membres, qui sont qualifiées de sommets ou de sommets ministériels, soient préalablement approuvées par l'Assemblée de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005 –
Commission A, huitième rapport)

DECISIONS

WHA58(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Algérie, Bénin, Bhoutan, Honduras, Kiribati, Maroc, Pérou, République tchèque, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Tchad et Yémen.

(Première séance plénière, 16 mai 2005)

WHA58(2) Composition de la Commission des Désignations

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Bahamas, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Chine, Comores, Emirats arabes unis, Fédération de Russie, France, Gambie, Guatemala, Guyana, Inde, Koweït, Lituanie, Palaos, Paraguay, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sénégal, Seychelles, Timor-Leste, Togo, Turquie, Viet Nam, et M. Muhammad Nasir Khan, Pakistan (Président de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

(Première séance plénière, 16 mai 2005)

WHA58(3) Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu :

Président : Mme E. Salgado (Espagne)

Vice-Présidents : M. S. Meky (Erythrée), Dr M. Fernández Galeano (Uruguay), Dr M. Fikri (Emirats arabes unis), Professeur Suchai Charoenratanakul (Thaïlande), Mme A. King (Nouvelle-Zélande).

(Première séance plénière, 16 mai 2005)

WHA58(4) Election du bureau des commissions principales

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Dr B. Sadrizadeh (République islamique d'Iran)

Commission B : Dr J. Walcott (Barbade).

(Première séance plénière, 16 mai 2005)

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

Commission A : Vice-Présidents, Dr H. Ntaba (Malawi) et Pehin Dato Abu Bakar Apong (Brunei Darussalam)

Rapporteur, Dr R. Busuttil (Malte)

Commission B : Vice-Présidents, Professeur J. Pereira Miguel (Portugal) et Dr M. A. Rahman Khan (Bangladesh)

Rapporteur, M. Yee Ping Yi (Singapour).

(Premières séances des Commissions A et B, 17 et 19 mai 2005)

WHA58(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu les délégués des dix-sept pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Bhoutan, Brésil, Chine, Congo, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Fédération de Russie, France, Guinée équatoriale, Lettonie, Liban, Luxembourg, Malawi, Mongolie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Zimbabwe.

(Première séance plénière, 16 mai 2005)

WHA58(6) Adoption de l'ordre du jour

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent quinzième session, après avoir supprimé un point et un point subsidiaire et ajouté un point supplémentaire.

(Deuxième séance plénière, 16 mai 2005)

WHA58(7) Vérification des pouvoirs

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

(Cinquième et huitième séances plénières, 18 et 23 mai 2005)

WHA58(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée,¹ a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Azerbaïdjan, Bhoutan, Iraq, Japon, Libéria, Madagascar, Mexique, Namibie, Portugal et Rwanda.

(Septième séance plénière, 20 mai 2005)

¹ Document A58/51.

WHA58(9) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l’OMS

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a nommé Mme R. Veerapen, délégué de Maurice, membre du Comité des Pensions du Personnel de l’OMS, et Mme C. Patterson, délégué de l’Australie, membre suppléant du Comité, l’une et l’autre pour une période de trois ans, c’est-à-dire jusqu’en mai 2008.

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005)

WHA58(10) Choix du pays où se tiendra la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l’article 14 de la Constitution, a décidé que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Neuvième séance plénière, 25 mai 2005)

WHA58(11) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent quatorzième et cent quinzième sessions

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cent quatorzième et cent quinzième sessions,¹ a pris note des rapports, a félicité le Conseil du travail qu’il avait accompli et a exprimé sa satisfaction du dévouement avec lequel il s’était acquitté des tâches qui lui avaient été confiées.

(Dixième séance plénière, 25 mai 2005)

¹ Document A58/2.

ANNEXE

ANNEXE

La vaccination dans le monde : vision et stratégie pour 2006-2015¹

Résumé analytique

[A58/12, annexe – 28 avril 2005]

UNE NOUVELLE CONCEPTION DE LA VACCINATION

1. Face aux enjeux d'un monde qui change rapidement et devient de plus en plus interdépendant, l'OMS et l'UNICEF ont conçu ensemble une stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » pour la période 2006-2015, dans le but de protéger un plus grand nombre de personnes contre davantage de maladies en étendant la vaccination à tous ceux qui peuvent y prétendre, y compris à d'autres classes d'âge que celle des nourrissons, et en veillant à ce que la vaccination figure en bonne place dans tous les programmes de santé. Cette stratégie vise à maintenir la couverture vaccinale à son taux actuel, mettre les services de vaccination à la portée de ceux qui n'en bénéficient pas actuellement et de classes d'âge autres que les nourrissons, adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, et associer la vaccination à d'autres interventions sanitaires et au développement du secteur de la santé en général (voir l'encadré). Il situe clairement la vaccination dans le contexte du système de santé en faisant valoir qu'elle peut à la fois contribuer au développement du secteur de la santé et à la suppression des obstacles qui entravent tout le système et en bénéficier. La stratégie insiste également sur l'importance cruciale de la vaccination pour la préparation, partout dans le monde, aux épidémies et aux situations d'urgence complexes. Pour concrétiser cette conception de la vaccination, il faudra renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation, et faire reposer la gestion des programmes sur des données solides.

FINALITE

– **Le but est qu'en 2015 :**

- la vaccination soit considérée comme très importante ;
- l'égalité d'accès aux vaccinations prévues par le calendrier national soit garantie à tous les enfants, à tous les adolescents et à tous les adultes ;
- il y ait plus de personnes vaccinées contre un plus grand nombre de maladies ;
- la vaccination et les interventions apparentées soient assurées alors que les valeurs sociales varient, la démographie et l'économie changent et les maladies évoluent ;
- la vaccination soit considérée comme cruciale pour renforcer les systèmes de santé en général et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;
- les vaccins soient utilisés de la meilleure façon possible pour améliorer la santé et la sécurité dans le monde ;
- la communauté internationale fasse preuve de solidarité pour garantir à tous un accès équitable aux vaccins indispensables.

¹ Document WHO/IVB/05.05.

PRINCIPES DIRECTEURS

2. La stratégie mondiale repose sur les principes directeurs suivants :

Équité et égalité entre les sexes. Tous les individus, quelles que soient leur race, leur religion, leurs opinions politiques, leur condition économique ou sociale, doivent avoir accès sur un pied d'égalité aux vaccins et aux interventions indispensables.

Engagement, partenariat et responsabilité. Ensemble, les gouvernements et leurs partenaires fixent des objectifs et s'efforcent de les atteindre avec l'appui de la solidarité internationale, et entreprennent des activités coordonnées déterminées par les plans nationaux.

Responsabilisation. Partenaires et acteurs sont responsables publiquement de leurs politiques et de leurs actes.

Assurance de la qualité et sécurité des produits et services. Tous les produits fournis sont conformes aux normes de qualité et de sécurité agréées au niveau international, et les services sont assurés conformément aux meilleures pratiques.

De bons systèmes de vaccination au niveau du district. Les interventions et leur suivi au niveau du district garantissent l'engagement et l'adhésion au plan local et un programme bien adapté aux circonstances et aux besoins locaux.

Pérennité grâce au développement des moyens techniques et financiers. L'autonomie financière et technique est un objectif collectif des gouvernements et de leurs partenaires et passe par la mise en place progressive des infrastructures.

Politiques et stratégies fondées sur des données probantes et sur les meilleures pratiques. Les politiques, stratégies et pratiques sont choisies d'après les données de la recherche opérationnelle, de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, d'après les études de la charge et de l'impact des maladies, les analyses économiques et les leçons que les pays où les conditions sont similaires ont tirées de leur expérience.

QUATRE AXES STRATEGIQUES

3. La stratégie mondiale définit 4 grands axes et 24 stratégies. Les axes stratégiques consistent à protéger davantage de personnes dans un monde qui change, à adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, à intégrer la vaccination, d'autres interventions sanitaires et la surveillance au sein des systèmes de santé et à vacciner dans un monde interdépendant. La vaccination et les interventions apparentées exposées dans la stratégie contribueront dans une large mesure à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, des objectifs concernant la vaccination fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire consacrée aux enfants en 2002 et de ceux définis par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et son organisme de financement, le Fonds pour les vaccins. Elles aideront aussi les Etats Membres à accroître la couverture des personnes à haut risque par la vaccination antigrippale, comme les y engage la résolution WHA56.19. Dans un monde qui devient de plus en plus interdépendant, la lutte collective contre les maladies à prévention vaccinale importantes en santé publique et les mesures préalables à l'apparition de maladies à potentiel pandémique contribueront grandement à améliorer la santé et la sécurité dans le monde.

4. La stratégie mondiale a été conçue en tenant compte de l'augmentation de la demande de vaccins, des progrès rapides dans la mise au point de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, du développement continu du secteur de la santé, de la plus grande vulnérabilité aux pandémies et à d'autres urgences sanitaires, ainsi que des nombreuses possibilités de partenariat.

OBJECTIFS

5. Entre 2006 et 2015, tous ceux qui interviennent dans la vaccination et la mise au point de produits apparentés doivent s'employer à prévenir la morbidité et la mortalité en atteignant les objectifs suivants.

Au plus tard en 2010 :

- **Accroître la couverture.** Les pays auront instauré une couverture vaccinale d'au moins 90 % au niveau national¹ et d'au moins 80 % dans tous les districts ou entités administratives équivalentes.
- **Réduire la mortalité rougeoleuse.** A l'échelle mondiale, la mortalité par rougeole aura diminué de 90 % par rapport au taux de 2000.²

En 2015 ou plus tôt (selon le cas) :

- **Maintenir la couverture.** La couverture vaccinale instaurée en 2010 conformément à l'objectif fixé aura été maintenue.
- **Réduire la morbidité et la mortalité.** A l'échelle mondiale, la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles dues aux maladies à prévention vaccinale auront diminué de deux tiers au moins³ par rapport aux taux de 2000.
- **Garantir l'accès aux vaccins et leur qualité.** Toutes les personnes pouvant prétendre aux vaccinations prévues par les programmes nationaux auront été vaccinées au moyen de vaccins de qualité garantie et conformément aux calendriers nationaux en vigueur.

¹ Concerne les vaccins comportant tous les antigènes administrés aux enfants de moins d'un an, ceux contenant l'antigène rougeoleux administrés aux enfants de deux ans maximum, et ceux administrés aux femmes en âge de procréer, comme le prévoient les calendriers nationaux de vaccination. En ce qui concerne les vaccins nouvellement adoptés, ils doivent figurer dans le calendrier national d'un pays depuis au moins cinq ans.

² Objectif provisoire qui sera définitivement arrêté en 2005.

³ Cet objectif est en corrélation avec le quatrième objectif du Millénaire pour le développement, assorti de la cible consistant à réduire de deux tiers le taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Une prise en charge efficace des cas devrait permettre d'obtenir la baisse supplémentaire de la mortalité. En supposant que l'accès aux vaccins soit rapidement élargi, notamment grâce à l'adoption de nouveaux vaccins et à l'usage plus intensif des vaccins sous-utilisés, la réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans due aux maladies à prévention vaccinale devrait être obtenue grâce essentiellement à une diminution de 70 à 80 % du nombre de décès imputables aux maladies qu'on peut actuellement prévenir par la vaccination (rougeole, coqueluche, diphtérie, tétanos, infection à *Haemophilus influenzae* type b) une fois que la couverture atteindra 90 %, et à une diminution de 40 à 50 % des décès imputables aux maladies contre lesquelles on devrait disposer de nouveaux vaccins dans un proche avenir (infection à rotavirus et pneumococcie). Cette estimation sera revue à mesure que les projections seront plus justes et qu'on disposera de meilleures données.

- **Adopter de nouveaux vaccins.** Dans les cinq ans suivant leur adoption dans les programmes nationaux, les nouveaux vaccins auront été administrés à toute la population pouvant y prétendre.
- **Disposer de moyens de surveillance et de suivi suffisants.** Tous les pays se seront dotés à tous les niveaux des moyens de surveiller les maladies à prévention vaccinale en se fondant sur l'identification des cas, avec confirmation en laboratoire si nécessaire, afin de mesurer la couverture vaccinale avec exactitude et de faire bon usage des données ainsi obtenues.
- **Renforcer les systèmes.** Tous les plans de vaccination nationaux auront été conçus comme une composante des plans sectoriels de développement des ressources humaines, de financement et de logistique.
- **Assurer la pérennité.** Tous les plans de vaccination nationaux auront été conçus, budgétisés et exécutés en veillant à ce que les ressources humaines, le financement et l'approvisionnement soient suffisants.

CONTEXTE

6. Plus de 70 % de la population mondiale visée a aujourd'hui accès à la vaccination grâce aux services nationaux solides que de nombreux pays ont mis en place ces dernières années. On estime que les vaccinations effectuées pendant la seule année 2003 éviteront plus de 2 millions de décès par maladies à prévention vaccinale et 600 000 décès liés à l'hépatite B (par cirrhose du foie et adénome hépatocellulaire) qui seraient survenus à l'âge adulte.

7. Malgré ces résultats, l'engagement en faveur de la vaccination a fléchi dans certains pays. On estime qu'en 2003, 27 millions de nourrissons et 40 millions de femmes enceintes dans le monde n'étaient pas vaccinés. De plus, hormis les nourrissons, les enfants, les adolescents et les adultes ne sont pas aussi bien protégés qu'ils pourraient l'être par la vaccination contre les maladies auxquelles ils sont exposés.

La force des partenariats

8. Pour répondre aux besoins en matière de vaccination dans le monde, des partenariats mondiaux tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Fonds pour les vaccins et le Measles Partnership ont été créés afin d'atteindre des objectifs communs. Ils rassemblent les principaux acteurs de la vaccination des secteurs public et privé, y compris les fabricants de vaccins. Les initiatives visant à éradiquer la poliomyélite, réduire la mortalité rougeoleuse et éliminer le tétanos maternel et néonatal ont montré que, grâce aux partenariats, il est possible d'assurer des services de vaccination même dans les communautés les plus difficiles à atteindre. Dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, par exemple, les pays ont clairement montré qu'ils étaient capables d'instaurer une couverture vaccinale élevée et d'exercer une surveillance étroite de la maladie, même dans les zones en proie à une crise politique ou à d'autres difficultés. Des stratégies spéciales sont toutefois nécessaires pour entrer régulièrement en contact avec les populations difficiles à atteindre, touchées par des flambées ou se trouvant dans des situations d'urgence.

Nouveaux vaccins et nouvelles technologies

9. On s'emploie actuellement à mettre au point de nouveaux vaccins contre des maladies infectieuses de première importance (notamment le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose). En

attendant, beaucoup d'autres technologies et vaccins nouveaux ont déjà été homologués ou en sont à un stade avancé de développement (notamment les vaccins antirotavirus et antipneumocoques) et certains vaccins existants ne sont pas assez utilisés. Des mesures sont prises également pour garantir la sécurité de la vaccination (par l'usage de seringues autobloquantes par exemple) et cette question devient une priorité de premier plan pour les pays. Pendant la période 2006-2015, les pays se verront peut-être proposer un éventail sans précédent de technologies et de vaccins nouveaux. Pour qu'ils puissent faire des choix rationnels et décider à la lumière de données probantes des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies à adopter, il faudra élucider certains points qu'on ignore encore (comme la charge de morbidité, le rapport coût/efficacité de différentes stratégies et les questions de réglementation).

Financement

10. La vaccination est une intervention sanitaire très efficace et relativement peu coûteuse. Son coût global devrait toutefois beaucoup augmenter si l'on tient compte de l'achat de nouveaux vaccins, de nouvelles formules vaccinales et de nouvelles technologies. L'inclusion de nouveaux vaccins dans les calendriers vaccinaux oblige à mobiliser beaucoup plus de ressources. Cet impératif financier devrait toutefois s'atténuer avec le temps, car l'augmentation des quantités de vaccins demandées entraînera une plus grande concurrence entre les fabricants et une baisse des prix, mais, comme le montre l'expérience, pas avant plusieurs années. En attendant, il faut ajouter au coût des vaccins les dépenses de plus en plus élevées liées à leur administration ; la logistique et la main-d'oeuvre deviennent plus chères et l'offre de services aux populations qui ne sont pas desservies actuellement nécessitera des ressources supplémentaires.

11. Trouver le financement nécessaire pour adopter de nouveaux vaccins et étendre la couverture par les vaccins existants : le pari sera difficile pour tous les pays et leurs partenaires. Il faudra trouver des moyens d'optimiser le rapport coût/efficacité des contacts avec les services de vaccination (par exemple en répartissant le coût de ces contacts entre les initiatives sanitaires concernées) et d'augmenter la capacité des pays à prévoir les dépenses et à obtenir les fonds nécessaires. Il faudra également décider à la lumière de données probantes si la réduction de la charge de morbidité justifie l'investissement financier que représente tel ou tel vaccin.

Incidence sur les obstacles qui entravent l'ensemble du système

12. La vaccination aidera de plus en plus à lever les obstacles qui empêchent d'assurer équitablement les services de santé et de développer tout le secteur, et bénéficiera en retour des efforts faits dans ce sens. Elle aura notamment pour effets d'améliorer la santé publique et de rendre les services de santé publique plus efficaces. Les services de vaccination pâtissent eux aussi des problèmes qui affectent le système de santé dans son ensemble, mais ils peuvent aider dans une large mesure à lever les obstacles qui entravent le système tout entier en renforçant les équipes de district et en leur permettant d'exploiter au mieux les ressources et les possibilités locales. En contrepartie, les approches sectorielles destinées à renforcer des domaines intersectoriels comme la gestion des ressources humaines, le financement, la logistique, les partenariats public-privé et l'échange d'informations peuvent clairement profiter à la vaccination.

D'importants moyens de suivi et de surveillance

13. Depuis une dizaine d'années, des progrès considérables ont été faits en ce qui concerne, d'une part, la mise en place de systèmes de suivi et de surveillance de la couverture vaccinale, des tendances de la vaccination et de son impact sur les maladies à prévention vaccinale, et, d'autre part, l'utilisation de ces données pour orienter les politiques, stratégies et programmes de santé publique. Grâce à des réseaux de laboratoires de plus en plus vastes, la surveillance de la poliomyélite et de la rougeole non

seulement a permis de recueillir des informations cruciales pour guider les initiatives d'éradication de la poliomyélite et de réduction de la mortalité rougeoleuse, mais elle a aussi aidé à prévenir et endiguer les épidémies de méningite, de diphtérie, de rubéole et de maladies à transmission vectorielle telles que la dengue et la fièvre jaune. Dans les pays exposés à de telles épidémies, la formule associant des laboratoires nationaux efficaces à des centres de référence régionaux qui effectuent des recherches plus poussées a fait ses preuves dans le domaine de la santé publique. Cette formule se prête particulièrement bien à l'instauration de mécanismes permettant de détecter à la fois les maladies infectieuses nouvelles et les flambées.

Liens avec d'autres interventions

14. Les services de vaccination sont généralement assurés à une grande échelle et peuvent a priori soutenir d'autres interventions sanitaires et être soutenus par elles. La prestation conjointe, ou intégration, d'interventions sanitaires en rapport les unes avec les autres est un moyen efficace d'atteindre des buts sanitaires communs. C'est ainsi que l'association de la vaccination à deux autres interventions, à savoir la supplémentation en vitamine A et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme, présente des avantages de plus en plus évidents. Cette intégration nécessitera des bases factuelles sur lesquelles fonder les politiques, les stratégies et les investissements, ainsi que des méthodes pour évaluer l'impact des interventions groupées. Il convient de systématiser l'accès aux services intégrés afin que les mères et les enfants vus dans les établissements de santé en tirent le plus grand profit possible.

Préparation aux épidémies et aux urgences mondiales

15. Les pays où il y a un risque d'épidémie ont besoin de plans de préparation fermement ancrés dans leurs plans et leurs services de vaccination en général. De la même façon, il faut être capable, aux niveaux national et mondial, de réagir rapidement et comme il convient aux situations d'urgence et aux catastrophes naturelles, car la riposte passera peut-être par l'usage rationnel des vaccins. En ce qui concerne la grippe, un réseau mondial de laboratoires observe les souches de virus en circulation et tous les pays ont besoin de plans de préparation à jour pour faire face à une pandémie. Or, bien souvent, les plans de préparation sont trop anciens, inapplicables ou tout simplement inexistantes. Les gouvernements, l'OMS, l'UNICEF, les fabricants de vaccins et les instituts de recherche soutiennent actuellement l'élaboration de plans de préparation nationaux et s'attachent à développer le potentiel de production de vaccins antigrippaux dans le monde, y compris les travaux entrepris pour mettre au point un nouveau vaccin contre les souches de virus à potentiel pandémique.

STRATEGIES CONSTITUTIVES

16. **L'axe stratégique 1 : Protéger davantage de personnes dans un monde qui change** regroupe les principales stratégies permettant de mettre les services de vaccination à la portée d'un plus grand nombre de personnes, en particulier les personnes difficiles à atteindre et celles qui peuvent prétendre aux vaccins nouvellement adoptés. Le but est de faire en sorte que tous les nourrissons aient au moins quatre contacts avec les services de vaccination, d'étendre la vaccination à d'autres classes d'âge afin d'exploiter au maximum les vaccins existants et d'améliorer les systèmes de gestion des vaccins pour garantir la sécurité de la vaccination, y compris en veillant à ce que des vaccins sûrs et efficaces soient disponibles à tout moment. Les stratégies qui s'articulent autour de cet axe privilégient les populations et les zones mal desservies et visent à ce qu'aucun district ne soit exclu.

Stratégie 1 : Utiliser plusieurs approches à la fois pour vacciner toutes les personnes visées

Stratégie 2 : Augmenter la demande de vaccinations au sein de la communauté

Stratégie 3 : Faire en sorte que dans chaque district les non-vaccinés aient au moins quatre contacts par an avec les services de vaccination

Stratégie 4 : Etendre la vaccination à d'autres groupes que celui habituellement visé

Stratégie 5 : Rendre les vaccins, la vaccination et les injections plus sûrs

Stratégie 6 : Améliorer et renforcer les systèmes de gestion des vaccins

Stratégie 7 : Evaluer et renforcer les programmes nationaux de vaccination.

17. L'axe stratégique 2 : Adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies répond à un double impératif, celui de promouvoir la mise au point de vaccins et de technologies hautement prioritaires et de permettre aux pays de prendre des décisions et des dispositions concernant leur adoption. Les stratégies s'articulant autour de cet axe visent à ce que les pays aient les bases factuelles et les moyens nécessaires pour déterminer s'il convient d'adopter les technologies et vaccins nouveaux et lesquels d'entre eux sont prioritaires, puissent compter sur un approvisionnement suffisant pour répondre à leurs besoins et disposent des ressources financières nécessaires. Elles visent aussi à ce que l'ensemble de la population qui peut y prétendre bénéficie des nouveaux vaccins dans les cinq ans qui suivent leur adoption par les programmes nationaux, à développer des vaccins contre les maladies importantes en santé publique et à les mettre à la disposition notamment des populations défavorisées chez lesquelles la morbidité est élevée.

Stratégie 8 : Renforcer la capacité des pays à arrêter des politiques et fixer des priorités concernant les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies

Stratégie 9 : Veiller à ce que les vaccins et les technologies nouvellement adoptés soient utilisés de façon efficace et durable

Stratégie 10 : Promouvoir la recherche-développement de vaccins contre les maladies importantes en santé publique.

18. L'axe stratégique 3 : Intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé met l'accent sur la façon dont la vaccination contribue à renforcer le système de santé tout entier en développant les ressources humaines, en améliorant la logistique et en attirant des ressources financières. Le but est d'associer la vaccination à d'autres interventions salvatrices afin de réduire plus rapidement la mortalité infanto-juvénile. Les stratégies qui s'articulent autour de cet axe visent aussi à améliorer la surveillance des maladies et le suivi des programmes dans le but de renforcer les programmes de vaccination mais aussi l'ensemble du système de santé et d'inclure la vaccination dans les plans de préparation aux situations d'urgence et dans les opérations menées lors de crises humanitaires complexes.

Stratégie 11 : Renforcer les programmes de vaccination dans le contexte du développement des systèmes de santé

Stratégie 12 : Mieux gérer les ressources humaines

Stratégie 13 : Mettre au point et tester des interventions en vue de les intégrer

Stratégie 14 : Assurer la plus grande synergie possible entre les interventions intégrées

Stratégie 15 : Pérenniser l'intégration des interventions

Stratégie 16 : Renforcer le suivi de la couverture et la surveillance fondée sur l'identification des cas

Stratégie 17 : Développer les moyens de laboratoire en créant des réseaux de laboratoires

Stratégie 18 : Renforcer la gestion, l'analyse, l'interprétation, l'utilisation et l'échange des données à tous les niveaux

Stratégie 19 : Assurer l'accès aux services de vaccination lors des crises humanitaires complexes.

19. **L'axe stratégique 4 : Vacciner dans un monde interdépendant** repose sur le principe qu'un accès équitable aux vaccins et au financement et l'égalité d'accès à l'information sont dans l'intérêt de tous les pays. Les stratégies qui s'articulent autour de cet axe visent à faire prendre conscience, pour mieux y parer, des conséquences qu'ont dans tous les pays les problèmes et événements mondiaux sur l'approvisionnement en vaccins, le financement, la collaboration des partenaires, la communication et la préparation aux épidémies.

Stratégie 20 : Garantir dans le monde entier un approvisionnement sûr en vaccins d'un coût abordable et de qualité garantie

Stratégie 21 : Veiller à ce que le financement des systèmes nationaux de vaccination soit suffisant et viable

Stratégie 22 : Mieux communiquer et mieux diffuser l'information

Stratégie 23 : Définir et reconnaître les rôles et responsabilités des partenaires

Stratégie 24 : Inclure les vaccins dans les plans et mesures de préparation aux épidémies mondiales.

Cadre de planification et de collaboration

20. La stratégie mondiale constitue un cadre général plutôt qu'un plan d'action détaillé et permettra à toutes les parties prenantes d'orienter ou de réorienter leur action en faveur de la vaccination dans le monde. Compte tenu des grandes différences de moyens, de priorités et de ressources entre les pays, il présente une gamme de stratégies parmi lesquelles ceux-ci pourront choisir celles qui répondent le mieux à leurs besoins. Afin de soutenir ce processus de planification nationale, l'OMS, l'UNICEF, les partenaires multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales et le secteur privé feront un effort supplémentaire de coordination pour collaborer efficacement avec les pays. La stratégie engage les Etats Membres, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les groupes de pression et autres intéressés à soutenir la vaccination comme jamais encore ils ne l'ont fait aux niveaux mondial, national et local.

LA VOIE DU PROGRES

21. La dernière partie de la stratégie mondiale expose les mesures à prendre pour faciliter sa mise en oeuvre : consultations afin de s'assurer que les pays appliquent les principes directeurs à leur propre planification stratégique en adaptant les stratégies à leurs besoins, moyens et ressources ; participation précoce des partenaires de la vaccination ; renforcement concerté des services de vaccination au niveau du district, en particulier dans les pays où les résultats sont médiocres ; constitution d'une base

de connaissances sur les interventions sanitaires dont l'association a donné de bons résultats en vue de les appliquer à plus grande échelle ; mise en place d'un processus d'évaluation et d'examen pour suivre les progrès jusqu'en 2015 ; et mise au point et diffusion d'une documentation qui expose en détail les plans et politiques et éclaire sur les questions techniques.

22. Les orientations stratégiques exposées plus haut ne sont pas exhaustives. Il ne faut pas considérer la stratégie comme un programme détaillé, mais comme un plan en constante évolution. Ces dix prochaines années, à mesure que la stratégie sera mise en oeuvre, de nouveaux problèmes apparaîtront auxquels il faudra trouver de nouvelles solutions.

UNE STRATEGIE QUI DEFINIT DE GRANDES ORIENTATIONS

23. La stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » :

- attribue un rôle plus important à la vaccination pour améliorer la santé publique et définit de grandes orientations stratégiques pour élaborer des politiques et programmes nationaux dans un contexte où tous les partenaires soutiendront les programmes de vaccination ;
 - étend la vaccination à d'autres classes d'âge que les nourrissons et au-delà des frontières actuelles des programmes de vaccination tout en continuant à faire de la vaccination des enfants en bas âge une priorité ;
 - préconise une série d'interventions pour réduire la mortalité infanto-juvénile ;
 - aide à se préparer partout dans le monde à d'éventuelles pandémies ;
 - engage toutes les parties prenantes à faire un effort sans précédent pour vacciner les personnes difficiles à atteindre ;
 - incite à résoudre les problèmes en s'appuyant sur des données probantes pour rendre les programmes plus efficaces ;
 - prépare à l'adoption et à l'usage généralisé de technologies et de vaccins nouveaux ou sous-utilisés, qui tous nécessiteront une planification financière à long terme ;
 - préconise de mettre en place une surveillance basée sur l'identification des cas pour toutes les maladies à prévention vaccinale en développant les réseaux de laboratoires consacrés aux maladies virales et bactériennes.
-