

23 mai 2026

A79/41 (Projet)

Quatrième rapport de la Commission A

(Projet)

La Commission A a tenu ses neuvième et dixième séances le 22 mai 2026 sous la présidence du D^r Timur Sultangaziyev (Kazakhstan), de M. Fernando Israel Espinosa Olivera (Mexique) et de M. Ibrahim Nishan Ahmed (Maldives).

Il a été décidé de recommander à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter les quatre résolutions et deux décisions ci-jointes relatives aux points suivants de l'ordre du jour :

Garantir la santé

12. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

12.4 Couverture sanitaire universelle

Une résolution intitulée :

- Médecine de précision : vers des soins ciblés, personnalisés et équitables

Une résolution intitulée :

- Renforcer l'accès équitable à l'imagerie diagnostique par la téléradiologie

Une résolution intitulée :

- Réduire la charge de l'accident vasculaire cérébral : renforcer la prévention, les soins aigus, la réadaptation et la préparation opérationnelle des systèmes de santé

Une résolution intitulée :

- Promouvoir une pharmacovigilance intelligente et efficace comme un outil essentiel pour des systèmes de santé robustes, durables, résilients et réactifs, pour toutes et tous, partout

- Projet de stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035

Une décision

- Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance

Une décision

Point 12.4 de l'ordre du jour

Médecine de précision : vers des soins ciblés, personnalisés et équitables

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹

Constatant l'évolution rapide des sciences biomédicales et de la santé numérique, y compris la génomique, la protéomique, la pharmacogénomique, la bio-informatique, l'analyse de données réelles, le diagnostic moléculaire et les thérapies avancées telles que les thérapies cellulaires et géniques, et consciente du rôle transversal et facilitateur de l'intelligence artificielle à l'appui de ces disciplines, qui sous-tendent collectivement la médecine de précision et ont le potentiel de révolutionner la prévention, le diagnostic et le traitement tout au long de la vie ;

Considérant que le terme « médecine de précision » désigne le fait d'utiliser des données cliniques, moléculaires et génomiques et d'autres données sanitaires pour orienter les décisions en matière de prévention, de diagnostic et de traitement, en tenant compte de la variabilité des caractéristiques cliniques et des profils moléculaires et génomiques entre les individus, et en prévoyant des garanties appropriées, y compris le recours à l'évaluation des technologies de santé, afin de promouvoir une mise en œuvre éthique, équitable et rentable et de meilleurs résultats sur le plan de la santé ;

Considérant également que la médecine de précision représente un changement de paradigme vers des systèmes de santé prédictifs, préventifs et participatifs, permettant des interventions ciblées, efficaces et efficientes qui améliorent l'efficacité et la pérennité de la couverture sanitaire universelle en garantissant que la bonne intervention parvienne au bon patient ou à la bonne patiente au bon moment ;

Considérant en outre que la médecine de précision, grâce au séquençage génomique, au diagnostic à haut débit, au ciblage moléculaire ainsi qu'au développement et à la mise en œuvre de thérapies avancées telles que les thérapies cellulaires et géniques, a démontré des bénéfices cliniques mesurables et s'est révélée rentable dans plusieurs cas, notamment en améliorant la survie grâce à des thérapies ciblées contre le cancer, en raccourcissant le parcours diagnostique dans le contexte des maladies rares et en réduisant les effets indésirables des médicaments par la pharmacogénomique ;

Mesurant la contribution de la médecine de précision à la prévention et à la prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies infectieuses, aux soins de la mère et de l'enfant, et aux soins de santé mentale, ainsi que son potentiel pour ce qui est d'améliorer les résultats en matière de santé et d'accroître l'efficacité des systèmes de santé ;^{2,3,4}

¹ Document A79/5.

² Liang S, Kennedy E, Gale N, Watson P, Ramanathan M, Shinde A, *et al.* Implementation of precision medicine in treating non-communicable diseases: a systematic review. *Journal of Translational Medicine*: 23, 1174 (2025). doi: 10.1186/s12967-025-07201-y.

³ Strianese O, Rizzo F, Ciccarelli M, Galasso G, D'Agostino Y, Salvati A, *et al.* Precision and personalized medicine: how genomic approach improves the management of cardiovascular and neurodegenerative disease. *Genes*. 2020 July;11(7):747. doi: 10.3390/genes11070747.

⁴ [Precision health: emerging innovations for children and adolescents](#). Insight Report No.3. New York: UNICEF; 2024 (consulté le 31 janvier 2026).

Notant que les investissements mondiaux en faveur de la médecine de précision devraient croître substantiellement d'ici à 2030, ce qui témoigne de son impact croissant sur l'innovation clinique, la biotechnologie et la santé publique, et mesurant la nécessité de promouvoir ces investissements de sorte qu'ils bénéficient équitablement et durablement à toutes les Régions ;^{5,6}

Rappelant, comme il convient, la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle tenue en 2023 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris les engagements à promouvoir un élargissement de l'accès à des médicaments essentiels, des vaccins, des produits de diagnostic et des technologies sanitaires de qualité, qui soient sûrs, efficaces et d'un coût abordable, en veillant à ce qu'ils soient répartis équitablement, afin d'offrir, en temps opportun, des services de santé de qualité à un prix abordable à toutes et à tous tout au long de la vie ;

Consciente du rôle que joue la médecine de précision pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et le quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028, notamment en renforçant les soins de santé primaires, l'équité et la lutte contre les inégalités en matière de santé ;

Consciente également que de nombreuses populations, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées, restent sous-représentées dans les données et les travaux de recherche qui sous-tendent la médecine de précision, et soulignant la nécessité d'assurer diversité et inclusion dans la recherche et dans l'application de la médecine de précision, y compris une représentation significative des pays en développement et des Régions historiquement sous-représentées, afin que ces nouvelles approches bénéficient équitablement à toutes les populations ;

Réaffirmant l'importance de mener, à l'échelle mondiale et nationale, une action mesurée et coordonnée pour garantir que les avancées de la médecine de précision contribuent à réduire les inégalités et les disparités en matière de santé au sein des pays et entre les pays, à réduire la fracture numérique et à promouvoir un accès équitable à des soins abordables dispensés en temps opportun ;

Notant que les capacités mondiales actuelles restent inégales, étant donné que les pays en développement sont dotés d'infrastructures de laboratoire limitées, sont sous-représentés dans les ensembles de données génomiques et cliniques, font face à une pénurie de personnels qualifiés, et ne disposent pas de mécanismes de gouvernance adéquats régissant l'utilisation et le partage éthiques des données ;^{7,8,9,10}

⁵ [Global precision medicine market size and outlook, 2023–2030](#). Grand View Horizon Databooks (consulté le 31 janvier 2026).

⁶ [Precision medicine market size, share and trends analysis report, 2025–2033](#). Straights Research (consulté le 31 janvier 2026).

⁷ Girisha K and Moosa S. Genomic testing in low- and middle-income countries (LMIC). *European Journal of Human Genetics*, 2024: 32;119394. doi: 10.1038/s41431-024-01622-x.

⁸ Corpas M, Pius M, Poburennaya M, Guio H, Dwek M, Nagaraj S, *et al.* Bridging genomics' greatest challenge: The diversity gap. *Cell Genomics*: 2025:5(1):100724. doi: 10.1016/j.xgen.2024.100724.

⁹ [Health researcher \(in full-time equivalent\) per million inhabitants, by WHO region \(first set of charts\)](#). Organisation mondiale de la Santé, août 2025 (consulté le 31 janvier 2026).

¹⁰ [Guidance for human genome data collection, access, use and sharing](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (consulté le 31 janvier 2026).

Consciente des implications éthiques, juridiques, sociales et économiques de la médecine de précision, y compris en ce qui concerne la vie privée des patients et patientes, le consentement éclairé, la gouvernance et la bonne gestion des données génétiques et sanitaires, le respect des législations nationales, la protection des données et la souveraineté numérique, les biais algorithmiques et l'accès équitable à l'innovation ;

Rappelant la résolution WHA57.13 (2004), intitulée « Génomique et santé dans le monde », dans laquelle les États Membres sont instamment invités à renforcer les capacités en génomique pour améliorer les résultats en matière de santé et à faire en sorte que les avancées dans ce domaine soient utilisées de manière éthique et équitable, et qu'elles bénéficient à toutes les populations ;

Sachant également que l'évolution de la génomique et des biotechnologies connexes, ainsi que la baisse significative des coûts de séquençage du génome depuis l'adoption de la résolution susmentionnée, ont conduit à l'émergence de la médecine de précision, qui offre de nouvelles possibilités pour convertir les découvertes scientifiques en soins de santé équitables, fondés sur les besoins et sur les données, au niveau de l'individu comme de la population ;^{11,12,13}

Rappelant la résolution WHA78.11 (2025), intitulée « Les maladies rares : une priorité pour l'équité et l'inclusion dans le domaine de la santé mondiale », dans laquelle est soulignée l'importance d'un diagnostic précoce, d'un accès équitable au traitement et de l'inclusion des personnes vivant avec des maladies rares ;

Rappelant également la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2027 et les initiatives connexes sur la gouvernance des données, l'intelligence artificielle et l'innovation, et mesurant leur pertinence à l'appui de l'intégration sûre, éthique et équitable de la médecine de précision dans les systèmes de santé ;

Rappelant en outre le rapport 2022 du Conseil scientifique de l'OMS sur les moyens d'accélérer l'accès à la génomique dans l'intérêt de la santé mondiale, dans lequel le Conseil scientifique appelle notamment à une intégration équitable des technologies de précision afin de réduire les disparités en matière de santé, ainsi que les orientations normatives et techniques de l'OMS sur la modification du génome humain, l'éthique en santé numérique et la gouvernance des données, qui constituent un cadre politique fondamental pour la mise en œuvre responsable de la médecine de précision ;

Soulignant l'urgence de renforcer les capacités nationales et régionales en génomique, en pharmacogénomique, en infrastructures numériques, en bio-informatique, en recherche clinique, en sciences réglementaires et en gouvernance des données, en particulier dans les pays en développement, tout en garantissant la transparence, la confidentialité et la sécurité des données, et de promouvoir un accès sûr et sécurisé à ces données et connaissances en santé et la mobilisation du public pour instaurer un climat de confiance ;

¹¹ [Measuring genome sequencing costs and its health impact](#). Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, 19 mars 2025 (consulté le 31 janvier 2026).

¹² Ehman M, Sharma K, Weymann D, Maroille T, Mohajeri A, Lehman A, *et al.* The cost and cost trajectory of genome sequencing and bioinformatics analysis for Indigenous children with suspected rare diseases. *Genetics in Medicine*. 2025;27(11):101568. doi:10.1016/j.gim.2025.101568.

¹³ [The cost of sequencing a human genome](#). National Human Genome Research Institute; 2021 (consulté le 31 janvier 2026).

Insistant sur le fait que la mise en œuvre efficace et équitable de la médecine de précision suppose une gouvernance robuste, des ressources humaines qualifiées, des systèmes de données interopérables et sécurisés, un financement durable et une mobilisation sociale significative, afin que personne ne soit laissé pour compte ;

Saluant les initiatives prises par des États Membres et des organismes régionaux pour renforcer la collaboration, la recherche et l'accès équitable à la médecine de précision et aux solutions de santé publique fondées sur des données,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹⁴ selon leur situation et leurs priorités nationales :

- 1) à concevoir, à mettre en œuvre et à renforcer des politiques et stratégies nationales favorisant la médecine de précision, qui soient alignées sur les objectifs de la couverture sanitaire universelle et les normes éthiques, et qui garantissent l'accessibilité, l'équité et la durabilité ;
- 2) à considérer la médecine de précision en tant que catalyseur majeur de la couverture sanitaire universelle, dans les cas où elle est opportune et rentable, et à l'intégrer dans les efforts de renforcement des systèmes de santé, en couvrant la prévention, la détection précoce, le diagnostic, le traitement et la surveillance, une attention particulière étant accordée aux soins de santé primaires, ainsi que la prise en charge du cancer, des maladies rares, des maladies non transmissibles et des maladies infectieuses, la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale et d'autres domaines de santé prioritaires recensés à l'échelle nationale ;
- 3) à renforcer les capacités nationales et régionales en investissant en faveur des infrastructures de laboratoire et de diagnostic, des bases de données génomiques, des plateformes de santé numériques et des technologies pertinentes telles que l'intelligence artificielle et le génie biomédical, afin d'appuyer la mise en œuvre et l'intégration de la médecine de précision, dans le respect de la souveraineté numérique nationale ;
- 4) à promouvoir l'inclusion de toutes les populations dans les travaux de recherche, les systèmes de données et les cadres d'évaluation qui favorisent la médecine de précision, en accordant une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées, et à lutter contre la sous-représentation dans les données, conformément aux normes éthiques, en garantissant le consentement éclairé et en veillant à ce que les approches et interventions soient rigoureusement évaluées du point de vue de la sécurité et de l'efficacité et qu'elles bénéficient équitablement à toutes les populations ;
- 5) à instaurer, à renforcer ou à maintenir en place des cadres juridiques, éthiques et réglementaires qui garantissent avec efficacité la gouvernance des données, le respect de la vie privée, la transparence, l'interopérabilité, la sécurité et l'assurance de la qualité, et qui assurent l'intégration responsable, équitable et durable de la médecine de précision dans les systèmes nationaux de santé, ainsi que l'accès équitable aux innovations ;
- 6) à stimuler le renforcement des capacités par des programmes complets de formation théorique et pratique en génomique, en science des données, en bio-informatique et en interprétation clinique, ciblant les personnels de santé, les chercheurs et chercheuses et les

¹⁴ Et, le cas échéant, les organismes d'intégration économique régionale.

décideurs et décideuses, afin d'assurer et de favoriser l'application sûre, efficace et équitable de la médecine de précision ;

7) à encourager et à promouvoir un accès équitable aux services et technologies de médecine de précision, en investissant en faveur de modèles de financement durables et en procédant à des achats groupés afin d'accroître leur caractère abordable et inclusif ;

8) à favoriser la recherche, la collaboration et l'innovation en médecine de précision, en tenant compte de la diversité des populations mondiales, en utilisant des données ventilées par sexe et en traitant des priorités sanitaires à l'échelle nationale et régionale, y compris les maladies négligées et les maladies rares ;

9) à renforcer les centres et établissements nationaux de recherche en génomique, ou à en créer de nouveaux, selon les besoins, en vue de renforcer les capacités nationales et d'accélérer l'application éthique des avancées génomiques en lien avec les problèmes de santé nationaux ;

10) à autonomiser les individus, les familles et les communautés par les connaissances en santé, la sensibilisation et la mobilisation participative, en soulignant le rôle essentiel qu'ils jouent dans la conception conjointe et la mise en œuvre de politiques et programmes de médecine de précision, et en favorisant l'inclusivité, la transparence et la confiance du public, de manière à ce que personne ne soit laissé pour compte ;

11) à établir ou à maintenir en place des mécanismes fondés sur des données probantes pour l'évaluation des technologies de médecine de précision et l'établissement des priorités connexes, qui permettent de juger leur efficacité clinique, leur rentabilité, leur sécurité et leur qualité ;

12) à intensifier la collaboration entre les Gouvernements, les milieux universitaires, les institutions de recherche, la société civile, le secteur privé et d'autres parties prenantes concernées pour promouvoir l'échange de technologies de médecine de précision, le partage des connaissances, la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités, dans le respect des règles internationales et nationales applicables, afin de faire progresser les innovations équitables, inclusives et durables en médecine de précision ;

13) à promouvoir l'harmonisation des normes relatives aux données et des cadres d'interopérabilité, conformément à la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2027 et aux lignes directrices sur la réglementation de l'intelligence artificielle et sur la gouvernance internationale et les considérations éthiques en la matière, et en s'appuyant sur les initiatives existantes ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de passer en revue et de répertorier les orientations et recommandations existantes de l'OMS qui intéressent la médecine de précision et, si nécessaire, d'envisager d'élaborer une stratégie mondiale sur la médecine de précision, en concertation avec les États Membres et les parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, et conformément au quatorzième programme général de travail, 2025-2028, et au processus d'établissement des priorités, afin de fixer des principes directeurs, des normes éthiques et techniques ainsi

qu'une feuille de route pour une mise en œuvre équitable, durable et adaptée de la médecine de précision dans les cadres régissant la couverture sanitaire universelle ;

2) d'apporter un appui technique et normatif aux États Membres qui en font la demande, en particulier aux pays en développement, pour l'élaboration de politiques, de mécanismes de gouvernance, de cadres réglementaires et d'initiatives de renforcement des capacités permettant l'application sûre, efficace et équitable de la médecine de précision, en s'appuyant sur les orientations, les outils et l'expertise de l'OMS, y compris par le renforcement et la coordination des capacités institutionnelles existantes de l'OMS en génomique, en science des données, en bio-informatique et en santé numérique ;

3) de concevoir, à la demande des États Membres et en concertation avec les États Membres et les parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, un modèle de maturité par pays, qui serait constitué d'un cadre structuré prévoyant des étapes progressives et des indicateurs mesurables pour l'intégration différenciée des interventions en médecine de précision, et qui permettrait aux États Membres et aux institutions d'évaluer les capacités actuelles, de recenser les priorités, de suivre les progrès accomplis et d'orienter la mise en œuvre par phases, en fonction de la situation nationale et du niveau de préparation du système de santé ;

4) de faciliter l'établissement de plateformes régionales et mondiales d'échange de connaissances, de bonnes pratiques et d'innovations en médecine de précision, en tenant compte de la confidentialité et de la sécurité des données de manière globale, ainsi que de la situation des pays, y compris, sans toutefois s'y limiter, la mise au point de bases de données génomiques nationales de référence tenant compte de diverses populations et garantissant une représentation équitable, la transparence et le partage des avantages ;

5) de faciliter, selon qu'il convient, la création de nouveaux réseaux et pôles régionaux de renforcement des capacités en génomique et dans des disciplines connexes, ou le renforcement des structures existantes, en prêtant particulièrement attention aux besoins sanitaires des pays en développement, en se fondant sur les initiatives régionales existantes et en appuyant ces dernières ;

6) d'accroître la collaboration mondiale, régionale et nationale avec les partenaires pertinents, les parties prenantes concernées, les établissements d'enseignement et de recherche et la société civile, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, de mobiliser des ressources, d'encourager la recherche et l'innovation, et de promouvoir un accès équitable aux outils et technologies numériques adaptés à la médecine de précision, dans le respect des règles internationales ;

7) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution aux Quatre-Vingtième et Quatre-Vingt-Deuxième Assemblées mondiales de la Santé en 2027 et en 2029, respectivement ;

8) conformément au paragraphe 2.1), de soumettre une stratégie mondiale sur la médecine de précision à l'examen du Conseil exécutif à sa cent soixante-quatrième session, en vue de la présenter à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 aux fins d'adoption.

Point 12.4 de l'ordre du jour

Renforcer l'accès équitable à l'imagerie diagnostique par la téléradiologie

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹⁵

Rappelant la résolution WHA71.7 (2018) sur la santé numérique, la résolution WHA76.5 (2023) sur le renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic et la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2025,¹⁶ qui soulignent toutes le rôle crucial que jouent les technologies et les outils de diagnostic numériques pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé ;

Sachant que l'imagerie diagnostique, y compris la radiologie, est un élément essentiel des soins de santé et qu'elle revêt une importance vitale pour la détection, le diagnostic, la prise en charge, la planification du traitement et le suivi, en temps opportun, des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, des traumatismes, des affections maternelles et infantiles et d'autres pathologies, en particulier dans les pays en développement, y compris, sans toutefois s'y limiter, les petits États insulaires en développement et les zones éloignées et mal desservies ;

Consciente que l'accès aux services de radiologie reste limité dans de nombreux pays, en particulier dans les pays en développement et les zones éloignées ou rurales, et constatant avec préoccupation la pénurie de radiologues formés et homologués ainsi que d'autres professionnels et professionnelles de l'imagerie, qui se traduit par des retards de diagnostic voire l'absence de diagnostic, par de moins bons résultats de santé et par des décès évitables ;

Notant par ailleurs que l'absence de personnel formé capable d'interpréter les images et la faiblesse des systèmes d'orientation conduisent à une utilisation sous-optimale des équipements et peuvent limiter le recours efficace aux capacités d'imagerie existantes ;

Considérant que la téléradiologie et l'utilisation des technologies de télécommunication pour transmettre et interpréter des images médicales à distance peuvent constituer une solution évolutive, rentable et pratique pour combler le déficit en ressources humaines et élargir la portée des services de diagnostic spécialisés de sorte à atteindre les populations mal desservies ;^{17,18}

Sachant que la téléradiologie, la transmission numérique sécurisée effectuée dans le respect de la vie privée, ainsi que l'interprétation à distance des images diagnostiques peuvent permettre d'élargir l'accès à l'imagerie, d'optimiser l'utilisation de compétences spécialisées limitées et d'améliorer la qualité des soins, à condition que les lois, réglementations, normes et règles éthiques régissant ces pratiques médicales soient respectées ;

¹⁵ Document A79/5.

¹⁶ [Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (consulté le 2 février 2026).

¹⁷ Jing AB, Garg N, Zhang J, Brown JJ. AI solutions to the radiology workforce shortage. *Npj Health Systems*. 2025;2(1): 20. doi: 10.1038/s44401-025-00023-6.

¹⁸ Nigatu AM, Yilma TM, Gezie LD, Gebreworld Y, Gullslett MK, Mengiste SA, *et al.* Barriers and facilitators experienced during the implementation of web-based teleradiology system in public hospitals of the northwest Ethiopia: An interpretive description study. *International Journal of Telemedicine Applications*. 2024:5578056. doi: 10.1155/2024/5578056.

Notant que, lorsqu'elle est mise en œuvre de manière appropriée, la téléradiologie peut contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en augmentant l'efficacité, en appuyant la formation continue et en renforçant les capacités de préparation et de riposte ;

Consciente que, pour intégrer l'intelligence artificielle et les plateformes de santé numérique, y compris la téléradiologie, dans les services de radiologie, il faut veiller à ce que ces outils soient mis au point, validés, déployés en toute sécurité, régis de manière éthique du point de vue de la performance et mis en œuvre sous supervision clinique, tout en garantissant un accès inclusif et équitable, afin d'optimiser l'utilisation des ressources spécialisées limitées, d'améliorer la qualité de l'interprétation et d'offrir un diagnostic en temps opportun dans divers contextes ;

Préoccupée par le fait que l'adoption non coordonnée d'outils, l'absence de cadres politiques nationaux, la faible protection des données et la fragmentation des infrastructures risquent de conduire à un déploiement non sécurisé des services de téléradiologie ;

Considérant que l'adoption efficace et éthique de la téléradiologie, le cas échéant, passe par de robustes cadres nationaux, normes réglementaires, lignes directrices en matière d'interopérabilité et mécanismes sécurisés de protection des données qui permettent d'obtenir des informations complètes sur les patients et patientes, de veiller à leur consentement, et d'assurer leur sécurité et la confidentialité de leurs données ;

Mesurant l'importance de la solidarité, de la coopération et des investissements sur le plan international pour ce qui est de faciliter le partage de connaissances spécialisées et de bonnes pratiques en téléradiologie, notamment dans le cadre de partenariats entre pays, dans le respect de la vie privée des patients et patientes et de la souveraineté numérique nationale ;

Consciente de la nécessité d'intégrer la téléradiologie dans les stratégies sanitaires et numériques à l'échelle nationale et régionale, car elle est indispensable au renforcement des systèmes de santé et permet de progresser plus rapidement vers la couverture sanitaire universelle et l'équité en santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon le contexte et les capacités nationales et régionales, et selon leurs priorités :

- 1) à intégrer la téléradiologie dans les stratégies nationales de santé, de santé numérique et de diagnostic, conformément aux objectifs de la couverture sanitaire universelle ;
- 2) à élaborer des politiques, normes et cadres réglementaires nationaux pour une téléradiologie sûre, éthique et efficace, ou à renforcer ceux qui existent, en traitant notamment de la gouvernance des données, de la vie privée des patients et patientes, des informations à leur sujet et des consultations transfrontalières ;
- 3) à étudier les options de financement durable des infrastructures, le cas échéant, et à développer l'utilisation des plateformes numériques qui permettent d'obtenir, de transmettre et de communiquer des images de manière fiable, sécurisée et durable, afin d'assurer la transmission et le stockage fiables et sécurisés des images médicales ;
- 4) à renforcer les capacités des personnels par des programmes d'éducation, de formation et de mentorat à l'intention de l'ensemble des professionnelles et professionnels concernés, en partenariat avec des établissements d'enseignement et des organismes professionnels ;

- 5) à promouvoir l'intégration des systèmes de téléradiologie dans les systèmes d'information sanitaire nationaux ;
- 6) à promouvoir la coopération régionale et internationale ainsi que le partage des connaissances afin de tirer parti au maximum des connaissances spécialisées limitées en radiologie et de faciliter l'échange des meilleures pratiques et des connaissances techniques, en prenant en considération les pays en développement, y compris, sans toutefois s'y limiter, les petits États insulaires en développement ;
- 7) à tenir dûment compte de l'équité, y compris des besoins au sein des zones rurales et éloignées mal desservies, et de ceux des populations vulnérables, conformément aux priorités nationales et à la configuration du système de santé ;
- 8) à appuyer l'utilisation sûre, fiable, précise, robuste et éthique de l'intelligence artificielle et des outils d'aide à la prise de décisions dans les procédures de téléradiologie, de manière inclusive et équitable, en prévoyant une validation, une transparence et une supervision humaine appropriées conformément aux protocoles réglementaires pertinents ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer et de diffuser des orientations normatives, des normes et des outils techniques qui permettent la mise en œuvre sûre, éthique et efficace de la téléradiologie, y compris l'interopérabilité et la protection des données ;
- 2) de fournir une assistance technique aux États Membres, en particulier aux pays en développement, pour les aider à élaborer des politiques, à renforcer les capacités et à planifier les infrastructures ;
- 3) de faciliter la collaboration et les partenariats mondiaux et régionaux pour la formation, la recherche et l'échange de connaissances en radiologie et en santé numérique ;
- 4) d'améliorer la collecte de données sur les capacités mondiales en téléradiologie dans le cadre des instruments existants de l'OMS ;
- 5) de promouvoir la coopération régionale et l'échange de connaissances afin d'appuyer la formation, l'assurance de la qualité et l'entraide entre États Membres ;
- 6) de mettre en œuvre les paragraphes 1) à 5) du dispositif ci-dessus conformément au quatorzième programme général de travail, 2025-2028, dans la limite des ressources disponibles, notamment en menant des activités de mobilisation des ressources, et dans le cadre de la mise en œuvre des résolutions et stratégies pertinentes, y compris la résolution WHA76.5 sur le renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic, la résolution WHA78.13 (2025) intitulée « Renforcer les capacités d'imagerie médicale », ainsi que la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 (prolongée jusqu'en 2027)¹⁹ et le document qui lui fera suite ;
- 7) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030.

¹⁹ Voir la décision WHA78(22) (2025).

Point 12.4 de l'ordre du jour

Réduire la charge de l'accident vasculaire cérébral : renforcer la prévention, les soins aigus, la réadaptation et la préparation opérationnelle des systèmes de santé

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²⁰

Rappelant l'engagement pris par les chefs et cheffes d'État et de gouvernement de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici à 2030 et la nécessité de progresser plus rapidement en vue d'atteindre cette finalité, selon qu'il convient, comme le prévoit l'objectif 3.4 de développement durable, ainsi que la prolongation jusqu'en 2030 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020,²¹ le Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 (décision WHA75.11 (2022)),²² et la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 ;²³

Ayant examiné les rapports du Directeur général sur les maladies non transmissibles, la résilience des systèmes de santé et la couverture sanitaire universelle ;²⁴

Considérant que les maladies cardiovasculaires, qui peuvent provoquer l'accident vasculaire cérébral (AVC), sont la cause première de mortalité due à des maladies non transmissibles et qu'elles sont à l'origine d'environ 19 millions de décès par an,²⁵ et que l'AVC constitue la deuxième cause de décès dans le monde et la troisième grande cause de handicap,²⁶ et que les maladies cardiovasculaires sont l'un des principaux facteurs de handicap dans le monde ;

Notant avec une vive inquiétude que la charge de l'AVC a rapidement augmenté dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où se concentrent environ 87 % des décès dus à un AVC, et que le nombre de nouveaux cas d'AVC et de décès dus à un AVC y a augmenté, respectivement, de 70 % et de 44 % entre 1990 et 2021 ;²⁷

Notant avec une profonde préoccupation que l'AVC reste l'une des principales causes de décès et une cause majeure de handicap, la répartition des causes et des facteurs de risque

²⁰ Document A79/5.

²¹ [Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (consulté le 2 février 2026).

²² [Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (consulté le 2 février 2026).

²³ [Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (consulté le 2 février 2026).

²⁴ Voir les documents EB158/6, EB158/26 et EB158/11.

²⁵ [Global Burden of Disease 2023](#). Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2025. (consulté le 25 septembre 2025).

²⁶ Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, *et al.* World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 2025;20(2):132–144. doi:10.1177/17474930241308142.

²⁷ GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurology*. 2024;23:973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.

évoluant tout au long de la vie, y compris pour les femmes pendant la grossesse et le post-partum, ainsi qu'en cas de prise d'une contraception orale ou de migraines, et notant par ailleurs que les femmes ont une récupération fonctionnelle plus faible et un taux de mortalité plus élevé que celui des hommes en raison de facteurs tels que l'âge, la sévérité de l'AVC, le niveau de dépendance et la dépression, tandis que l'AVC fait peser une plus lourde charge sur les hommes à un stade plus précoce, ce qui se traduit par une mortalité prématurée et des handicaps à long terme, d'où l'importance d'adopter une approche qui permette de recenser les inégalités de genre et d'y remédier aux différents stades de la vie, entre autres facteurs, notamment dans le cadre de la prévention et du traitement de l'AVC ainsi que des travaux de recherche en la matière ;

Constatant que la charge élevée dans les pays en développement est aggravée par le manque de soins disponibles en cas d'AVC, l'accès limité à des médicaments essentiels d'un prix abordable, des services de réadaptation inadéquats et une forte prévalence de facteurs de risque et de pathologies non contrôlés tels que, sans toutefois s'y limiter, l'hypertension, le diabète, l'obésité, la dyslipidémie, l'inactivité physique, la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool, l'usage illicite de drogues et la pollution atmosphérique, ainsi que la fibrillation auriculaire non diagnostiquée ou mal traitée et d'autres maladies cardiovasculaires ;

Constatant que l'AVC entraîne des coûts sociaux et économiques importants, notamment des dépenses de santé directes et des coûts indirects dus à une perte de productivité et aux besoins de soins au long cours, qui engendrent souvent une dépendance à des prestations informelles de soins, ce qui compromet le développement et la sécurité financière des ménages en augmentant les dépenses de santé à la charge des patientes et patients et la dépendance à long terme ;²⁸

Préoccupée par le fait que les systèmes de santé de plusieurs États Membres, en particulier dans les pays en développement et dans les Régions aux ressources limitées, manquent de services intégrés et coordonnés dédiés à l'AVC, de la prévention primaire et des mécanismes d'urgence disponibles en cas d'AVC à l'accès rapide à l'imagerie, aux traitements de reperfusion et aux médicaments essentiels, en passant par la réadaptation, le soutien communautaire et les soins de suite à long terme ;

Prenant note des éléments attestant, dans certains pays, de lacunes critiques sur toute la gamme de soins dédiés à l'AVC, telles que les faibles taux de dépistage et de traitement de l'hypertension et d'autres facteurs de risque ; la faible sensibilisation du public aux signes d'AVC et le manque de soins d'urgence préhospitaliers ; l'accès restreint aux services essentiels de neuro-imagerie ; la disponibilité limitée d'unités dédiées à l'AVC et de services de thrombolyse, de thrombectomie et de neurochirurgie ; la prévention secondaire sous-optimale ; les capacités insuffisantes en matière de réadaptation et de soutien à long terme ; le manque de registres nationaux et de données sur l'AVC et la nécessité de renforcer ces aspects pour orienter les politiques ; la pénurie d'agentes et agents de santé formés au sein des parcours de soins primaires, de soins d'urgence, de soins aigus et de soins de réadaptation ; et les disparités géographiques significatives en matière d'accès ;

Prenant acte de la nécessité d'un leadership mondial résolu et d'une action coordonnée passant par le renforcement des capacités techniques de l'OMS en matière de maladies non transmissibles et la création d'unités nationales multisectorielles dédiées à l'AVC au sein des

²⁸ [Principaux repères de l'OMS sur l'AVC](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (consulté le 2 février 2026).

États Membres²⁹ afin de remédier aux lacunes et aux inégalités existantes dans le parcours de soins consacré à l'AVC, ce qui contribuerait à réduire le taux de la mortalité prématurée et de handicap et à renforcer la résilience des systèmes de santé conformément à l'objectif 3.4 de développement durable ;

Soulignant que la prise en charge efficace de l'AVC nécessite des mesures tout au long de la vie et à tous les niveaux du système de santé, notamment une prévention primaire renforcée, et qu'il existe de nombreuses interventions fondées sur des données probantes et d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire l'incidence de l'AVC et améliorer les résultats, y compris le contrôle de l'hypertension ; la prise en charge du diabète et de la dyslipidémie ; le dépistage de la fibrillation auriculaire ; la réduction de la consommation de sel ; la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ; le sevrage tabagique effectif ; l'adoption de stratégies, d'interventions et de politiques relatives à l'alcool conformes au Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030³⁰ pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique ; les mesures de riposte face à l'usage illicite de drogues ; la réduction de la pollution atmosphérique ; les services d'urgence médicale rapides et coordonnés ; l'accès à des soins spécialisés dans les unités de soins dédiées à l'AVC et à des traitements de reperfusion tels que la thrombolyse et la thrombectomie mécanique ; la disponibilité d'anticoagulants en cas de fibrillation auriculaire ; et l'accès à la réadaptation à long terme, à la réintégration au sein de la communauté et au soutien social, tout en notant avec préoccupation que l'adoption, l'expansion et la mise en œuvre équitable de ces interventions demeurent insuffisantes dans de nombreux pays ;

Soulignant qu'il est indispensable de continuer d'intégrer la prévention, la maîtrise et la prise en charge de l'AVC dans les stratégies nationales de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques, ainsi que dans les plans relatifs à la couverture sanitaire universelle, afin de favoriser un accès équitable à l'intégralité des soins, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité, et de réduire les inégalités en matière de santé ;

Saluant le rôle essentiel que jouent le renforcement des systèmes de santé, la santé numérique, les produits de diagnostic, y compris l'imagerie, la formation du personnel et l'intégration des services de réadaptation pour ce qui est de réduire de façon mesurable les taux de mortalité et de handicap liés à l'AVC ;

Notant que l'OMS n'a pas élaboré de résolution ciblée traitant de manière exhaustive de l'AVC, qui tienne compte de la prévention, des soins aigus, de la réadaptation et de la préparation opérationnelle des systèmes, et qui prenne acte des contraintes de temps particulières appelant des soins d'urgence coordonnés, et sachant que le moment est opportun pour favoriser une action coordonnée au niveau national et mondial ;

Affirmant l'importance des registres nationaux normalisés sur l'AVC et des systèmes de surveillance pour suivre avec précision l'incidence, la prévalence, les taux de mortalité et de handicap, la qualité des soins et les données rapportées par les patientes et patients, ce qui est essentiel à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et à l'allocation des ressources,

²⁹ Document WHA75/2022/REC/1, annexe 8 : Feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030.

³⁰ [Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024](#) (consulté le 2 février 2026).

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,³¹ selon leur situation et leurs capacités nationales, et le cas échéant :

- 1) à considérer l'AVC comme l'un des principaux problèmes de santé publique dans les stratégies nationales de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques, ainsi que dans la planification de la couverture sanitaire universelle, en l'assortissant d'objectifs spécifiques, sur un éventail de soins allant de la prévention à la réadaptation en passant par les soins aigus ;
- 2) à mettre en œuvre et à renforcer des mesures de prévention au niveau de la population ainsi que des mesures visant à réduire les inégalités en santé dont il est prouvé qu'elles font diminuer le risque d'AVC, y compris, mais sans s'y limiter, la mise en œuvre de programmes de détection et de maîtrise à grande échelle pour l'hypertension, le diabète, l'obésité et la dyslipidémie ; l'adoption d'une législation, d'une réglementation, de politiques et de mesures, selon le cas, visant à réduire les niveaux excessifs de graisses saturées, de sucres libres et de sodium dans les produits alimentaires ; l'appui à un sevrage tabagique efficace ; l'adoption de stratégies, d'interventions et de politiques de lutte contre l'alcool conformément au Plan d'action mondial sur l'alcool 2022-2030 pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique ; la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, ainsi que la mise en œuvre de programmes de littératie en santé et de programmes éducatifs en milieu scolaire afin de favoriser des habitudes saines chez les enfants et les adolescents ; et des mesures visant à réduire la pollution de l'air intérieur et ambiant, en fonction du contexte national ;
- 3) à favoriser l'état de préparation des soins primaires en élaborant et en mettant en œuvre des protocoles nationaux de prise en charge de l'AVC à des fins de prévention grâce à un dépistage des facteurs de risque systématique et à grande échelle, notamment l'hypertension, l'hyperglycémie/le diabète, la dyslipidémie et la fibrillation auriculaire ; en favorisant l'approvisionnement continu en médicaments essentiels permettant de maîtriser la tension artérielle, la glycémie et le taux de lipides, ainsi qu'en antiagrégants plaquettaires et en anticoagulants, le cas échéant, et l'accès abordable à ceux-ci ; en intégrant des conseils visant à modifier les modes de vie à risque lors des consultations de routine en soins primaires, à l'aide de méthodes efficaces et fondées sur des données probantes ; et en fixant des cibles mondiales concernant le niveau de couverture pour la lutte contre l'hypertension artérielle ;
- 4) à renforcer les systèmes de soins d'urgence afin que les patients et patientes chez qui on soupçonne un AVC aigu bénéficient d'un triage opportun, d'un transport rapide et d'un accès à des examens d'imagerie et à des traitements de reperfusion, selon l'évolution clinique :
 - a) en définissant et en déterminant les niveaux de préparation à la prise en charge de l'AVC des établissements de soins d'urgence à l'aide de normes minimales de capacités en ce qui concerne l'imagerie, l'accès aux laboratoires, la formation du personnel et les capacités de thrombolyse ;
 - b) en mettant en place des protocoles de reconnaissance et de triage préhospitaliers de l'AVC, des campagnes de sensibilisation du public pour une prise en

³¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

charge précoce et une rationalisation des mécanismes d'orientation entre les soins primaires, les services d'urgence et les unités spécialisées ;

c) en sensibilisant les personnels de santé des systèmes de soins d'urgence aux différences entre les femmes et les hommes au niveau des symptômes de l'AVC afin de garantir des soins équitables pour toutes et tous ;

5) à élargir l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun, y compris la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ou d'autres solutions validées, le cas échéant, et les examens de laboratoire essentiels nécessaires à la prise en charge de l'AVC aigu ;

6) à renforcer les interventions d'urgence fondées sur des données probantes, notamment la thrombolyse intraveineuse, s'il y a lieu, et les systèmes permettant la thrombectomie endovasculaire dans les centres de référence, ainsi que la mise en œuvre de protocoles de soins standardisés pour les hémorragies intracérébrales aiguës, y compris la maîtrise rapide de la tension artérielle et la correction de la coagulopathie, et des procédures de prise en charge spécialisées pour les hémorragies sous-arachnoïdiennes garantissant l'accès aux soins neurochirurgicaux dans les centres de référence grâce à des protocoles de transfert rapide et de coopération entre établissements ;

7) à investir dans des unités multidisciplinaires spécialisées dans l'AVC et la réadaptation, en veillant à ce que les unités hospitalières disposent d'équipes multidisciplinaires comprenant notamment des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et du personnel infirmier et médical, et en mettant en place le modèle de l'ESD (pour « Early Supported Discharge ») qui accompagne et conditionne le retour à la maison, des soins palliatifs et des soins de fin de vie, le cas échéant, ainsi que des services de réadaptation fondés sur la communauté et de soutien social pour les personnes ayant survécu à un AVC afin d'optimiser leur récupération fonctionnelle et leur réintégration ;

8) à faciliter la mise en place et la tenue à jour de registres nationaux et de systèmes de surveillance afin de recueillir des données normalisées, notamment des informations sur l'incidence de l'AVC et des données sur les indicateurs clés de l'AVC, ventilées selon le sexe, la mortalité, les facteurs de risque, la disponibilité des services, les taux de traitement par reperfusion, le temps nécessaire à l'administration d'un traitement, l'accès à la réadaptation, les résultats fonctionnels, les données rapportées par le patient ou la patiente et la qualité de la vie à long terme, afin d'orienter les politiques, de suivre les progrès et de permettre une amélioration de la qualité ;

9) à renforcer les personnels de santé en intégrant la prévention de l'AVC, les soins aigus et la réadaptation dans les programmes de formation initiale et en cours d'emploi pour les médecins, le personnel infirmier, les professions de santé apparentées et les agents et agentes de santé communautaire ; à appuyer le partage des tâches, le cas échéant, à l'aide de cadres de compétences clairs et d'une gouvernance clinique ; et à mettre en œuvre des stratégies de maintien en poste et d'incitation pour les zones mal desservies ;

10) à promouvoir un accès équitable et abordable en faisant en sorte que les investissements et l'expansion des services ciblent les populations rurales, mal desservies et à faibles revenus, en mettant en place des mécanismes de protection financière afin de réduire les dépenses à la charge des patients et patientes en matière de prise en charge et de réadaptation après un AVC ;

- 11) à adopter et à mettre en œuvre des protocoles cliniques et des mécanismes d'assurance de la qualité, y compris des recommandations cliniques nationales pour la prévention et les soins de l'AVC, les systèmes de vérification et d'examen par les pairs, les indicateurs de performance et les processus d'amélioration continue de la qualité tout au long du parcours de soins lié à l'AVC ;
- 12) à favoriser la collaboration régionale et entre les pays en ce qui concerne la formation commune, les réseaux d'orientation, l'achat groupé de médicaments et de produits consommables essentiels, par exemple en matière de télémédecine/ téléradiologie, et les centres d'excellence régionaux qui peuvent assurer des fonctions de mentorat et fournir des renforts mobilisables en cas d'urgence ;
- 13) à étudier et à mobiliser, selon le cas, un financement durable pour lutter contre l'AVC, grâce à des ressources nationales et internationales, des mécanismes de financement commun innovants, l'alignement avec les programmes des donateurs concernés, et l'intégration des services liés à l'AVC dans l'ensemble des prestations de la couverture sanitaire universelle afin de favoriser l'accessibilité et l'évolutivité à long terme ;
- 14) à associer les communautés et la société civile, y compris les organisations de personnes ayant survécu à un AVC et leurs proches aidants, à la conception et au suivi des politiques et des services, à la sensibilisation du public et au respect des mesures de prévention secondaire, ainsi qu'à la lutte contre la stigmatisation associée au handicap ;
- 15) à intégrer des solutions de santé numérique, y compris, notamment, les registres, la télémédecine, la téléradiologie, l'aide à la décision clinique et la santé mobile pour le suivi et la réadaptation, de manière à garantir l'interopérabilité, la protection des données, l'inclusion et l'alignement avec les stratégies nationales de santé numérique ;
- 16) à renforcer les capacités des personnels en formant les professionnels et professionnelles de santé sur l'ensemble du continuum de soins, des prestataires de soins primaires aux urgentistes, neurologues et spécialistes de la réadaptation, à la prise en charge de l'AVC fondée sur des données probantes ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer des orientations normatives et des outils techniques à l'intention des États Membres sur la prévention globale de l'AVC, l'état de préparation des soins aigus, la réadaptation et le soutien à long terme, en insistant sur la promotion de l'équité en santé, des droits et de l'égalité des genres ;
- 2) d'intégrer l'AVC dans les stratégies mondiales existantes de lutte contre les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques qui peuvent être adaptées aux situations nationales ;
- 3) d'aider les États Membres, en particulier les pays en développement, à renforcer leurs capacités à adopter des modèles de prise en charge de l'AVC adaptés aux niveaux de ressources ;
- 4) de faciliter la surveillance mondiale de l'AVC et l'établissement de rapports à leur sujet, en harmonie avec les systèmes existants de l'OMS pour la surveillance des maladies cardiovasculaires, des troubles neurologiques et de la couverture sanitaire universelle ;

- 5) de promouvoir la recherche et la production de données portant sur des interventions adaptées au contexte et présentant un bon rapport coût/efficacité en matière de prévention de l'AVC, de prise en charge d'urgence et de réadaptation dans les pays en développement ;
- 6) d'appuyer l'accès équitable aux médicaments essentiels et d'établir des listes de priorités pour la prévention de l'AVC et les soins aigus, notamment en ce qui concerne les médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie, les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants, les agents thrombolytiques et les capacités d'imagerie de base, en donnant des avis sur les stratégies d'approvisionnement et la résilience de la chaîne d'approvisionnement, et en envisageant des mécanismes d'achats groupés lorsque cela est possible ;
- 7) d'encourager la coopération régionale et les partenariats techniques, y compris, selon que de besoin, la création ou la désignation de centres régionaux d'excellence pour les soins liés à l'AVC capables de dispenser des formations, de veiller à l'assurance de la qualité et de fournir des renforts mobilisables en cas d'urgence ;
- 8) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé en lui soumettant le rapport établi en application de la décision WHA72(11) (2019) sur les suites données à la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui couvre également les résultats de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ainsi que la promotion de la santé mentale et du bien-être, ainsi que des progrès réalisés en matière de prise en charge de l'AVC dans le cadre du programme d'action mondial contre les maladies non transmissibles et du Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 ;³²

3. ENCOURAGE les parties prenantes concernées, notamment les organisations intergouvernementales, les organismes philanthropiques, les établissements d'enseignement, les associations professionnelles, la société civile, les partenaires du secteur privé et les donateurs, à soutenir les États Membres et, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et le cas échéant, l'OMS dans la mise en œuvre des mesures préconisées dans la présente résolution, selon qu'il convient.

³² Voir la décision WHA75(11) (2022).

Point 12.4 de l'ordre du jour**Promouvoir une pharmacovigilance intelligente et efficace comme un outil essentiel pour des systèmes de santé robustes, durables, résilients et réactifs, pour toutes et tous, partout**

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;³³

Rappelant la résolution WHA16.36 (1963) appelant instamment à la notification systématique des réactions indésirables graves aux médicaments et à la mise en place d'une pharmacovigilance internationale, comprenant le Programme OMS de pharmacovigilance internationale et la désignation du Centre de pharmacovigilance d'Uppsala comme Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance internationale ;

Prenant note des résolutions WHA60.20 (2007), WHA61.21 (2008), WHA62.16 (2009), WHA63.12 (2010), WHA65.17 (2012), WHA65.19 (2012), WHA66.22 (2013), WHA67.20 (2014), WHA67.21 (2014), WHA67.22 (2014), WHA68.7 (2015), WHA71.8 (2018) et WHA72.8 (2019), qui traitent toutes, sous différents aspects, de la nécessité de promouvoir l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires de qualité, sûrs, efficaces et abordables³⁴ selon qu'il conviendra ;

Rappelant la résolution WHA61.21, la décision WHA71(9) (2018) et le document A71/12, dans la mesure où ils traitent du rôle du transfert de technologie et de la production locale de médicaments et d'autres technologies sanitaires dans l'amélioration de l'accès, selon qu'il conviendra ;

Rappelant la résolution WHA73.1 (2020) sur une riposte globale et coordonnée à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), qui demande que la coopération et la solidarité internationales soient renforcées en vue de contenir, d'atténuer et de vaincre la pandémie et ses conséquences par des actions axées sur l'être humain et qui tiennent compte des inégalités de genre ;

Réaffirmant l'engagement envers l'objectif de développement durable 3.8 visant à instaurer la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès à des vaccins et des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour toutes et tous ;

Prenant note des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et d'autres urgences de santé publique, qui ont mis en lumière le rôle essentiel de systèmes de pharmacovigilance fonctionnels pour la détection et la gestion rapides des signaux de sécurité associés aux nouveaux produits de santé, y compris les vaccins et les dispositifs médicaux, et, de la même manière, d'une communication sur les risques en temps utile, transparente et précise comme moyen d'informer le public, de favoriser une prise de décisions éclairée et de renforcer la confiance dans les interventions de santé publique ;

³³ Document A79/5.

³⁴ Les médicaments et autres technologies sanitaires comprennent les produits pharmaceutiques, les vaccins, les produits biopharmaceutiques et les dispositifs médicaux.

Constatant que les données de pharmacovigilance indiquent des profils de sécurité distincts selon le sexe et l'âge et qu'il peut exister des différences en matière de notification, de résultats et de vulnérabilité aux événements indésirables ;^{35,36}

Constatant également que, malgré les progrès accomplis au niveau mondial, d'importantes inégalités persistent en matière de capacités de pharmacovigilance, de nombreux pays en développement étant confrontés à des contraintes en termes de capacités et de ressources et fournissant une part disproportionnellement faible des données de sécurité mondiales, ce qui se traduit par une protection inégale des populations contre les événements indésirables et limite la qualité et l'exhaustivité des données de sécurité mondiales ;

Constatant l'émergence d'une multitude de systèmes parallèles de surveillance de la sécurité dans les pays, utilisés par divers programmes de traitement des maladies, qui fonctionnent souvent de manière cloisonnée et peuvent conduire à une utilisation inefficace des ressources et à une dispersion des données ;

Considérant le rôle essentiel des autorités nationales et régionales de réglementation et des institutions mondiales, leur collaboration, la nécessité de disposer de systèmes de pharmacovigilance complets et intégrés permettant une évaluation des avantages et des risques des médicaments et d'autres technologies sanitaires qui soit solide, fondée sur des données probantes et réalisée en temps utile ;

Considérant également que la collaboration entre les autorités nationales et régionales et les institutions mondiales est également essentielle pour combler les lacunes en matière de renforcement des capacités ;

Considérant en outre que de bonnes pratiques de vigilance, y compris au niveau de la production locale, sont essentielles pour favoriser l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces et de qualité garantie dans un pays donné ;

Prenant note du potentiel transformateur des technologies numériques, des données réelles et de l'intelligence artificielle pour améliorer la surveillance de la sécurité, la détection des signaux et la prise de décisions en matière de réglementation ;

Prenant en considération les difficultés liées aux principes de gouvernance des données, de respect de la vie privée, d'interopérabilité, d'accès aux données,^{37,38} et d'acceptation par les organismes de réglementation ;

³⁵ Watson S, Caster O, Rochon PA, den Ruijter H. Reported adverse drug reactions in women and men: aggregated evidence from globally collected individual case reports during half a century. *eClinicalmedicine*. 2019 Dec;17:100188. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.10.001.

³⁶ Aurich B, Apele-Freimane D, Banaschewski T, Chouchana L, Day S, Kaguelidou F, et al. c4c: Paediatric pharmacovigilance: Methodological considerations in research and development of medicines for children – A c4c expert group white paper. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2021 Oct 26;88(12):4997-5016. doi: 10.1111/bcp.15119.

³⁷ [VigiBase data access conditions](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (consulté le 29 janvier 2026).

³⁸ [VigiAccess: frequently asked questions](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2026 (consulté le 29 janvier 2026).

Soulignant que des stratégies de pharmacovigilance intelligentes, fondées sur les risques, intégrées et collaboratives peuvent maximiser l'impact de ressources de santé publique limitées, améliorer la rapidité de la détection des signaux de sécurité, éviter les doublons et favoriser la confiance, le partage des tâches et l'harmonisation de la prise de décisions parmi les États Membres et les Régions ;

Sachant que la mésinformation et la désinformation à propos de la sécurité des médicaments, des vaccins et des dispositifs médicaux, et plus généralement à propos de la science, peuvent gravement compromettre la confiance du public dans ces produits qui sauvent des vies et dans les programmes de santé publique, et causer des préjudices ;

Affirmant que le renforcement de la pharmacovigilance contribue à la confiance du public dans les systèmes de santé et les programmes de vaccination,^{39,40} améliore la sécurité des patients et patientes et constitue un élément essentiel pour atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle et de la préparation aux futures urgences sanitaires, y compris l'adoption et l'impact des normes et des critères relatifs à la pharmacovigilance intelligente ; en outre, le renforcement de la pharmacovigilance a un impact économique significatif, car il optimise l'allocation des ressources et réduit les coûts plus généraux associés aux événements indésirables ;

Notant que les États Membres continuent d'accéder à toutes les ressources et à tous les services déjà proposés par l'OMS par l'intermédiaire du Centre de pharmacovigilance d'Uppsala en tant que Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance internationale, et de bénéficier de ces ressources et services,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁴¹ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à favoriser l'intégration des systèmes de vigilance afin d'optimiser l'utilisation des données et des éléments de preuve en matière de vigilance, en vue d'une réglementation plus complète des médicaments et des autres technologies sanitaires, ainsi que des soins aux patientes et patients ;
 - 2) à renforcer les systèmes nationaux de pharmacovigilance, y compris les systèmes de notification pour les patientes et patients/consommatrices et consommateurs, afin que les patientes et patients et le personnel soignant puissent facilement signaler les événements indésirables aux autorités/institutions sanitaires, et à soutenir les efforts d'éducation et de sensibilisation sur la manière d'identifier et de notifier ces événements ;
 - 3) à renforcer et à moderniser les systèmes nationaux de pharmacovigilance en tant que partie intégrante des systèmes de réglementation, le cas échéant, y compris, s'il y a lieu, par une gouvernance adéquate, un financement national et international et des capacités en ressources humaines (en plus des ressources fournies gratuitement par l'OMS aux États Membres par l'intermédiaire du Centre de pharmacovigilance d'Uppsala) ;

³⁹ Iessa N, Sarinic VM, Ghazaryan L, Romanova N, Alemu A, Rungapiromnan W, *et al.* Smart Safety Surveillance (3S): Multi-Country Experience of Implementing the 3S Concepts and Principles. *Drug Safety*. 2021 Oct;44(10):1085–98. doi: 10.1007/s40264-021-01100-z.

⁴⁰ [Unmasking safety signals during a pandemic](#). Technical meeting report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (consulté le 29 janvier 2026).

⁴¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 4) à envisager ou à renforcer l'application des principes de sécurité et de vigilance au-delà des médicaments et des vaccins, afin d'inclure d'autres produits de santé pertinents ;
- 5) à adopter des approches de la pharmacovigilance fondées sur des données probantes, intelligentes et efficaces, en s'attaquant aux risques les plus importants et en donnant la priorité aux activités et aux produits à fort impact, et à participer, s'il y a lieu, aux travaux et aux mécanismes de confiance au niveau régional ou mondial afin d'optimiser l'utilisation des ressources ;
- 6) à élaborer ou à renforcer les cadres juridiques et réglementaires, les lignes directrices et les manuels pertinents afin de soutenir, le cas échéant, les bonnes pratiques de pharmacovigilance en tant que responsabilité essentielle des fabricants, y compris au niveau de la production locale, pour des médicaments essentiels de qualité garantie ;
- 7) à exploiter les données réelles, les plateformes numériques et les outils innovants, y compris l'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique, d'une manière sûre, transparente et éthique, afin d'améliorer la détection des signaux de sécurité et la réponse à ceux-ci, tout en maintenant la confiance du public ;
- 8) à promouvoir l'intégration des considérations de sécurité liées au sexe et à l'âge tout au long du développement, de la réglementation et de l'utilisation des médicaments et à renforcer les systèmes de pharmacovigilance qui collectent, analysent et utilisent systématiquement des données ventilées par sexe et par âge sur les événements indésirables pour divers groupes de population ;
- 9) à intégrer la pharmacovigilance dans les stratégies pertinentes qui font progresser la couverture sanitaire universelle, de manière à assurer une surveillance de la sécurité des patientes et patients à tous les niveaux de soins ;
- 10) à intégrer la formation à la pharmacovigilance dans les établissements d'enseignement et à renforcer les capacités de réglementation et la formation des personnels en matière de pharmacovigilance ;
- 11) à collaborer avec les parties prenantes locales, régionales et mondiales, y compris les programmes de santé publique, les établissements universitaires, le secteur privé, le cas échéant, et les organisations de patientes et patients, afin de renforcer la pharmacovigilance et le partage des connaissances ;
- 12) à établir ou à utiliser davantage, le cas échéant, les plateformes de coordination de la pharmacovigilance avec les partenaires et les parties prenantes au niveau national, régional et mondial, afin d'optimiser les ressources et de prendre des décisions en temps utile ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à mettre à jour les orientations normatives mondiales et les outils techniques existants ou, si nécessaire, d'en élaborer de nouveaux, en consultation avec les États Membres, afin de soutenir la « pharmacovigilance intelligente », en tenant compte des données probantes réelles et de l'utilisation éthique de l'intelligence artificielle à des fins de pharmacovigilance, et de s'aligner sur les initiatives existantes dans ce domaine ;
- 2) de consolider les indicateurs de performance des systèmes de pharmacovigilance et de fournir un appui technique aux États Membres qui en font la demande pour l'évaluation et

l'amélioration de leurs systèmes de pharmacovigilance, y compris l'adoption et l'impact des normes et des critères en matière de pharmacovigilance intelligente ;

3) de continuer à renforcer la collaboration internationale et le partage d'informations, la confiance et le partage du travail pour une pharmacovigilance efficace parmi les États Membres et les Régions, et de continuer à prendre des mesures pour renforcer les connaissances en matière de santé dans le domaine de la pharmacovigilance afin de lutter contre la désinformation et la mésinformation, notamment en facilitant l'accès à des informations fondées sur des données probantes et sur la science ;

4) de soutenir la qualité des données, l'interopérabilité et la participation équitable de tous les États Membres, y compris les pays en développement, en s'appuyant sur les bases de données mondiales⁴² tout en respectant la souveraineté et la sécurité des données ;

5) de promouvoir le développement des capacités par des programmes de formation destinés aux personnels du secteur des soins de santé et des secteurs connexes, y compris l'échange de connaissances, et la diffusion des meilleures pratiques en matière de conception et d'exploitation des systèmes de pharmacovigilance ;

6) de faire rapport aux Quatre-Vingt-Unième, Quatre-Vingt-Troisième et Quatre-Vingt-Cinquième Assemblées mondiale de la Santé en 2028, 2030 et 2032 respectivement, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution et sur l'état des systèmes mondiaux de pharmacovigilance, y compris leur contribution à la couverture sanitaire universelle et à la préparation aux urgences sanitaires.

⁴² Voir [The global medicines safety database](#) (consulté le 30 janvier 2026).

Point 12.4 de l'ordre du jour**Projet de stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins critiques
et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035**

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,⁴³

A décidé :

- 1) d'adopter la Stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035 ;
- 2) de prier le Directeur général de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale lorsqu'il rendrait compte de l'application de la résolution WHA76.2 (2023) en 2027 et en 2029, puis en 2031 et en 2035.

⁴³ Document A79/5.

Point 12.4 de l'ordre du jour**Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance**

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,⁴⁴

A décidé :

- 1) de reporter l'examen de la stratégie mondiale proposée sur le don et la transplantation ;
- 2) de demander au Directeur général de poursuivre l'élaboration de la stratégie mondiale proposée et de la soumettre à l'examen de la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session.

⁴⁴ Document A79/5.