



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

# **SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**

**GENÈVE, 20-28 MAI 2019**

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS  
ANNEXES**

**GENÈVE  
2019**

---

## ABRÉVIATIONS

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

|         |  |
|---------|--|
| AIEA    | – Agence internationale de l'énergie atomique  |
| BIT     | – Bureau international du travail  |
| CIRC    | – Centre international de recherche sur le cancer  |
| CNUCED  | – Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement                                       |
| FAO     | – Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture                                    |
| FIDA    | – Fonds international de développement agricole  |
| FMI     | – Fonds monétaire international  |
| HCR     | – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés  |
| OACI    | – Organisation de l'aviation civile internationale   |
| OCDE    | – Organisation de coopération et de développement économiques  |
| OICS    | – Organe international de contrôle des stupéfiants   |
| OIE     | – Organisation mondiale de la santé animale  |
| OIM     | – Organisation internationale pour les migrations  |
| 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   |
| ONU     | – Organisation des Nations Unies   |
| ONUDC   | – Office des Nations Unies contre la drogue et le crime  |
| 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  |
| PNUD    | – Programme des Nations Unies pour le développement  |
| PNUE    | – Programme des Nations Unies pour l'environnement   |
| UIT     | – Union internationale des télécommunications  |
| UNESCO  | – Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture                              |
| UNFPA   | – Fonds des Nations Unies pour la population   |
| UNICEF  | – Fonds des Nations Unies pour l'enfance   |
| UNRWA   | – Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient |

---

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

## AVANT-PROPOS

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 20 au 28 mai 2019, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent quarante-troisième session.<sup>1</sup>

---

---

<sup>1</sup> Décision EB143(5) (2018).



## TABLE DES MATIÈRES

|   | <b>Pages</b> |
|---|--------------|
| Avant-propos.....   | iii          |
| Ordre du jour.....  | ix           |
| Liste des documents.....  | xv           |
| Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions..... | xxiii        |

## RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

### Résolutions

|          |   |    |
|----------|---|----|
| WHA72.1  | Budget programme 2020-2021 .....  | 3  |
| WHA72.2  | Soins de santé primaires .....  | 6  |
| WHA72.3  | Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires :<br>perspectives et enjeux .....  | 7  |
| WHA72.4  | Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations<br>Unies sur la couverture sanitaire universelle.....  | 12 |
| WHA72.5  | Résistance aux antimicrobiens .....   | 17 |
| WHA72.6  | Action mondiale pour la sécurité des patients .....   | 21 |
| WHA72.7  | Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé.....  | 26 |
| WHA72.8  | Améliorer la transparence des marchés de médicaments, de vaccins et d'autres<br>produits sanitaires.....  | 31 |
| WHA72.9  | État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres<br>redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application<br>de l'article 7 de la Constitution ..... | 34 |
| WHA72.10 | Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République<br>centrafricaine.....   | 35 |
| WHA72.11 | Nomination du Commissaire aux comptes .....   | 36 |

|                  | <b>Pages</b>   |
|------------------|--|
| WHA72.12         | Barème des contributions pour 2020-2021 ..... 36   |
| WHA72.13         | Traitements du personnel hors classes et du Directeur général ..... 41   |
| WHA72.14         | Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République bolivarienne du Venezuela..... 41   |
| WHA72.15         | Onzième Révision de la Classification internationale des maladies..... 43  |
| WHA72.16         | Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées ..... 44  |
| <b>Décisions</b> |  |
| WHA72(1)         | Composition de la Commission de vérification des pouvoirs..... 49  |
| WHA72(2)         | Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé ..... 49   |
| WHA72(3)         | Élection du bureau des commissions principales..... 49   |
| WHA72(4)         | Constitution du Bureau de l'Assemblée ..... 50   |
| WHA72(5)         | Adoption de l'ordre du jour ..... 50   |
| WHA72(6)         | Vérification des pouvoirs..... 50  |
| WHA72(7)         | Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif ..... 51   |
| WHA72(8)         | Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ..... 51  |
| WHA72(9)         | Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains..... 52 |
| WHA72(10)        | Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement..... 52  |
| WHA72(11)        | Suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles..... 53  |
| WHA72(12)        | Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages ..... 55   |
| WHA72(13)        | Incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya..... 56   |

|  | <b>Pages</b> |
|--|--------------|
| WHA72(14) Promotion de la santé des réfugiés et des migrants .....   | 57           |
| WHA72(15) Rapport du Commissaire aux comptes .....   | 57           |
| WHA72(16) Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2018-2019, avec les états financiers vérifiés pour 2018 .....   | 57           |
| WHA72(17) Ressources humaines : rapport annuel.....  | 58           |
| WHA72(18) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS ....  | 58           |
| WHA72(19) 2020 : Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier .....   | 58           |
| WHA72(20) Journée mondiale de la maladie de Chagas .....   | 58           |
| WHA72(21) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (pour remplacer ou compléter la terminologie introduisant une considération de sexe).....  | 59           |
| WHA72(22) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (rapport de la Présidente du Conseil exécutif sur les résultats de la consultation informelle sur la réforme de la gouvernance).....   | 59           |
| WHA72(23) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (pour remédier aux ambiguïtés d'interprétation et aux lacunes dans le processus d'inscription à l'ordre du jour de points additionnels, supplémentaires ou urgents et parer à d'autres ambiguïtés, lacunes et insuffisances des règlements intérieurs des organes directeurs)..... | 60           |
| WHA72(24) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé   | 60           |

## ANNEXES

|   |     |
|---|-----|
| 1. Déclaration d'Astana .....   | 63  |
| 2. Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains ..... | 68  |
| 3. Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement.....   | 93  |
| 4. Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits: recommendations of the Advisory Group, and amended footnote to Annex 2 of the PIP Framework .....  | 99  |
| 5. Plan d'action mondial pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2023   | 109 |
| 6. Amendement au contrat du directeur général .....   | 120 |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 7. | Exemples d'emploi d'une terminologie introduisant une considération de sexe dans la version anglaise du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé et amendements..... | 122 |
| 8. | Texte des articles amendés du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé.....  | 123 |
| 9. | Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé .....                                     | 128 |

---

# ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>

## SÉANCES PLÉNIÈRES

*Numéro  
du point*

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé
  - 1.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
  - 1.2 Élection du président
  - 1.3 Élection 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. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante-troisième et cent quarante-quatrième sessions
3. Allocution du D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
4. [supprimé]
5. [supprimé]
6. Conseil exécutif : élection
7. Distinctions
8. Rapports des commissions principales
9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

## COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission<sup>2</sup>
11. Questions prioritaires stratégiques
  - 11.1 Projet de budget programme 2020-2021

---

<sup>1</sup> Adopté à la deuxième séance plénière.

<sup>2</sup> Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

11.2 Urgences de santé publique : préparation et action

- Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
- Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire
- Règlement sanitaire international (2005)

11.3 Poliomyélite

- Éradication
- Transition

11.4 Mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

11.5 Couverture sanitaire universelle

- Soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle
- Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires : perspectives et enjeux
- Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle

11.6 Santé, environnement et changements climatiques

11.7 Accès aux médicaments et aux vaccins

11.8 Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé

- Résistance aux antimicrobiens
- Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles
- Mettre fin à la tuberculose

12. Autres questions techniques

12.1 Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages

12.2 Dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés

12.3 [transféré à la Commission B]

- 12.4 Promotion de la santé des réfugiés et des migrants
- 12.5 Sécurité des patients
  - Action mondiale pour la sécurité des patients
  - Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé
- 12.6 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
- 12.7 [transféré à la Commission B]
- 12.8 [transféré à la Commission B]
- 12.9 [transféré à la Commission B]
- 12.10 [transféré à la Commission B]

## COMMISSION B

- 13. Ouverture des travaux de la Commission<sup>1</sup>
- 14. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
- 15. Questions financières
  - 15.1 Informations générales sur la situation financière : budget programme 2018-2019
  - 15.2 Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2018-2019, avec les états financiers vérifiés pour 2018
  - 15.3 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
  - 15.4 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés
  - 15.5 Barème des contributions
  - 15.6 [supprimé]
  - 15.7 [supprimé]

---

<sup>1</sup> Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

16. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance
  - 16.1 Rapport du Commissaire aux comptes
  - 16.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
  - 16.3 Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
  - 16.4 Nomination du Commissaire aux comptes
17. Questions relatives au personnel
  - 17.1 Ressources humaines : rapport annuel
  - 17.2 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
  - 17.3 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
  - 17.4 Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
  - 17.5 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies
18. Questions relatives à la gestion, à l'administration et à la gouvernance
  - 18.1 Processus de réforme de l'OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement
  - 18.2 Multilinguisme
  - 18.3 [supprimé]
19. Autres questions renvoyées à l'Assemblée de la Santé par le Conseil exécutif
20. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
21. Questions soumises pour information
  - 21.1 Renforcement des synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
  - 21.2 Résultat de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition

21.3 Rapports de situation

- A. Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030 (résolution WHA68.2 (2015))
- B. Réduction de la charge du mycétome (résolution WHA69.21 (2016))
- C. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))
- D. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21 (2007))
- E. Prévention de la surdité et de la déficience auditive (résolution WHA70.13 (2017))
- F. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25 (2007))
- G. Rôle du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà (décision WHA70(23) (2017))
- H. Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux (résolution WHA67.20 (2014))
- I. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16 (2007))
- J. Médecine traditionnelle (résolution WHA67.18 (2014))

12. Autres questions techniques

12.3 Ressources humaines pour la santé

12.7 Onzième Révision de la Classification internationale des maladies

12.8 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)

12.9 Soins d'urgence et de traumatologie

12.10 Incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya



## LISTE DES DOCUMENTS

|              |  |
|--------------|--|
| A72/1 Rev.1  | Ordre du jour <sup>1</sup>   |
| A72/1 Add.1  | Proposition de point supplémentaire de l'ordre du jour   |
| A72/2        | Rapport du Conseil exécutif sur ses cent quarante-troisième et cent quarante-quatrième sessions  |
| A72/3        | Allocution du D <sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général   |
| A72/4        | Projet de budget programme 2020-2021   |
| A72/5        | Projet de budget programme 2020-2021<br>Treizième programme général de travail, 2019-2023<br>Cadre d'impact de l'OMS   |
| A72/6        | Urgences de santé publique : préparation et action<br>Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire |
| A72/7        | Urgences de santé publique : préparation et action<br>Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire  |
| A72/8        | Urgences de santé publique : préparation et action<br>Règlement sanitaire international (2005)<br>Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) |
| A72/9        | Poliomyélite<br>Éradication  |
| A72/10       | Poliomyélite<br>Transition   |
| A72/11 Rev.1 | Mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030   |
| A72/12       | Couverture sanitaire universelle<br>Soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle <sup>2</sup>  |
| A72/13       | Couverture sanitaire universelle<br>Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires : perspectives et enjeux  |

---

<sup>1</sup> Voir la page ix.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 1.

- A72/14 Couverture sanitaire universelle  
Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle
- A72/15 Santé, environnement et changements climatiques  
Projet de stratégie mondiale OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains<sup>1</sup>
- A72/16 Santé, environnement et changements climatiques  
Projet de plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement<sup>2</sup>
- A72/17 Accès aux médicaments et aux vaccins
- A72/18 Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé  
Résistance aux antimicrobiens
- A72/19 Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé  
Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles
- A72/20 Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé  
Mettre fin à la tuberculose
- A72/21 et Add.1 Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages  
Mise en œuvre de la décision WHA71(11) (2018)<sup>3</sup>
- A72/22 Dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés
- A72/23 Ressources humaines pour la santé  
Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : troisième cycle de notification nationale
- A72/24 Ressources humaines pour la santé  
Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 2.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 3.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 4.

## LISTE DES DOCUMENTS

---

|                 |   |
|-----------------|---|
| A72/25 Rev.1    | Promotion de la santé des réfugiés et des migrants<br>Projet de plan d'action mondial 2019-2023 <sup>1</sup>  |
| A72/26          | Sécurité des patients<br>Action mondiale pour la sécurité des patients  |
| A72/27          | Sécurité des patients<br>Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé  |
| A72/28          | Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique  |
| A72/29 et Add.1 | Onzième Révision de la Classification internationale des maladies   |
| A72/30          | Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)  |
| A72/31          | Soins d'urgence et de traumatologie<br>Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées |
| A72/32          | Incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya  |
| A72/33          | Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé  |
| A72/34          | Informations générales sur la situation financière : budget programme 2018-2019   |
| A72/35          | Rapport sur les résultats de l'OMS<br>Budget programme 2018-2019<br>Examen à mi-parcours  |
| A72/36          | États financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2018  |
| A72/37          | État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution           |
| A72/38          | Barème des contributions pour 2020-2021   |
| A72/39          | Rapport du Commissaire aux comptes  |
| A72/40          | Rapport du vérificateur intérieur des comptes   |

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 5.

|        |   |
|--------|---|
| A72/41 | Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes   |
| A72/42 | Nomination du Commissaire aux comptes   |
| A72/43 | Ressources humaines : rapport annuel <sup>1</sup>   |
| A72/44 | Rapport de la Commission de la fonction publique internationale   |
| A72/45 | Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel   |
| A72/46 | Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l’OMS  |
| A72/47 | Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies  |
| A72/48 | Processus de réforme de l’OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Programme de transformation de l’OMS   |
| A72/49 | Processus de réforme de l’OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Réforme du système des Nations Unies pour le développement et conséquences pour l’OMS  |
| A72/50 | Processus de réforme de l’OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Réforme de l’OMS <sup>2</sup>  |
| A72/51 | Processus de réforme de l’OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Rapport de la Présidente du Conseil exécutif sur les résultats de la consultation informelle sur la réforme de la gouvernance <sup>3</sup> |
| A72/52 | Processus de réforme de l’OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Réforme de l’OMS : gouvernance <sup>3</sup>  |

---

<sup>1</sup> Voir l’annexe 6.

<sup>2</sup> Voir l’annexe 7.

<sup>3</sup> Voir l’annexe 8.

## LISTE DES DOCUMENTS

---

|                    |   |
|--------------------|---|
| A72/53             | Multilinguisme  |
| A72/54 Rev.1       | 2020 : année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier  |
| A72/54 Rev.1 Add.1 | Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>  |
| A72/55 Rev.1       | Journée mondiale de la maladie de Chagas  |
| A72/55 Rev.1 Add.1 | Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>  |
| A72/57             | Renforcement des synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac   |
| A72/58             | Résultat de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition  |
| A72/59             | Rapports de situation   |
| A72/60 Rev.1       | Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés<br>République bolivarienne du Venezuela   |
| A72/61             | Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés<br>République centrafricaine  |
| A72/62             | Informations générales sur la situation financière : budget programme 2018-2019<br>Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2018-2019, avec les états financiers vérifiés pour 2018<br>Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé |
| A72/63             | Projet de budget programme 2020-2021<br>Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé  |
| A72/64             | Processus de réforme de l'OMS, programme de transformation compris, et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le développement<br>Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé   |
| A72/65             | Ressources humaines : rapport annuel<br>Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé  |

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 9.

- A72/66 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution  
Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés  
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé
- A72/67 Rapport du Commissaire aux comptes  
Rapport du vérificateur intérieur des comptes  
Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes  
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé
- A72/68 Commission de vérification des pouvoirs
- A72/69 Premier rapport de la Commission A
- A72/70 Deuxième rapport de la Commission A
- A72/71 Premier rapport de la Commission B
- A72/72 Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
- A72/73 Deuxième rapport de la Commission B
- A72/74 Troisième rapport de la Commission A
- A72/75 Troisième rapport de la Commission B
- A72/76 Quatrième rapport de la Commission A
- A72/77 Quatrième rapport de la Commission B
- A72/78 Cinquième rapport de la Commission A
- A72/79 Sixième rapport de la Commission A
- A72/80 Septième rapport de la Commission A

**Documents d'information**

- A72/INF./1 Distinctions
- A72/INF./2 Projet de budget programme 2020-2021  
Mise en œuvre pratique du projet de budget programme 2020-2021

## LISTE DES DOCUMENTS

---

- A72/INF./3                   Projet de budget programme 2020-2021  
Aspects budgétaires de l'éradication de la poliomyélite et de la transition  
pour la poliomyélite
- A72/INF./4                   Processus de réforme de l'OMS, programme de transformation compris,  
et mise en œuvre de la réforme du système des Nations Unies pour le  
développement  
Présence de l'OMS dans les pays, territoires et zones
- A72/INF./5                   Contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2018

### **Documents divers**

- A72/DIV./1 Rev.1           Liste des délégués et autres participants
- A72/DIV./2                   Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
- A72/DIV./3                   Liste des décisions et résolutions
- A72/DIV./4                   Liste des documents
-



# PRÉSIDENTE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS<sup>1</sup>

## Président

D<sup>f</sup> Bounkong SYHAVONG  
(République démocratique populaire lao)

## Vice-Présidents

S. E. M<sup>me</sup> Socorro Flores LIERA (Mexique)  
M. Abdoulaye Diouf SARR (Sénégal)  
D<sup>f</sup> Hussein Abdul Rahman AL RAND  
(Émirats arabes unis)  
D<sup>f</sup> Alisher SHADMANOV (Ouzbékistan)  
M<sup>me</sup> Dechen WANGMO (Bhoutan)

## Secrétaire

D<sup>f</sup> Tedros Adhanom GHEBREYESUS,  
Directeur général

## Commission de vérification des pouvoirs

La Commission de vérification des pouvoirs était composée de délégués des États Membres suivants : Bahreïn, Cambodge, Érythrée, Îles Marshall, Indonésie, Libéria, Monténégro, Pologne, République dominicaine, Seychelles, Slovaquie et Suriname.

## Président :

D<sup>f</sup> Acep SOMANTRI (Indonésie)

## Vice-Président :

M. Berhane GHEBRETINSAE (Érythrée)

## Secrétaire :

M<sup>me</sup> Françoise MOURAIN-SCHUT,  
Juriste principale

## 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 États Membres suivants : Afrique du Sud, Bahamas, Chine, Congo, Cuba, Djibouti, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Honduras, Mongolie, Myanmar, Niger, République démocratique du Congo, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Somalie.

## Président :

D<sup>f</sup> Bounkong SYHAVONG  
(République démocratique populaire lao)

## Secrétaire :

D<sup>f</sup> Tedros Adhanom GHEBREYESUS,  
Directeur général

## COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 33 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

### Présidente :

D<sup>re</sup> Silvia Paula Valentim LUTUCUTA  
(Angola)

### Vice-Présidents :

D<sup>f</sup> Yasuhiro SUZUKI (Japon) et  
D<sup>f</sup> Mohammad Assai ARDAKANI  
(République islamique d'Iran)

### Rapporteuse :

M<sup>me</sup> Laura BORDÓN (Paraguay)

### Secrétaire : M. Ian ROBERTS,

Coordonnateur, Bibliothèque et réseaux  
d'information à l'appui des connaissances

## Commission B

### Président :

M. Herbert BARNARD (Pays-Bas)

### Vice-Présidents :

D<sup>re</sup> Karen GORDON-CAMPBELL (Guyana)  
et M. Abdulla AMEEN (Maldives)

### Rapporteur :

D<sup>f</sup> Ahmad Jan NAEEM (Afghanistan)

### Secrétaire :

D<sup>f</sup> Clive ONDARI, Coordonnateur,  
Sécurité et vigilance

## REPRÉSENTANTS DU CONSEIL EXÉCUTIF

M<sup>me</sup> Maria Nazareth Farani AZEVÊDO (Brésil)  
D<sup>re</sup> Päivi SILLANAUKKEE (Finlande)  
D<sup>f</sup> Simon Mfanzile ZWANE (Eswatini)  
M<sup>me</sup> Glenys BEAUCHAMP (Australie)

<sup>1</sup> En outre, la liste des délégués et autres participants figure dans le document A72/DIV./1 Rev.1.



## **RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS**



## RÉSOLUTIONS

### WHA72.1 Budget programme 2020-2021

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de budget programme 2020-2021 ;<sup>1</sup>

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>2</sup>

Notant que le projet de budget programme 2020-2021 est le premier budget programme établi conformément au treizième programme général de travail, 2019-2023 et à l'approche stratégique prioritaire du triple milliard adoptée par l'OMS ;

Soulignant qu'il est important de renforcer les fonctions normatives de l'Organisation, tout en se félicitant de l'accent mis sur l'impact, la capacité et les systèmes intégrés au niveau des pays ;

Rappelant que l'allocation de ressources financières doit aller de pair avec un suivi des progrès et avec des résultats censés être mesurables ;

Se félicitant de ce que les opérations d'urgence et les appels figurent comme élément chiffré dans le projet de budget programme 2020-2021 ;

Se félicitant en outre des travaux accomplis pour trouver des gains d'efficience à l'échelle de toute l'Organisation, tout en réaffirmant que les fonctions d'appui doivent être suffisamment financées à tous les niveaux ;

Affirmant que l'OMS dirige un programme de transformation qui aide les pays dans les efforts qu'ils déploient pour atteindre toutes les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé ;

Considérant que l'OMS est partie prenante et s'engage totalement dans la mise en œuvre de la réforme du système de développement des Nations Unies ;

Considérant que le projet de budget programme 2020-2021 présente un nouveau cadre de résultats, assorti d'un tableau de bord prospectif qui permettra d'évaluer les produits du Secrétariat aux trois niveaux de l'Organisation dans six dimensions – leadership ; biens mondiaux ; appui aux pays ; égalité des sexes, équité et droits ; optimisation financière ; et indicateurs prévisionnels – et que le nouveau cadre d'impact de l'OMS permettra d'évaluer les résultats du treizième programme général de travail, 2019-2023 dans son ensemble, ainsi que son impact sur la santé dans le monde ;

---

<sup>1</sup> Document A72/4.

<sup>2</sup> Document A72/63.

Soulignant que les augmentations proposées au-delà du niveau du projet de budget programme 2020-2021 ne doivent être demandées que si nécessaire dans le but d'accomplir des activités prévues dans le mandat de l'Organisation et après avoir pris toutes les mesures possibles pour financer ces augmentations par des gains d'efficience et l'établissement de priorités,

1. APPROUVE le programme de travail tel qu'il est présenté dans le projet de budget programme 2020-2021, ses priorités stratégiques et les autres secteurs, en prenant note également des informations générales relatives à sa mise en œuvre pratique ;

2. APPROUVE le budget pour l'exercice 2020-2021, toutes sources de fonds confondues, (contributions fixées et contributions volontaires), pour un montant total de US \$5,8404 milliards ;

3. ALLOUE le budget pour l'exercice 2020-2021 aux priorités stratégiques et autres secteurs ci-après :

Priorités stratégiques :

1. un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle – US \$1,3588 milliard ;

2. un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire – US \$888,8 millions ;

3. un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être – US \$431,1 millions ;

4. une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays – US \$1,0900 milliard (y compris le financement du système des coordonnateurs résidents des Nations Unies conformément aux résolutions pertinentes de l'Assemblée générale des Nations Unies) ;

Autres secteurs :

- éradication de la poliomyélite (US \$863,0 millions), programmes spéciaux (US \$208,7 millions) pour un total de US \$1,0717 milliard ;

- opérations d'urgence et appels (US \$1,0000 milliard), secteur pour lequel le budget à prévoir, sachant que les activités concernées sont fonction des événements, est estimé sur la base de données d'expérience récentes et peut être revu à la hausse, si nécessaire ;

4. DÉCIDE que le budget sera financé comme suit :

- par les contributions fixées nettes des États Membres ajustées en fonction de l'estimation des recettes non fixées provenant des États Membres, pour un total de US \$956,9 millions ;

- par les contributions volontaires, pour un total de US \$4,8835 milliards ;

5. DÉCIDE ÉGALEMENT que, dans le calcul du montant brut de la contribution fixée pour chaque État Membre, sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; que cette réduction 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 ; et que le montant de ces remboursements d'impôts est estimé à US \$21,0 millions, la contribution des Membres s'élevant donc au total à US \$977,9 millions ;

6. DÉCIDE par ailleurs que le fonds de roulement sera maintenu à son niveau actuel de US \$31,0 millions ;
7. AUTORISE le Directeur général à utiliser les contributions fixées ainsi que les contributions volontaires, sous réserve des ressources disponibles, pour financer le budget tel qu'alloué au paragraphe 3, à concurrence des montants approuvés ;
8. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à opérer, si nécessaire, des virements entre les quatre priorités stratégiques du budget pour un montant maximum de 5 % des crédits alloués à la priorité stratégique à partir de laquelle le virement est effectué. Tout virement de ce type sera signalé avec une explication dans les rapports à soumettre aux organes directeurs concernés ;
9. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à engager, si nécessaire, des dépenses supplémentaires au titre du secteur des opérations d'urgence et des appels, en fonction des ressources disponibles ;
10. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à engager, si nécessaire, des dépenses supplémentaires dans la composante « programmes spéciaux » du budget au-delà du montant alloué à celle-ci, compte tenu des mécanismes supplémentaires de gouvernance et de mobilisation de ressources ainsi que du cycle budgétaire correspondant au budget annuel et/ou biennal de ces programmes spéciaux, en fonction des ressources disponibles ;
11. PRIE le Directeur général :
- 1) de poursuivre l'élaboration du cadre de résultats en consultation avec les États Membres, y compris par l'intermédiaire des comités régionaux, et de le présenter au Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session ;
  - 2) de présenter une stratégie de mobilisation de ressources au Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session ;
  - 3) de soumettre régulièrement aux États Membres des rapports sur l'état du financement et l'exécution du budget programme, y compris un rapport sur les résultats à mi-exercice à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration ;
  - 4) de soumettre à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2022 un rapport sur : l'exécution du budget programme 2020-2021 pour l'ensemble de l'exercice ; et les produits par bureau et au niveau des pays, y compris tels qu'ils ont été mesurés à l'aide de tableaux de bord prospectifs, et, le cas échéant, par indicateur de résultat ;
  - 5) de maîtriser les coûts et de réaliser des gains d'efficacité dans toute l'Organisation, et de présenter à l'Assemblée de la Santé des informations détaillées sur les économies et les gains d'efficacité, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration.

## **WHA72.2 Soins de santé primaires<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Couverture sanitaire universelle – Soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle » ;<sup>2</sup>

Rappelant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en 2015, et en particulier l'objectif 3 de développement durable, qui appelle les parties prenantes à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge ;

Réaffirmant l'ambitieuse et visionnaire Déclaration d'Alma-Ata (1978) qui tend à la santé pour tous ;

Se félicitant de la convocation de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018), au cours de laquelle les États Membres ont renouvelé leur engagement en faveur des soins de santé primaires en rappelant qu'une approche des soins de santé primaires qui tient compte de la société dans son ensemble est la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé, en particulier la cible 3.8 sur l'instauration de la couverture sanitaire universelle ;

Rappelant l'approche relative aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle exposée dans la résolution WHA69.11 (2016) sur la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030,

1. SE FÉLICITE de la Déclaration d'Astana adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires le 25 octobre 2018 ;<sup>3</sup>
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres<sup>4</sup> à prendre des mesures pour partager et concrétiser la vision et les engagements de la Déclaration d'Astana en fonction du contexte national ;
3. APPELLE toutes les parties intéressées :
  - 1) à aligner leurs actions et leur soutien sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux, dans un esprit de partenariat et de coopération efficace au développement, pour concrétiser la vision et les engagements de la Déclaration d'Astana ;
  - 2) à soutenir les États Membres dans la mobilisation de ressources humaines, technologiques et financières, et de ressources d'information pour contribuer à mettre en place des soins de santé primaires solides et durables, comme le prévoit la Déclaration d'Astana ;
4. PRIE le Directeur général :
  - 1) d'appuyer les États Membres, selon qu'il conviendra, dans le renforcement des soins de santé primaires, notamment dans la concrétisation de la vision et des engagements de la Déclaration d'Astana en coordination avec l'ensemble des parties intéressées ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/12.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 1.

<sup>4</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 2) d'élaborer, en consultation avec les États Membres et en faisant davantage appel à leur expertise, pour examen à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, un cadre opérationnel pour les soins de santé primaires, qui sera pleinement pris en compte dans les programmes généraux de travail et les budgets programmes de l'OMS, pour renforcer les systèmes de santé et soutenir les pays dans l'intensification des efforts qu'ils font pour assurer les soins de santé primaires ;
- 3) de veiller à ce que l'OMS s'attache à promouvoir la vision et les engagements de la Déclaration d'Astana dans ses travaux et de manière générale dans les efforts institutionnels, et développe la capacité institutionnelle et le leadership à tous les niveaux de l'Organisation, y compris les bureaux régionaux et les bureaux de pays, pour appuyer les États Membres dans le renforcement des soins de santé primaires ;
- 4) de faire régulièrement rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans le renforcement des soins de santé primaires, y compris la concrétisation de la vision et des engagements de la Déclaration d'Astana, dans le cadre de l'ensemble des rapports sur les progrès accomplis en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030.

(Sixième séance plénière, 24 mai 2019 –  
Commission A, deuxième rapport)

### **WHA72.3      Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires : perspectives et enjeux<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires : perspectives et enjeux »<sup>2</sup> ainsi que les Directives connexes de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires ;<sup>3</sup>

Inspirée par l'ambition affichée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment son engagement de ne laisser personne de côté, ses 17 objectifs indissociables et intégrés et ses 169 cibles ;

Considérant que la couverture sanitaire universelle est au cœur de la réalisation des objectifs de développement durable et qu'un solide secteur des soins de santé primaires est l'une des pierres angulaires d'un système de santé durable ;

Soulignant que les agents de santé sont indispensables pour instaurer des systèmes de santé solides, résilients et sûrs qui contribuent à la réalisation des objectifs de développement durable et des cibles relatives à la nutrition, à l'éducation, à la santé, à l'égalité des sexes, à l'emploi et à la réduction des inégalités ;

Notant en particulier que, pour progresser vers l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et les cibles qui lui sont associées, il faudra consacrer des investissements stratégiques significatifs aux personnels de santé

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/13.

<sup>3</sup> *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564> (consulté le 28 mai 2019).

mondiaux et réorienter en profondeur la planification, la formation, l'affectation, le maintien en place, la gestion et la rémunération des personnels de santé, en s'appuyant sur des systèmes solides dotant les personnels de santé des moyens nécessaires pour dispenser à tous des soins sûrs et de qualité ;

Sachant qu'il faut disposer d'approches plus cohérentes et inclusives pour préserver et développer les soins de santé primaires en tant que pilier de la couverture sanitaire universelle dans les situations d'urgence, afin d'assurer les services de santé essentiels et les fonctions de santé publique, et d'en garantir la continuité, conformément aux principes humanitaires ;

Soucieuse des menaces pesant sur le personnel humanitaire et les agents de santé, les hôpitaux et les ambulances qui entravent fortement la fourniture d'une aide salvatrice et freinent les efforts de protection des populations à risque ;

Vivement préoccupée par les risques importants auxquels sont exposés le personnel humanitaire et le personnel de santé, ainsi que le personnel des Nations Unies et le personnel associé, lesquels sont amenés à intervenir dans des environnements où les risques sont de plus en plus élevés ;

Notant également l'importance des agents de santé pour la réalisation des trois priorités stratégiques interdépendantes du treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023, à savoir : l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations ;

Réaffirmant la résolution WHA69.19 (2016), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, qui met en évidence la possibilité, entre autres, d'optimiser la performance, la qualité et l'apport des agents de santé communautaires pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable ;

Réaffirmant également la résolution WHA70.6 (2017) sur les ressources humaines pour la santé et la mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, y compris son appel en faveur de la collaboration pour « stimuler les investissements dans la création d'emplois décents dans le secteur sanitaire et social, – des effectifs en nombre suffisant ayant les bonnes compétences et affectés au bon endroit –, en particulier dans les pays confrontés aux plus grands défis dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle » et pour « renforcer l'élaboration et la mise en place progressives des comptes nationaux des personnels de santé » ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et la Déclaration d'Astana, adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018), par laquelle les gouvernements participants ont réaffirmé leurs engagements en faveur de services de santé centrés sur la personne, ont reconnu que les ressources humaines pour la santé sont un élément indispensable à l'efficacité des soins de santé primaires et se sont engagés à créer « des conditions de travail décentes et une compensation appropriée pour les professionnels et les autres personnels de santé travaillant au niveau des soins de santé primaires pour répondre efficacement aux besoins sanitaires des populations dans un contexte multidisciplinaire » ;

Soulignant en outre que les investissements consacrés à la couverture sanitaire universelle, y compris à la formation, à l'emploi et au maintien en place des personnels de santé sont un vecteur essentiel de la croissance économique ;

Consciente qu'il faut combler le manque de ressources humaines et d'agents de santé communautaires dans les systèmes de santé, en particulier moyennant une approche multisectorielle centrée sur la communauté, afin de garantir l'accès à la couverture sanitaire universelle et à des services de santé complets dans les zones difficiles d'accès et aux populations vulnérables ;

Sachant qu'au niveau mondial, sept emplois sur 10 dans le secteur sanitaire et social sont occupés par des femmes et que la multiplication des investissements consacrés à la création d'emplois et au travail décent dans le secteur des soins de santé primaires aura des répercussions positives pour les femmes et les jeunes, contribuant ainsi à la réalisation de l'objectif 5 de développement durable (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) et de l'objectif 8 (Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous) ;

Prenant note du lancement, en 2018, du projet de la Banque mondiale pour le capital humain, qui appelle à investir mieux et plus dans la formation, la santé et les compétences des individus, et permet de progresser ainsi plus rapidement sur la voie des objectifs de développement durable, et notant que celui-ci peut mobiliser de nouveaux investissements pour les agents de santé dispensant des services de soins de santé primaires ;

Considérant les données publiées et les recommandations actuelles de l'OMS, réunies dans les Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, concernant le rôle, l'efficacité et l'atout coût-utilité des agents de santé communautaires ;

Soulignant que les agents de santé communautaires contribuent à instaurer un accès équitable à des services de santé sûrs et complets dans les zones urbaines et rurales, et à réduire les inégalités, y compris celles relatives au lieu de résidence, au sexe, à la formation et au statut socioéconomique, ainsi qu'à mobiliser les communautés bénéficiaires et à gagner leur confiance ;

Notant avec préoccupation que les agents de santé communautaires sont inégalement intégrés dans les systèmes de santé et que les politiques à bases factuelles, les normes internationales du travail et les meilleures pratiques ne sont utilisées que dans une mesure limitée pour orienter la formation, l'affectation, le maintien en place, la gestion et la rémunération des agents de santé communautaires, et notant les effets négatifs que cela peut avoir sur l'accès aux services de santé, sur la qualité de ces services et sur la sécurité des patients ;

Réaffirmant le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, qui appelle les États Membres à faire en sorte que les agents de santé locaux et les agents de santé migrants aient les mêmes droits et bénéficient des mêmes conditions d'emploi et de travail ;

Notant que les agents de santé communautaires participent pleinement à toutes les phases de l'action sanitaire d'urgence (prévention, détection et riposte) dans leurs propres communautés et qu'ils sont indispensables au maintien des services de soins de santé primaires dans les situations d'urgence,

1. PREND NOTE des Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires ;<sup>1</sup>

2. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres,<sup>2</sup> en fonction des circonstances nationales et locales, et dans le but d'assurer l'efficacité des soins de santé primaires et d'instaurer la couverture sanitaire universelle :

1) à aligner la conception, la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des programmes d'agents de santé communautaires, notamment en faisant un plus grand usage des technologies numériques, sur les éléments factuels réunis dans les Directives de l'OMS sur la

---

<sup>1</sup> *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>, consulté le 20 septembre 2019).

<sup>2</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, en veillant particulièrement à mettre en œuvre ces programmes de manière à permettre aux agents de santé communautaires de dispenser des soins sûrs et de bonne qualité ;

2) à adapter comme il conviendra les Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires et à soutenir leur application au niveau national dans le cadre des stratégies nationales pour les personnels de santé et, plus largement, des stratégies nationales du secteur de la santé et en matière d'emploi et de développement économique, en tenant compte des priorités, des ressources et des spécificités nationales ;

3) à faire en sorte que le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé soit plus pertinent et plus efficace, et à renforcer son application, notamment par la coopération entre les ministères de la santé, les commissions de la fonction publique et les employeurs pour offrir des conditions justes aux agents de santé et créer un cadre de pratique positif, propice à leur bonne affectation et à leur maintien en poste, et suffisamment motivant pour les inciter à dispenser des soins de bonne qualité et à nouer une relation positive avec les patients ;

4) dans le cadre des stratégies et du financement généralement consacrés aux personnels de santé et en puisant dans les budgets nationaux et différentes sources, selon qu'il conviendra, à affecter des ressources suffisantes pour couvrir les dépenses d'investissement et de fonctionnement nécessaires à la bonne application des programmes d'agents de santé communautaires et à l'intégration de ces agents dans les personnels de santé, en considération des investissements consacrés aux soins de santé primaires et aux systèmes de santé et des stratégies de création d'emplois, comme il conviendra ;

5) à améliorer durablement la qualité des services assurés par les agents de santé communautaires sur la base des éléments factuels réunis dans les Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, y compris moyennant une sélection et une formation préalables judicieuses, la certification basée sur les compétences et un encadrement bienveillant ;

6) à renforcer la collecte et l'échange volontaires de données, en conformité avec la législation nationale, sur les agents de santé communautaires et les programmes d'agents de santé communautaires, en se servant de comptes nationaux des personnels de santé, le cas échéant, pour pouvoir rendre compte, au titre de l'indicateur 3.c.1 des objectifs de développement durable, de la densité et de la répartition de leurs personnels de santé ;

7) à veiller au respect et à la protection de tout le personnel médical et du personnel humanitaire exerçant exclusivement des fonctions médicales, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et autres établissements de santé ;

3. INVITE les partenaires internationaux, régionaux, nationaux et locaux à soutenir l'application des Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, en tenant compte des circonstances nationales, et à contribuer au suivi et à l'évaluation de leur application ;

4. INVITE ÉGALEMENT les initiatives sanitaires mondiales, les organismes de financement bilatéraux et multilatéraux, et les banques de développement à appuyer les programmes nationaux d'agents de santé communautaires selon l'approche définie dans les Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents

de santé communautaires, de sorte que l'élaboration des programmes et les décisions de financement favorisent le développement du capital humain et des personnels de santé, compte tenu des circonstances et des ressources nationales ;

5. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer à recueillir et à évaluer des données sur la performance et l'apport des agents de santé communautaires afin de constituer une base documentaire solide pour les promouvoir, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 2) d'intégrer et de suivre l'application des Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires dans les activités normatives et de coopération technique de l'Organisation à l'appui de la couverture sanitaire universelle, des soins de santé primaires, des systèmes de santé, et des priorités concernant les maladies et la santé de la population, y compris la sécurité des patients, eu égard au treizième programme général de travail, 2019-2023 ;
- 3) de fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour appliquer les Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires en fonction du marché national de l'emploi dans le secteur de la santé et des priorités nationales en matière de soins ;
- 4) de faciliter l'échange d'informations, la coopération technique entre les États Membres et les parties prenantes – y compris la coopération Sud-Sud — et la recherche opérationnelle concernant les agents de santé communautaires, les équipes de soins de santé primaires et l'encadrement bienveillant, notamment celui assuré, entre autres, par des agents de santé communautaires chevronnés et d'autres professionnels de la santé (par exemple les cliniciens, les sages-femmes, le personnel infirmier, les pharmaciens et les médecins) ;
- 5) de valoriser le rôle des agents de santé communautaires dans les situations d'urgence et de fournir un appui aux États Membres quant à la façon de les associer aux opérations d'urgence, en fonction des circonstances locales et nationales et des ressources nationales ;
- 6) de renforcer les capacités et le leadership de l'OMS dans le domaine des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux de l'Organisation, en collaborant avec toutes les parties prenantes et en fournissant en temps voulu une assistance technique de bonne qualité aux niveaux mondial, régional et national pour accélérer l'application : de la résolution WHA69.19 (2016) sur la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ; de la résolution WHA70.6 (2017) sur les ressources humaines pour la santé et la mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté le Plan d'action quinquennal de l'OIT, de l'OCDE et de l'OMS pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021), intitulé « S'engager pour la santé » ; et des activités futures concernant les programmes d'agents de santé communautaires ;
- 7) de présenter tous les trois ans à l'Assemblée de la Santé un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, regroupé avec les rapports présentés régulièrement sur l'application de la résolution WHA69.19 (2016) relative à la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

#### **WHA72.4 Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général intitulé « Couverture sanitaire universelle – Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle » ;<sup>2</sup>

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

Rappelant également la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », dans laquelle les États Membres ont adopté une série complète d'objectifs et de cibles de développement durable à caractère universel, qui sont ambitieux, axés sur l'être humain et porteurs de changements, intégrés et indissociables ; et considérant que l'instauration de la couverture sanitaire universelle contribuera grandement à ce que tous puissent vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge ;

Considérant que la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois dimensions – économique, sociale et environnementale – du développement durable ;

Consciente que les objectifs de développement durable visent à réaliser les droits de l'homme pour tous, en ne laissant personne de côté et en s'efforçant d'aider en premier les plus défavorisés, notamment en parvenant à l'égalité des sexes et en autonomisant les femmes et les filles ;

Considérant qu'en adoptant le Programme 2030 et les objectifs de développement durable le 25 septembre 2015, les chefs d'État et de gouvernement et hauts représentants ont pris l'engagement audacieux de faire en sorte que, d'ici à 2030, chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ;

Considérant également que les chefs d'État et de gouvernement et hauts représentants se sont engagés, d'ici à 2030, à assurer l'accès de tous aux services de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et à veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ;

Rappelant la résolution WHA69.11 (2016) sur la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui reconnaît que la couverture sanitaire universelle suppose que tout un chacun, sans discrimination, ait accès à des ensembles de prestations déterminés à l'échelle nationale, comprenant les services essentiels nécessaires en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement curatif et palliatif et de réadaptation, ainsi qu'à des médicaments et des vaccins essentiels, sûrs, financièrement abordables, efficaces et de qualité, sans que le recours à ces prestations n'expose les usagers à des difficultés financières, en mettant l'accent en particulier sur les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/14.

Rappelant également la résolution 67/81 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2012, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère », où elle exhorte les États, les organisations de la société civile et les organisations internationales à collaborer et à promouvoir la prise en compte de la couverture sanitaire universelle, qui occupe une place importante dans le programme de développement international, de façon à favoriser une croissance durable, ouverte à tous et équitable, ainsi que la cohésion sociale et le bien-être de la population, et à franchir d'autres étapes importantes pour le développement social ;

Considérant qu'il incombe aux gouvernements d'intensifier sensiblement, dans les plus brefs délais, les efforts déployés pour progresser plus rapidement vers l'accès universel à des services de soins de santé de qualité et d'un prix abordable, et réaffirmant qu'il incombe au premier chef aux États Membres de déterminer et de promouvoir leurs propres trajectoires sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;

Rappelant la résolution 69/313 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 27 juillet 2015, intitulée « Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement », où elle a réaffirmé sa volonté politique résolue de relever les défis du financement et de créer, à tous les niveaux, un environnement propice au développement durable, dans un esprit de partenariat et de solidarité planétaires, encouragé les pays à envisager de fixer des objectifs de dépenses adaptés au contexte national, concernant des investissements de qualité à consacrer à la santé, et préconisé une meilleure harmonisation des programmes des initiatives mondiales pour la santé avec les systèmes nationaux ;

Rappelant également la résolution 72/139 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2017, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : s'occuper de la santé des plus vulnérables pour une société inclusive », dans laquelle les États membres ont décidé de consacrer une réunion de haut niveau à la couverture sanitaire universelle en 2019 ;

Rappelant en outre la résolution 72/138 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2017, intitulée « Journée internationale de la couverture sanitaire universelle », dans laquelle l'Assemblée générale a décidé de proclamer le 12 décembre « Journée internationale de la couverture sanitaire universelle » ;

Réaffirmant l'engagement pris par les États Membres de l'OMS conformément à la résolution WHA71.1 (2018) sur le treizième programme général de travail, 2019-2023, d'appuyer les travaux qui permettront d'atteindre les objectifs du triple milliard, soit un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire, et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être ;

Rappelant la résolution 73/2 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 octobre 2018, intitulée « Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles », dans laquelle les chefs d'État et de gouvernement et représentants d'États et de gouvernements se sont engagés, entre autres, à promouvoir un meilleur accès à des médicaments, diagnostics et autres technologies abordables, sûrs, efficaces et de qualité, réaffirmant l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), tel que modifié, et réaffirmant également la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique (2001), qui dispose que les droits de propriété intellectuelle doivent être interprétés et mis en œuvre de manière à préserver le droit des États Membres de protéger la santé publique et, en particulier, de favoriser l'accès de tous aux médicaments, et qui souligne la nécessité de prendre les mesures d'incitation appropriées en vue du développement de nouveaux produits sanitaires ;

Réaffirmant que la recherche-développement en santé doit être axée sur les besoins, fondée sur des bases factuelles, guidée par les principes fondamentaux d'accessibilité économique, d'efficacité, d'efficience et d'équité, et considérée comme une responsabilité commune ;

Rappelant toutes les résolutions antérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé visant à promouvoir la santé physique et mentale et le bien-être, et à contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle ;

Notant avec une vive préoccupation qu'étant donné la lenteur des progrès actuels dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle, de nombreux pays ne sont pas en voie d'atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable ;

Notant également que la santé est un facteur important de croissance économique ;

Notant en outre que les dépenses publiques actuellement consacrées à la santé et les ressources disponibles pour la santé, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ne sont pas suffisantes pour pouvoir instaurer la couverture sanitaire universelle, y compris pour offrir à la population une protection contre les risques financiers ;

Appréciant la contribution importante et nécessaire des organisations non gouvernementales, des entités du secteur privé, des fondations philanthropiques et des établissements universitaires, le cas échéant, à la réalisation des objectifs nationaux en matière de couverture sanitaire universelle, et la nécessité, à cet égard, d'une synergie et d'une collaboration entre toutes les parties intéressées ;

Considérant le rôle que jouent les parlementaires dans la promotion de la couverture sanitaire universelle ;

Notant qu'il est essentiel d'investir dans des systèmes de prestation de services de santé solides, transparents, responsables et efficaces, pourvus d'un personnel bien réparti, compétent, motivé et adapté ;

Consciente que pour instaurer dans les faits et de façon financièrement viable la couverture sanitaire universelle, il faut un système de santé résilient et réactif, capable d'appliquer des mesures de santé publique de grande envergure, de prévenir les maladies, de protéger et de promouvoir la santé, et d'influer sur les déterminants de la santé au moyen de politiques multisectorielles, notamment par l'éducation sanitaire de la population ;

Notant que le nombre de plus en plus grand de situations d'urgence complexes freine la mise en place de la couverture sanitaire universelle, et qu'il est essentiel d'adopter des approches cohérentes et inclusives pour préserver cette couverture dans les situations d'urgence, y compris par la coopération internationale, en veillant à la continuité des services de santé essentiels et des fonctions de santé publique, conformément aux principes humanitaires ;

Considérant le rôle fondamental que jouent les soins de santé primaires dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle et pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable liés à la santé, comme le souligne la Déclaration d'Astana adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018), et dans l'accès équitable à un ensemble complet de services et de soins axés sur la personne, tenant compte des besoins des deux sexes, de bonne qualité, sûrs, intégrés, accessibles, disponibles et d'un prix abordable, et qui contribuent à la santé et au bien-être de tous ;

Considérant également que la sécurité des patients, le renforcement des systèmes de santé et l'accès à des services de bonne qualité de promotion de la santé, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation, ainsi qu'aux soins palliatifs, sont essentiels pour instaurer la couverture sanitaire universelle,

---

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

- 1) à progresser plus vite pour atteindre, d'ici à 2030, la cible 3.8 des objectifs de développement durable relative à la couverture sanitaire universelle, en ne laissant personne de côté, en particulier les populations pauvres, vulnérables et marginalisées ;
- 2) à concourir à la préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle prévue en 2019, en y participant au plus haut niveau possible, de préférence au niveau des chefs d'État et de gouvernement, et à prendre part à la mise au point d'une déclaration politique consensuelle pragmatique ;
- 3) à continuer de mobiliser des ressources suffisantes et durables pour financer la couverture sanitaire universelle, en veillant à ce qu'elles soient allouées de manière rationnelle, équitable et transparente, grâce à une bonne gouvernance des systèmes de santé, et à assurer une collaboration intersectorielle, le cas échéant, en s'employant tout particulièrement à réduire les disparités et les inégalités en santé ;
- 4) à favoriser une meilleure définition des priorités et une meilleure prise de décisions, notamment en renforçant les capacités institutionnelles et la gouvernance en matière d'évaluation des interventions et des technologies sanitaires, afin de réaliser des gains d'efficacité et de prendre des décisions fondées sur des bases factuelles tout en respectant la vie privée des patients et en favorisant la sécurité des données ; et à encourager l'exploitation plus généralisée et systématique des nouvelles technologies et approches, y compris les technologies numériques et les systèmes intégrés d'information sanitaire, qui offrent un moyen de promouvoir l'accès universel à la santé dans des conditions équitables et à un prix abordable, et de prendre des décisions stratégiques éclairées à l'appui de la couverture sanitaire universelle ;
- 5) à continuer d'investir dans les soins de santé primaires et à les renforcer en tant que pierre angulaire d'un système de santé durable, pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et atteindre les cibles des objectifs de développement durable liés à la santé, en vue de fournir une gamme complète de services et de soins centrés sur la personne, de bonne qualité, sûrs, intégrés, accessibles, disponibles et d'un prix abordable, d'assurer les fonctions de santé publique comme envisagé dans la Déclaration d'Astana issue de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018) et de mettre en œuvre les engagements pris dans cette Déclaration ;
- 6) à continuer d'investir dans des services de santé qui réduisent les obstacles à la santé liés au genre et assurent aux femmes et aux filles un accès équitable à la santé, et à renforcer ces services, afin de garantir à chacun le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre et de parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles ;
- 7) à investir pour disposer d'un personnel de santé adéquat, compétent et dévoué et à promouvoir le recrutement, le développement, la formation et la fidélisation du personnel de santé dans les pays en développement, surtout les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement, en appliquant avec dynamisme la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ;
- 8) à promouvoir l'accès à des médicaments, vaccins, produits de diagnostic et autres technologies d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 9) à appuyer la recherche-développement sur les médicaments et les vaccins contre les maladies transmissibles et non transmissibles, notamment les maladies tropicales négligées, en particulier celles qui touchent avant tout les pays en développement ;
  - 10) à envisager d'intégrer, selon qu'il conviendra, des services de médecine traditionnelle et complémentaire sûrs et fondés sur des bases factuelles dans les systèmes de santé nationaux et infranationaux, surtout au niveau des soins de santé primaires, en fonction des circonstances et des priorités nationales ;
  - 11) à promouvoir des approches plus cohérentes et plus inclusives pour préserver la couverture sanitaire universelle dans les situations d'urgence, notamment par la coopération internationale, en veillant à la continuité des services de santé essentiels et des fonctions de santé publique, conformément aux principes humanitaires ;
  - 12) à promouvoir l'éducation sanitaire de la population, surtout des groupes vulnérables, pour renforcer la participation des patients à la prise de décisions en matière clinique, en mettant l'accent sur la communication entre professionnels de la santé et patients, et à investir davantage pour disposer d'informations sanitaires facilement accessibles, exactes, faciles à comprendre et fondées sur des bases factuelles, notamment sur Internet ;
  - 13) à continuer de renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé en abordant les déterminants de la santé et l'équité en santé suivant des approches multisectorielles associant l'ensemble du gouvernement et de la société, de même que le secteur privé ;
  - 14) à renforcer les dispositifs de suivi et d'évaluation pour pouvoir déterminer régulièrement dans quelle mesure l'accès à une gamme complète de soins et de services dans le système de santé et à la protection contre les risques financiers devient plus équitable, et à tirer le maximum de ces dispositifs pour la prise des décisions stratégiques ;
  - 15) à mettre à profit chaque année la Journée internationale de la couverture sanitaire universelle, y compris en envisageant des activités adaptées, conformément aux priorités et aux besoins nationaux ;
2. INVITE l'ensemble des partenaires de la coopération au développement et des parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs à harmoniser, à coordonner et à renforcer le soutien qu'ils apportent aux pays dans la réalisation de leurs objectifs en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle, et encourage ces partenaires et parties prenantes, selon qu'il conviendra, à participer à l'élaboration du plan d'action mondial pour la santé et le bien-être de tous en vue de progresser plus vite sur la voie de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et d'autres objectifs et cibles de développement durable liés à la santé, et de réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de soutenir pleinement les États Membres, en collaboration avec l'ensemble du système des Nations Unies et d'autres parties intéressées, dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, notamment en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé, en particulier en renforçant le travail normatif de l'OMS et la capacité de l'Organisation à apporter aux États Membres un appui technique et des conseils sur la politique à mener ;
  - 2) de collaborer étroitement avec l'Union interparlementaire pour sensibiliser davantage les parlementaires à la question de la couverture sanitaire universelle et les associer pleinement à l'action de plaider et à la fourniture d'un appui politique durable pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 ;

- 3) de faciliter et de favoriser l'échange, entre les États Membres de l'OMS, de connaissances, de données d'expérience, de meilleures pratiques, d'enseignements et d'informations sur les obstacles rencontrés concernant la couverture sanitaire universelle, notamment en y associant les acteurs non étatiques concernés, selon qu'il conviendra, ainsi que des initiatives comme le Partenariat international de santé pour la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, et en appui au processus de préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle ;
- 4) d'établir un rapport sur la couverture sanitaire universelle qui, par son apport technique, favorisera la tenue de discussions éclairées à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle ;
- 5) de mettre à profit la Journée internationale de la couverture sanitaire universelle pour faire avancer les travaux en la matière, y compris en appelant à un engagement politique plus résolu en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
- 6) de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application de la présente résolution, une première fois à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020 puis jusqu'à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030, dans le cadre du système de rapports en vigueur sur l'application de la résolution WHA69.11 (2016).

(Sixième séance plénière, 24 mai 2019 –  
Commission A, deuxième rapport)

## **WHA72.5 Résistance aux antimicrobiens<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général intitulé « Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé – Résistance aux antimicrobiens » ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution 71/3 (2016) de l'Assemblée générale des Nations Unies, « Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens », et prenant note de la mise en place du groupe de coordination interinstitutions sur la résistance aux antimicrobiens chargé de donner des orientations pratiques et de formuler des recommandations portant sur les approches nécessaires pour garantir une action pérenne et efficace à l'échelle mondiale pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant combien il est important de lutter contre l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens pour contribuer à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;

Réaffirmant qu'il faut combattre la résistance aux antimicrobiens de façon coordonnée et multisectorielle selon une approche « Un monde, une santé » ;

Rappelant la résolution WHA68.7 (2015), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, qui définit cinq objectifs stratégiques (mieux faire connaître et comprendre le problème de la résistance aux antimicrobiens ; renforcer les

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/18.

connaissances par la surveillance et la recherche ; réduire l'incidence des infections ; optimiser l'usage des agents antimicrobiens ; et dégager des arguments économiques en faveur d'investissements durables), et constatant les progrès accomplis dans la mise en place du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) ;

Consciente qu'il est urgent d'investir dans la recherche-développement de grande qualité, notamment dans la recherche fondamentale pour la mise au point d'antimicrobiens, de technologies de diagnostic, de vaccins et d'autres mesures de prévention dans tous les secteurs, et de garantir à ceux qui en ont besoin un accès adéquat aux antimicrobiens, aux technologies de diagnostic et aux vaccins nouveaux et existants de qualité, sûrs, efficaces et abordables, tout en favorisant leur bonne gestion ;

Considérant la menace que représentent les agents pathogènes résistants pour l'efficacité à long terme des antimicrobiens, en particulier pour mettre fin aux épidémies de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme ;

Considérant également que l'immunisation par la vaccination, et les autres mesures de lutte contre l'infection, comme des services adéquats d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), ont un effet positif qui contribue à réduire la résistance aux antimicrobiens ;

Consciente qu'il est nécessaire tant de maintenir la capacité de production des anciens antibiotiques utiles que de promouvoir leur usage prudent ;

Rappelant la résolution 4/2015 de la FAO sur la résistance aux antimicrobiens, la résolution N° 36 (2016) de l'OIE intitulée « Combattre la résistance aux agents antimicrobiens dans le cadre d'une approche « Une seule santé » : les actions à mener et la stratégie de l'OIE », et la résolution UNEP/EA.3/Res.4 (2018) du PNUE sur l'environnement et la santé ;

Constatant combien il est important de donner aux États Membres la possibilité d'être associés et de contribuer de façon constructive aux rapports, recommandations et mesures pertinentes élaborés par l'OMS, la FAO et l'OIE, avec le PNUE, et par le groupe de coordination interinstitutions sur la résistance aux antimicrobiens dans le but de combattre la résistance aux antimicrobiens ;

Réaffirmant l'engagement mondial à combattre la résistance aux antimicrobiens par une action politique continue de haut niveau menée de façon coordonnée par la communauté internationale, et soulignant la nécessité impérieuse d'accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux par les États Membres selon une approche « Un monde, une santé »,

1. SE FÉLICITE du nouvel accord tripartite sur la résistance aux antimicrobiens et encourage le groupe tripartite (OMS, FAO, OIE) et le PNUE à mettre en place une coordination claire pour sa mise en œuvre et à harmoniser les rapports soumis à leurs organes directeurs sur les progrès accomplis dans l'application du plan de travail commun conformément au mandat de chaque organisation ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

1) à maintenir au niveau politique le plus élevé leur engagement à combattre la résistance aux antimicrobiens en suivant une approche « Un monde, une santé » et à réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps qui lui sont associés ;

2) à s'employer plus énergiquement à appliquer les mesures et à atteindre les objectifs stratégiques du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens et à prendre des dispositions face aux problèmes qui se font jour ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 3) à étendre l'usage prudent de tous les antimicrobiens et à envisager d'élaborer et d'appliquer des lignes directrices et des critères cliniques régissant l'usage des antimicrobiens d'importance critique, conformément aux priorités et aux circonstances nationales, afin de ralentir l'apparition de la résistance aux médicaments et de préserver l'efficacité des médicaments existants ;
  - 4) à effectuer une surveillance postcommercialisation des antimicrobiens et à prendre les mesures voulues pour éliminer les antimicrobiens de qualité inférieure et falsifiés ;
  - 5) à renforcer le travail entrepris pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux multisectoriels dotés de ressources adéquates, en suivre l'application et les actualiser ;
  - 6) à participer à l'enquête annuelle d'autoévaluation par pays sur la résistance aux antimicrobiens administrée par le groupe tripartite ;
  - 7) à élaborer de nouveaux systèmes de suivi qui contribueront à l'enquête annuelle d'autoévaluation par pays sur la résistance aux antimicrobiens administrée par le groupe tripartite et faciliteront la participation au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS), ou à renforcer ces systèmes s'ils existent, et à utiliser ces informations pour améliorer la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
  - 8) à renforcer la coopération à tous les niveaux afin que des mesures concrètes soient prises pour combattre la résistance aux antimicrobiens, notamment par le renforcement des systèmes de santé, le développement des capacités, y compris de recherche et de réglementation, et l'appui technique, y compris, le cas échéant, par des programmes de jumelage tirant parti des meilleures pratiques, des nouvelles données et de l'innovation ;
  - 9) à soutenir le transfert de technologie volontaire et selon des modalités arrêtées d'un commun accord en vue de prévenir la résistance aux antimicrobiens et de la maîtriser ;
3. INVITE les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, et les autres parties intéressées :
- 1) à continuer d'appuyer les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux multisectoriels conformément aux cinq objectifs stratégiques du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens ;
  - 2) à coordonner leurs efforts en vue d'éviter les doublons et les lacunes et de mieux exploiter les ressources ;
  - 3) à intensifier leurs efforts et à renforcer la collaboration multipartite en vue d'élaborer et d'utiliser des outils contre la résistance aux antimicrobiens selon une approche « Un monde, une santé », notamment en appliquant des méthodes de recherche-développement coordonnées, responsables, durables et innovantes, y compris, mais pas exclusivement, pour la mise au point d'antimicrobiens de bonne qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, d'autres médicaments et traitements, de vaccins et de produits de diagnostic et de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène adaptés, notamment des mesures de lutte anti-infectieuse ;
  - 4) à tenir compte des priorités de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans le financement et les décisions programmatiques, notamment à trouver des moyens innovants pour intégrer les activités contre la résistance aux antimicrobiens dans le financement existant du développement international ;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) d'accélérer la mise en œuvre des mesures du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, et d'appliquer les principes qui y sont définis, à tous les niveaux de l'OMS, y compris en procédant à un examen complet visant à renforcer les travaux actuels de sorte que les activités portant sur la résistance aux antimicrobiens soient bien coordonnées, notamment avec les organismes concernés du système des Nations Unies et les autres parties intéressées, et mises en œuvre avec efficacité dans l'ensemble de l'OMS ;
- 2) de renforcer sensiblement l'appui et l'assistance technique fournis aux pays en collaboration avec les organismes concernés du système des Nations Unies pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de leur plan d'action national multisectoriel, en privilégiant les pays qui n'ont pas encore établi la version définitive de leur plan ;
- 3) de fournir un appui aux États Membres pour l'élaboration et le renforcement de leur système de surveillance intégrée, notamment en soulignant que les plans d'action nationaux doivent couvrir la collecte, la notification et l'analyse des données sur les ventes et l'usage des antimicrobiens, élément dont il sera tenu compte dans la notification des indicateurs de l'OMS ;
- 4) de tenir les États Membres régulièrement informés des efforts faits par l'OMS avec le groupe tripartite et le PNUE, ainsi que d'autres organismes du système des Nations Unies, pour agir de façon coordonnée dans les différents axes de travail ; et de les tenir informés des progrès qu'ils ont accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre d'approches multisectorielles ;
- 5) de consulter régulièrement les États Membres et les autres parties intéressées afin d'ajuster le processus et la portée du cadre mondial de développement et de gestion,<sup>1</sup> en tenant compte des travaux du groupe de coordination interinstitutions sur la résistance aux antimicrobiens pour faire un effort unifié et éviter les doublons ;
- 6) d'apporter son concours aux États Membres pour mobiliser, par des voies nationales, bilatérales et multilatérales, des fonds, des ressources humaines et financières et des investissements suffisants, prévisibles et durables qui viennent appuyer l'élaboration et l'exécution de plans d'action nationaux, les activités de recherche-développement consacrées aux médicaments antimicrobiens existants et nouveaux, les produits de diagnostic, les vaccins et les autres technologies, et renforcer les infrastructures connexes, notamment en coopérant avec des banques multilatérales de développement, des mécanismes de financement et d'investissement traditionnels et des mécanismes de financement et d'investissement volontaires innovants, en fonction des priorités et besoins locaux déterminés par les gouvernements, et en veillant à un retour sur investissement pour la collectivité ;<sup>2</sup>
- 7) de collaborer avec la Banque mondiale et d'autres institutions financières, l'OCDE et les communautés économiques régionales, afin de continuer à présenter et à appliquer les arguments économiques en faveur d'investissements durables pour combattre la résistance aux antimicrobiens ;
- 8) de faciliter, en consultation avec le Secrétaire général de l'ONU et le groupe tripartite et le PNUE, l'élaboration d'un dispositif permettant aux États Membres d'examiner le rapport du Secrétaire général demandé dans la résolution 71/3 (2016) de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

---

<sup>1</sup> Comme demandé au paragraphe 4.7) de la résolution WHA68.7 et préconisé au paragraphe 13 de la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la résistance aux agents antimicrobiens.

<sup>2</sup> Paragraphe 12.b) de la résolution 71/3 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

9) de maintenir et d'actualiser systématiquement la Liste OMS des antimicrobiens d'importance critique en médecine humaine ;

10) de soumettre des rapports biennaux communs sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution et de la résolution WHA68.7 (2015) aux Soixante-Quatorzième, Soixante-Seizième et Soixante-Dix-Huitième Assemblées mondiales de la Santé, en incorporant ces travaux aux rapports existants sur la résistance aux antimicrobiens pour permettre aux États Membres d'examiner et d'évaluer les efforts consentis.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, troisième rapport)

## **WHA72.6 Action mondiale pour la sécurité des patients<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général intitulé « Sécurité des patients – Action mondiale pour la sécurité des patients » ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA55.18 (2002) intitulée « Qualité des soins : sécurité des patients », dans laquelle les États Membres étaient invités instamment « à accorder la plus grande attention au problème de la sécurité des patients » et « à créer sur des bases scientifiques et à renforcer les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins [...] » ; sachant que la sécurité des patients constitue un élément essentiel et le fondement de la prestation de soins de santé de qualité ; et saluant l'inclusion dans le treizième programme général de travail, 2019-2023 de la nécessité d'assurer la sécurité des patients ;

Considérant que la sécurité des patients ne peut être assurée sans l'accès à des infrastructures, des technologies et des dispositifs médicaux sûrs correctement utilisés par les patients, qui doivent être bien informés, et sans un personnel de santé qualifié et dévoué, dans un environnement favorable et sûr ;

Notant que la sécurité des patients se fonde sur une formation initiale et continue de qualité des professionnels de la santé, qui garantit les compétences et le savoir-faire nécessaires dans leurs rôles et fonctions respectifs ;

Considérant que l'accès à des médicaments et autres articles sûrs, efficaces, abordables et de qualité et leur administration et leur usage judicieux contribuent aussi à la sécurité des patients ;

Notant l'importance que revêt l'hygiène pour la sécurité des patients et la prévention des infections nosocomiales, et pour la réduction de la résistance aux antimicrobiens ;

Notant en outre que la garantie de la sécurité des patients est une priorité essentielle dans la prestation de services de santé de qualité et considérant que chacun devrait bénéficier de services de santé sûrs indépendamment du lieu de leur prestation ;

Réaffirmant le principe visant avant tout à ne pas nuire et considérant les bénéfices découlant de la sécurité des patients et la nécessité de promouvoir et d'améliorer la sécurité des patients dans tous les systèmes de santé, à tous les niveaux et dans tous les secteurs et contextes, pour la santé physique comme pour la santé mentale, surtout au niveau des soins de santé primaires, mais aussi, par exemple, en matière de soins d'urgence, de soins communautaires, de réadaptation et de soins ambulatoires ;

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/26.

Considérant que la sécurité des patients dans le cadre de la prestation de services de santé sûrs et de qualité est une condition préalable pour renforcer les systèmes de soins et progresser vers une couverture sanitaire universelle effective, telle que prévue par l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) ;

Considérant que l'adoption d'une culture de la sécurité et d'une approche centrée sur les patients, et l'amélioration et la garantie de la sécurité des patients supposent l'amélioration des capacités, une direction ferme, des approches systémiques et systématiques, des ressources humaines et d'autres ressources suffisantes, des données solides, l'échange des meilleures pratiques et l'apprentissage, la confiance et la responsabilisation mutuelles, qui peuvent être renforcées, selon qu'il conviendra, par la coopération et la collaboration internationales ;

Considérant que l'amélioration et la garantie de la sécurité des patients constituent un défi croissant pour la prestation des services de santé dans le monde et que les soins de santé à risque sont à l'origine d'importants préjudices évitables pour les patients et de grandes souffrances humaines, entraînent une charge financière considérable pour les systèmes de santé et conduisent à une perte de confiance envers ces systèmes ;

Préoccupée par le fait que la charge des traumatismes et autres préjudices causés aux patients du fait d'événements indésirables soit probablement l'une des 10 principales causes de décès et de handicap dans le monde, comparable à la charge de la tuberculose et du paludisme, et que les données factuelles disponibles semblent indiquer que la plus grande partie de cette charge est supportée par les pays à revenu faible ou intermédiaire – dans les hôpitaux desquels on compte chaque année 134 millions d'événements nosocomiaux indésirables dus à des soins à risque, contribuant à 2,6 millions de décès ;

Considérant que la plupart des événements indésirables peuvent être évités en appliquant des stratégies efficaces de prévention et d'atténuation notamment, selon qu'il conviendra, des politiques et des systèmes de données améliorés, des procédures de soins redéfinies (tenant compte notamment des facteurs humains et de la formation), des stratégies sur la salubrité de l'environnement et les infrastructures, une meilleure culture organisationnelle pour améliorer les pratiques, des systèmes de réglementation favorables et efficaces et de meilleures stratégies de communication, et que les solutions s'avèrent souvent simples et peu coûteuses, le coût de la prévention se révélant bien inférieur à celui des soins ;

Reconnaissant le succès obtenu, le travail de pionnier effectué et le dévouement manifesté par les autorités de nombreux États Membres dans l'élaboration de stratégies et de politiques visant à appuyer et à améliorer la sécurité des patients ; dans la mise en œuvre de programmes, d'initiatives et d'interventions relatifs à la sécurité et à la qualité, tels que des dispositions en matière d'assurance ou des ombudsmans au service des patients ; dans la création d'une culture de la sécurité des patients dans l'ensemble du système de santé ; dans des systèmes transparents de notification des incidents qui permettent de tirer les leçons des erreurs commises ; dans les efforts déployés pour prendre en charge les événements indésirables et leurs conséquences sans chercher de responsables ; et dans l'élaboration d'une approche de la sécurité des patients centrée sur les patients ;

Préoccupée par le manque de progrès en général dans l'amélioration de la sécurité des soins de santé et par le fait que, malgré les efforts mondiaux tendant à réduire la charge des préjudices causés aux patients, la situation d'ensemble au cours des 17 dernières années indique que de sensibles améliorations peuvent être apportées et que les mesures de sécurité – même appliquées là où les revenus sont élevés – ont eu des effets limités ou variables et que la plupart n'ont pas été adaptées à une application concluante dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Reconnaissant l'importance de bien mesurer la sécurité des patients pour promouvoir des systèmes de santé plus résilients, de mener une action préventive améliorée et plus ciblée en faveur de la sécurité et de la prise de conscience des risques, de notifier les incidents de façon transparente, d'analyser les données et de disposer de systèmes d'apprentissage, à tous les niveaux, à côté de

l'éducation, de la formation et du perfectionnement professionnel continu, pour mettre en place et maintenir un personnel compétent, compatissant et dévoué intervenant dans un environnement favorable pour assurer la sécurité des soins de santé ; et l'importance d'associer et d'autonomiser les patients et leur famille pour améliorer la sécurité des soins en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires ;

Considérant en outre que, pour améliorer et garantir la sécurité des patients, il faut combler les lacunes en matière de connaissances, de politiques, d'élaboration, de prestation et de communication à tous les niveaux,

1. APPROUVE l'instauration d'une Journée mondiale de la sécurité des patients, qui sera célébrée le 17 septembre de chaque année afin de sensibiliser l'opinion au problème et de l'amener à collaborer, de promouvoir la compréhension au niveau mondial et d'œuvrer en faveur de la solidarité mondiale et de l'action des États Membres visant à promouvoir la sécurité des patients ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>1</sup>

1) à considérer la sécurité des patients comme une priorité sanitaire dans les politiques et programmes du secteur de la santé, en faisant d'elle une composante essentielle du renforcement des systèmes de santé en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle ;

2) à évaluer et à mesurer la nature et l'ampleur du problème de la sécurité des patients et notamment les risques, les erreurs, les événements indésirables et les préjudices causés aux patients à tous les niveaux de la prestation de services de santé, notamment par la notification, l'apprentissage et des systèmes de retour d'information intégrant les points de vue des patients et de leur famille ; et à mener une action préventive et à appliquer des mesures systématiques visant à réduire les risques pour tous ;

3) à élaborer et à mettre en œuvre des politiques, une législation, des stratégies, des orientations et des outils nationaux et à déployer des ressources suffisantes afin de renforcer les systèmes et de garantir la sécurité de tous les services de santé, selon qu'il conviendra ;

4) à collaborer avec les autres États Membres, les organisations de la société civile, les organisations de patients, les organisations professionnelles, les établissements universitaires et de recherche, l'industrie et les autres parties prenantes concernées afin de promouvoir la sécurité des patients, de lui donner un degré de priorité élevé et de l'intégrer dans l'ensemble des politiques et des stratégies de santé ;

5) à échanger et à diffuser les meilleures pratiques, et à encourager l'apprentissage mutuel afin de réduire les préjudices causés aux patients au moyen d'une collaboration régionale et internationale ;

6) à intégrer et à mettre en œuvre des stratégies pour la sécurité des patients dans l'ensemble des programmes cliniques et des domaines à risque, selon qu'il conviendra, pour prévenir chez les patients les préjudices évitables liés aux actes médicaux et aux produits et dispositifs sanitaires, y compris dans les domaines de l'innocuité des médicaments, de la sécurité des opérations chirurgicales, de la lutte contre l'infection, de la prise en charge de l'état septique, de la sécurité du diagnostic, de la salubrité de l'environnement et des infrastructures, de la sécurité des injections, de la sécurité transfusionnelle et de la sécurité radiologique, ainsi que pour réduire le risque de diagnostic et de traitement inadaptés ou tardifs et pour prêter une attention particulière aux groupes à risque ;

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 7) à promouvoir une culture de la sécurité en dispensant une formation initiale à tous les professionnels de la santé, en instaurant une culture de la notification des incidents relatifs à la sécurité des patients dans laquelle on ne cherche pas de responsables, par l'intermédiaire de systèmes ouverts et transparents qui mettent en évidence les facteurs de causalité des préjudices et les facteurs qui contribuent à leur survenue et tirent les leçons de l'examen de ces facteurs, en agissant sur les facteurs humains, en renforçant les capacités de direction et de gestion et en mettant sur pied des équipes pluridisciplinaires efficaces, dans le but de mieux sensibiliser et responsabiliser les acteurs, d'améliorer les résultats pour les patients et de réduire les frais liés aux événements indésirables à tous les niveaux des systèmes de santé ;
  - 8) à se doter de ressources humaines pérennes au moyen de programmes d'éducation et de formation multisectoriels et interprofessionnels axés sur les compétences, sur la base des programmes de formation de l'OMS relatifs à la sécurité des patients et du développement professionnel continu, afin de promouvoir une approche pluridisciplinaire, et à créer un environnement de travail adapté optimisant la prestation de services de santé sûrs ;
  - 9) à promouvoir la recherche, notamment la recherche translationnelle, afin d'appuyer la prestation de services de santé et de soins à long terme plus sûrs ;
  - 10) à promouvoir l'utilisation de nouvelles technologies pour la santé, y compris de technologies numériques, notamment dans le but de mettre sur pied et de développer des systèmes d'information sanitaire, afin d'appuyer la collecte de données aux fins de la surveillance et de la notification des risques, des événements indésirables et des autres indicateurs des préjudices à différents niveaux des services de santé et des services de protection sociale en lien avec la santé, tout en garantissant la protection des données personnelles, et dans le but d'appuyer l'utilisation des solutions numériques pour prodiguer des soins de santé plus sûrs ;
  - 11) à envisager l'utilisation de la médecine traditionnelle et complémentaire, selon les besoins, pour la prestation de soins de santé plus sûrs ;
  - 12) à mettre en place des systèmes visant à faire participer les familles des patients et les communautés (en particulier celles qui ont été touchées par des événements indésirables) et de les rendre plus autonomes pour la prestation de soins de santé plus sûrs, notamment par l'intermédiaire d'initiatives, de réseaux et d'associations de renforcement des capacités ; et à collaborer avec les familles, les communautés et la société civile afin de mettre à profit leur expérience des soins sûrs et des soins à risque dans le but de renforcer les stratégies de sécurité et de réduction des préjudices, ainsi que les mécanismes et les plans de compensation, dans tous les aspects de la prestation des soins de santé, selon qu'il conviendra ;
  - 13) à célébrer une Journée mondiale de la sécurité des patients le 17 septembre de chaque année afin de promouvoir tous les aspects de la sécurité des patients, notamment les progrès réalisés en vue d'atteindre les étapes fixées à l'échelle nationale, en collaboration avec les parties prenantes concernées ;
  - 14) à envisager de prendre part aux sommets ministériels mondiaux annuels sur la sécurité des patients ;
3. INVITE les organisations internationales et les autres parties prenantes concernées à collaborer avec les États Membres à la promotion et à l'accompagnement des initiatives pour la sécurité des patients, notamment en célébrant chaque année la Journée mondiale pour la sécurité des patients ;

## 4. PRIE le Directeur général :

- 1) de mettre en avant la sécurité des patients en tant que priorité stratégique fondamentale dans les travaux de l'OMS en matière de couverture sanitaire universelle ;
- 2) de mettre sur pied des orientations normatives sur les normes minimales, les politiques, les meilleures pratiques et les outils nécessaires à la sécurité des patients, notamment sur la culture de la sécurité, sur les facteurs humains, sur l'infrastructure d'hygiène, sur la gouvernance clinique et sur la gestion des risques ;
- 3) d'apporter un soutien technique aux États Membres, et surtout aux pays à revenu faible ou intermédiaire, selon qu'il conviendra et à leur demande, pour leur permettre de renforcer les capacités nationales visant à évaluer, à mesurer et à améliorer la sécurité des patients, en collaboration avec les organisations professionnelles, le cas échéant, et de créer une culture de la sécurité, et de veiller à la prévention efficace des préjudices, y compris des infections, associés aux soins de santé, en renforçant les capacités de leadership et de gestion, et pour mettre en place des systèmes ouverts et transparents qui permettent de repérer les causes des préjudices et d'en tirer des enseignements ;
- 4) d'apporter aux États Membres qui en font la demande un soutien en vue de mettre en place et/ou de renforcer des systèmes de surveillance de la sécurité des patients ;
- 5) de renforcer les réseaux mondiaux de sécurité des patients pour mettre en commun les meilleures pratiques et les enseignements et pour améliorer la collaboration internationale, y compris au moyen d'un réseau mondial de formateurs à la sécurité des patients, et de collaborer avec les États Membres, les organisations de la société civile, les organisations de patients, les organisations professionnelles, les établissements universitaires et de recherche, l'industrie et les autres parties intéressées pour concevoir des systèmes de santé plus sûrs ;
- 6) de fournir, sur demande, un appui technique et des orientations normatives concernant le développement des ressources humaines dans les États Membres, au moyen d'une formation interprofessionnelle fondée sur les compétences, basée sur les programmes de formation de l'OMS dans le domaine de la sécurité des patients, et, en consultation avec les États Membres, de mettre au point des programmes de « formation de formateurs » en matière de sécurité des patients, et de créer des réseaux mondiaux et régionaux de conseils de formation professionnelle pour promouvoir la formation à la sécurité des patients ;
- 7) de mettre au point et de gérer, en consultation avec les États Membres, des systèmes pour la mise en commun, à l'échelle mondiale, des enseignements tirés des incidents relatifs à la sécurité des patients, y compris grâce à des rapports fiables et systématiques, à des systèmes d'analyse et de diffusion de données ;
- 8) de concevoir, de lancer et de soutenir les « Défis mondiaux pour la sécurité des patients » et d'élaborer et d'appliquer des stratégies, des orientations et des outils pour aider les États Membres à mettre en œuvre chaque Défi en utilisant les meilleures données disponibles ;
- 9) de favoriser et de soutenir l'application des technologies numériques et de la recherche, y compris de la recherche translationnelle, pour améliorer la sécurité des patients ;
- 10) d'apporter aux États Membres, sur demande, un soutien dans la mise en place de systèmes pour soutenir la collaboration active, la participation et l'autonomisation des patients, des familles et des communautés en ce qui concerne la prestation de soins de santé plus sûrs ; et à créer des réseaux pour la collaboration des patients, des communautés, de la société civile et des organisations de patients, ou à les renforcer ;

- 11) de collaborer avec les États Membres, les organisations internationales et les autres parties intéressées pour promouvoir la Journée mondiale de la sécurité des patients ;
- 12) de formuler un plan d'action mondial pour la sécurité des patients en consultation avec les États Membres<sup>1</sup> et l'ensemble des parties intéressées, y compris le secteur privé, en vue de sa soumission à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en 2021, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-huitième session ;
- 13) de soumettre un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution, pour examen par les Soixante-Quatorzième, Soixante-Seizième et Soixante-Dix-Huitième Assemblées mondiales de la Santé.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, cinquième rapport)

## **WHA72.7 Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé<sup>2</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Sécurité des patients – Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé » ;<sup>3</sup>

Rappelant la Déclaration d'Astana adoptée à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018), qui conçoit le renforcement des soins de santé primaires comme l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et qui affirme que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé ;

Rappelant également la résolution WHA64.24 (2011) sur l'eau potable, l'assainissement et la santé, qui met en avant les principes relatifs aux soins de santé primaires tels qu'ils ont été définis dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et dans les autres résolutions qui y sont rappelées (WHA35.17 (1982), WHA39.20 (1986), WHA42.25 (1989), WHA44.28 (1991), WHA45.31 (1992), WHA51.28 (1998) et WHA63.23 (2010)), ainsi que la résolution WHA70.7 (2017) sur l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de l'état septique, qui souligne le rôle de l'amélioration de l'eau potable, des installations d'assainissement, de la gestion des déchets sanitaires et des pratiques d'hygiène dans les soins de santé primaires ;

Rappelant en outre la résolution 64/292 (2010) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement, ainsi que la résolution 72/178 (2017) de l'Assemblée générale et la résolution 39/8 (2018) du Conseil des droits de l'homme, portant toutes deux sur les droits de l'homme à l'eau potable et à l'assainissement ;

Notant que s'il n'y a pas de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène suffisants et sûrs dans les établissements de santé, les pays n'atteindront pas les cibles relevant des objectifs de développement durable 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 6 (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des

---

<sup>1</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> Document A72/27.

ressources en eau), notamment la réduction de la mortalité de la mère et du nouveau-né et l'instauration d'une couverture sanitaire universelle effective, ni les cibles des objectifs de développement durable 1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde), 7 (Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable), 11 (Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables) et 13 (Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions) ;

Notant également que la prestation de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène sûrs est essentielle à la sécurité des patients et que l'on a montré qu'elle réduisait le risque d'infection pour les patients, les aidants, les agents de santé et les communautés voisines, et notant que des progrès dans la prestation de ces services dans les établissements de santé devraient également permettre de prévenir de manière efficace et en temps voulu le choléra – et de traiter les patients atteints de cette maladie – ainsi que les maladies diarrhéiques et d'autres maladies, comme l'affirme la résolution WHA71.4 (2018) intitulée « Choléra : prévention et lutte » ;

Rappelant la résolution WHA68.7 (2015) sur le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, dont les objectifs soulignent l'importance vitale de services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans la communauté et les lieux de soins pour une meilleure hygiène et de meilleures mesures de prévention des infections en vue de limiter l'apparition et la propagation d'infections résistant aux antimicrobiens ainsi que l'usage inapproprié de médicaments antimicrobiens, en assurant ainsi une bonne gestion ;

Prenant note des conclusions du rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF intitulé *WASH in health care facilities: global baseline report 2019*,<sup>1</sup> dont il ressort qu'un établissement de santé sur quatre ne dispose d'aucun service de base d'alimentation en eau, qu'un sur cinq est dépourvu de services d'assainissement et que 42 % ne disposent pas d'équipements d'hygiène sur le lieu des soins ; soulignant les conséquences de l'absence de ces services de base dans ces établissements, notamment la propagation des infections dans des lieux censés promouvoir la santé et l'hygiène de base pour prévenir les maladies ; et insistant sur les conséquences pour la dignité des patients et d'autres usagers qui ont recours aux services de soins de santé, en particulier les parturientes et les nouveau-nés ;

Rappelant la déclaration du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies au moment du lancement de la Décennie internationale d'action sur le thème « L'eau et le développement durable » (2018-2028), dans laquelle il lance un appel mondial à agir en faveur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans l'ensemble des établissements de santé ;

Notant que le rapport sur la santé, l'environnement et le changement climatique présenté par le Directeur général à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé<sup>2</sup> fait état d'éléments moteurs au niveau mondial, tels que la croissance démographique, l'urbanisation et les changements climatiques, qui devraient influencer de manière notable sur la disponibilité et la qualité des services d'eau et d'assainissement et des ressources en eau douce et sur l'accès à ces services, et souligne la nécessité de prendre en compte d'urgence les liens entre changements climatiques, énergie, eau potable, assainissement, hygiène et santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>3</sup>

- 1) à mener des évaluations complètes en fonction du contexte national et, selon qu'il conviendra, afin de quantifier la disponibilité, la qualité et les besoins concernant les services

---

<sup>1</sup> WASH in health care facilities: global baseline report 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2019.

<sup>2</sup> Document A71/11.

<sup>3</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé, et d'évaluer la situation en matière de lutte anti-infectieuse, en utilisant les protocoles ou les outils régionaux ou mondiaux existants<sup>1,2</sup> et en collaboration avec l'initiative mondiale visant à améliorer les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé ;<sup>3</sup>

2) à élaborer et à mettre en œuvre une feuille de route en fonction du contexte national afin que chaque établissement de santé dans chaque environnement dispose, proportionnellement à ses besoins : d'un approvisionnement en eau fiable et géré de manière sûre ; de toilettes ou de latrines suffisantes, accessibles et gérées de manière sûre pour les patients, ceux qui s'en occupent et le personnel, indifféremment du sexe, de l'âge et des capacités ; des éléments fondamentaux des programmes de lutte anti-infectieuse, y compris de bonnes infrastructures et pratiques en matière d'hygiène des mains ; de services de nettoyage réguliers et efficaces ; de systèmes sûrs de gestion des déchets, y compris pour les excréta et l'élimination des déchets médicaux ; et, chaque fois que possible, d'une source d'énergie durable et non polluante ;

3) à établir et à appliquer, en fonction du contexte national, des normes minimales pour les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et pour la lutte anti-infectieuse dans tous les cadres de soins de santé, et à intégrer des normes pour les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et pour la lutte anti-infectieuse dans les systèmes d'accréditation et de réglementation ; et à mettre en place des mécanismes de responsabilisation afin de renforcer les normes et les pratiques ;

4) à fixer des cibles dans les politiques de santé et à intégrer les indicateurs relatifs aux services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et à la lutte anti-infectieuse<sup>4</sup> dans les mécanismes de suivi nationaux afin d'établir des valeurs de référence, de suivre les progrès et d'effectuer un suivi régulier de la performance du système de santé ;

5) à intégrer les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les programmes de santé, y compris ceux relatifs à la nutrition et à la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né, dans le cadre de services de santé sûrs, de qualité, intégrés et centrés sur la personne, d'une couverture sanitaire universelle effective, de la lutte anti-infectieuse et de l'endigement de la résistance aux antimicrobiens ;

6) à recenser les inégalités et les ruptures dans la disponibilité de services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène adéquats dans les établissements de santé et à y remédier, en particulier dans les établissements qui assurent des services de maternité et dans les établissements de soins de santé primaires ;

---

<sup>1</sup> OMS et UNICEF. *Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT). Guide pratique pour l'amélioration de la qualité des soins grâce à de meilleurs services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 ([https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/fr/](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/fr/), consulté le 4 septembre 2019).

<sup>2</sup> OMS. National infection prevention and control assessment tool (IPCAT2) et Infection Prevention and Control Assessment Framework at the Facility Level (IPCAF), (<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> (et liens présentés sur cette page), consulté le 7 février 2019).

<sup>3</sup> L'OMS et l'UNICEF coordonnent les efforts mondiaux visant à améliorer les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé. Cette action porte sur plusieurs domaines, notamment les évaluations nationales. Pour plus d'informations, voir le portail sur les services WASH dans les établissements de santé – action mondiale visant à fournir un accès universel d'ici à 2030 à l'adresse [www.washinhcf.org](http://www.washinhcf.org) (consulté le 7 février 2019).

<sup>4</sup> OMS et UNICEF. *Questions et indicateurs de base destinés au suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) au sein des établissements de soins de santé (ESS) dans le cadre des objectifs de développement durable*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 ([https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/fr/](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/fr/), consulté le 7 février 2019).

- 7) à harmoniser leurs stratégies et leurs approches avec l'initiative mondiale relative aux services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé<sup>1</sup> et à contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 6 (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau) ;
- 8) à mettre en place des procédures et des financements pour faire fonctionner et maintenir des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé, et à réaliser de façon continue des mises à niveau et des améliorations en fonction des besoins, de sorte que les infrastructures continuent de fonctionner et que des ressources soient mises à disposition pour aider les établissements à accéder à d'autres sources d'eau potable si les modes d'approvisionnement habituels ne fonctionnent plus, afin de réduire le plus possible les répercussions sur l'environnement et les autres incidences, et de maintenir les pratiques d'hygiène ;
- 9) à mener une action d'éducation et de sensibilisation, conformément aux accords régionaux, sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène, en mettant particulièrement l'accent sur les maternités, les hôpitaux et les lieux fréquentés par les mères et les enfants ; et à mener de façon continue des campagnes d'information sur les risques liés à un assainissement insuffisant, notamment à la défécation en plein air, afin de décourager cette pratique et d'inciter les communautés à utiliser des toilettes et les agents de santé à gérer de façon sûre les déchets fécaux ;
- 10) à mettre en place des mécanismes solides de coordination multisectorielle avec la participation active de tous les ministères concernés, en particulier ceux chargés de la santé, des finances, de l'eau et de l'énergie ; à harmoniser et à intensifier les efforts de collaboration et à garantir un financement suffisant pour appuyer la prestation de services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse sous tous leurs aspects dans l'ensemble du système de santé ; et à investir dans des personnels de santé suffisamment nombreux et dûment qualifiés (y compris des soignants, des personnels de nettoyage et des ingénieurs chargés de gérer les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène, d'assurer des services de maintenance, de veiller au bon fonctionnement des installations et de suivre les pratiques appropriées d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse) notamment en investissant dans des programmes solides de formation initiale et continue du personnel à tous les niveaux ;
- 11) à promouvoir un environnement de travail sûr et sécurisé pour chaque agent de santé, notamment au moyen d'aides et d'outils, de services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et de fournitures pour le nettoyage et l'hygiène, en vue d'une prestation de services efficiente et sûre ;
2. INVITE les partenaires internationaux, régionaux et locaux :
- 1) à mieux mettre en évidence, dans les stratégies sanitaires et les mécanismes de financement souples, l'importance des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et des services de lutte anti-infectieuse assurés dans les établissements de santé, et

---

<sup>1</sup> Des informations sur les activités mondiales de l'OMS et de l'UNICEF concernant les services WASH dans les établissements de santé sont disponibles à l'adresse [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/facilities/fr/](https://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/fr/) (consulté le 7 février 2019).

d'axer ainsi les efforts sur le renforcement des systèmes de santé en général au lieu de privilégier les méthodes de programmation verticales ou cloisonnées ;

2) à soutenir l'action des pouvoirs publics visant à associer les communautés à la prise de décisions pour assurer des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène de meilleure qualité et plus équitables dans les établissements de santé, y compris s'agissant de signaler aux autorités les insuffisances ou les déficiences de ces services ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à jouer un rôle moteur au niveau mondial et de poursuivre l'élaboration d'orientations techniques pour atteindre les cibles fixées dans la présente résolution ;

2) de faire rapport sur la situation mondiale concernant l'accès aux services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé dans le cadre des efforts déployés pour atteindre l'objectif 6 de développement durable (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau), y compris dans le cadre du Programme commun de suivi, et d'intégrer les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse assurés dans les établissements de santé dans la couverture sanitaire universelle effective, les soins de santé primaires et les initiatives visant à mesurer la qualité des soins ;

3) de faciliter la mobilisation de ressources internes et externes dans les secteurs public et privé et de contribuer à la mise au point d'argumentaires, à l'échelle nationale, incitant à investir dans les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé ;

4) de continuer à mieux faire ressortir, à l'OMS et dans les instances politiques de haut niveau, l'importance des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé, et de collaborer avec d'autres entités des Nations Unies pour répondre de manière coordonnée à l'appel à l'action lancé par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ;

5) de collaborer avec les États Membres et les partenaires à l'examen, à l'actualisation et à l'application du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens et de seconder les États Membres dans la mise au point de feuilles de route et de cibles nationales concernant les services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé ;

6) de collaborer avec les partenaires à l'adaptation des mécanismes de notification existants et, si nécessaire, à la mise au point de nouveaux pour mettre en lumière et suivre les progrès réalisés sur les plans de la coordination, de la mise en œuvre, du financement, de l'accessibilité, de la qualité et de la gestion des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé, selon la méthodologie établie pour rendre compte des indicateurs de l'objectif 6 de développement durable (Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau) ;<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Comprend les protocoles, méthodes et rapports du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, et l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable réalisées par ONU-Eau sous la direction de l'OMS.

7) de faciliter la mise en place et la coordination des services d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène et des mesures de lutte anti-infectieuses de base dans les établissements de santé et les centres de triage des patients en cas de crise et dans les situations d'urgence humanitaire par l'intermédiaire des groupes sectoriels santé et WASH, en exploitant le potentiel des partenariats pour prévenir les flambées épidémiques dans ces situations ;

8) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2021 et 2023 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, cinquième rapport)

### **WHA72.8 Améliorer la transparence des marchés de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires<sup>1,2</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'accès aux médicaments et aux vaccins<sup>3</sup> et son annexe intitulée « Projet de feuille de route pour l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux autres produits sanitaires, 2019-2023 » ainsi que le rapport du Directeur général intitulé « Médicaments, vaccins et produits sanitaires – Médicaments contre le cancer »,<sup>4</sup> conformément à la résolution WHA70.12 (2017) sur la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée ;

Constatant le rôle déterminant joué par l'innovation en matière de produits sanitaires<sup>1</sup> et de services de santé pour mettre de nouveaux traitements utiles à disposition des patients et des systèmes de santé du monde entier ;

Constatant également que l'amélioration de l'accès aux produits sanitaires est un défi pluridimensionnel qui demande d'agir sur l'ensemble de la chaîne de valeur et du cycle de vie des produits, depuis la recherche-développement jusqu'à l'assurance de la qualité, aux capacités de réglementation, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et à l'utilisation, et d'en posséder une connaissance satisfaisante ;

S'inquiétant vivement des prix élevés de certains produits sanitaires, et des inégalités d'accès à ces produits à l'intérieur des États Membres et entre eux, ainsi que des difficultés financières découlant des prix élevés, qui entravent les progrès vers la couverture sanitaire universelle ;

Constatant que les types d'informations publiquement disponibles sur les données tout le long de la chaîne de valeur des produits sanitaires, y compris les prix effectivement payés par différents acteurs et les coûts, varient d'un État Membre à l'autre, et que la disponibilité d'informations comparables sur les prix peut faciliter les efforts déployés en vue d'assurer un accès abordable et équitable aux produits sanitaires ;

---

<sup>1</sup> Aux fins de la présente résolution, les produits sanitaires comprennent les médicaments, les vaccins, les dispositifs médicaux, les produits de diagnostic, les produits d'assistance, les thérapies cellulaires et géniques et d'autres technologies sanitaires.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> Document A72/17.

<sup>4</sup> Document EB144/18.

Cherchant à améliorer les informations publiquement disponibles sur les prix appliqués dans différents secteurs et pays, ainsi que l'accès à ces informations et leur utilisation, tout en tenant compte des différences entre les cadres et contextes juridiques nationaux et régionaux et en reconnaissant l'importance de la tarification différenciée ;

Prenant note des discussions productives tenues lors du deuxième Forum pour une tarification équitable (Johannesburg, Afrique du Sud, 11-13 avril 2019) sur la promotion d'une plus grande transparence concernant les prix des produits sanitaires, en particulier moyennant l'échange d'informations afin de stimuler le développement de marchés mondiaux opérationnels et concurrentiels ;

Notant l'importance du financement tant public que privé de la recherche-développement sur les produits sanitaires, et cherchant à améliorer la transparence de ce financement tout le long de la chaîne de valeur ;

Cherchant à améliorer progressivement les informations publiquement disponibles sur les facteurs de production tout le long de la chaîne de valeur des produits sanitaires, la communication d'informations au public sur les brevets concernés et leur situation, ainsi que la disponibilité d'informations concernant les brevets pour un produit sanitaire particulier et son autorisation de mise sur le marché ;

Notant la dernière version de la Déclaration d'Helsinki (2013) de l'Association médicale mondiale, qui préconise de rendre publics les résultats des essais cliniques, aussi bien négatifs ou non concluants que positifs, et relevant que l'accès du public à des données complètes sur les essais cliniques est important pour favoriser les progrès de la science et le traitement efficace des patients, tout en protégeant leurs renseignements personnels ;

Convenant que les politiques qui influencent la tarification des produits sanitaires et réduisent les obstacles à l'accès peuvent être mieux conçues et mieux évaluées lorsqu'il existe des données fiables, comparables, transparentes et suffisamment détaillées<sup>1</sup> tout le long de la chaîne de valeur,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, conformément à leur cadre juridique et à leur contexte nationaux et régionaux :

- 1) à prendre des mesures appropriées pour échanger publiquement des informations sur les prix nets<sup>2</sup> des produits sanitaires ;
- 2) à prendre les mesures voulues, selon qu'il conviendra, pour faciliter la diffusion et une plus grande disponibilité des données agrégées sur les résultats et – s'ils sont déjà disponibles publiquement ou fournis à titre volontaire – des coûts des essais cliniques humains indépendamment de leurs issues ou de la question de savoir si les résultats étayeront une demande d'autorisation de mise sur le marché, ainsi que l'accès à ces données et à ces coûts, tout en veillant au secret médical ;
- 3) à collaborer afin d'améliorer la notification, par les fournisseurs, d'informations sur les produits sanitaires homologués, par exemple les rapports sur les recettes, les prix, les unités vendues, les frais de commercialisation et les subventions et incitations ;

---

<sup>1</sup> Y compris, mais pas seulement, des données sur la disponibilité (en particulier sur les marchés de taille réduite), les unités vendues et les patients ayant accès aux produits sur différents marchés, les bienfaits médicaux et la valeur thérapeutique ajoutée des produits.

<sup>2</sup> Aux fins de la présente résolution, le « prix net », le « prix effectif », le « prix de transaction net » ou le « prix de vente du fabricant » s'entend du montant reçu par le fabricant après déduction de tous les rabais, remises et autres incitations.

- 4) à faciliter une amélioration de la notification publique des informations sur la situation concernant les brevets et les autorisations de mise sur le marché des produits sanitaires ;
  - 5) à améliorer les capacités nationales dans le domaine des produits sanitaires, notamment par la coopération internationale et par des modalités ouvertes et collaboratives de recherche-développement et de production de produits sanitaires, surtout dans les pays en développement et les pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment de produits sanitaires pour des maladies qui touchent plus particulièrement ces pays, ainsi que les capacités pour la sélection des produits, l'efficacité des achats, l'assurance de la qualité et la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer d'apporter un appui aux États Membres, à leur demande, pour la collecte et l'analyse d'informations concernant les données économiques sur la chaîne de valeur des produits sanitaires et les données relatives à l'élaboration et à l'application de politiques pertinentes en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle ;
  - 2) de continuer d'apporter un appui aux États Membres, surtout aux pays à revenu faible ou intermédiaire, dans la mise au point et l'application de leur politique nationale de transparence des marchés de produits sanitaires, portant notamment sur les capacités nationales de production locale, l'adoption rapide et en temps opportun de produits génériques et biosimilaires, l'efficacité des achats, la sélection des produits, l'assurance de la qualité et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits sanitaires ;
  - 3) de soutenir les travaux de recherche sur la transparence des prix et de suivre les effets de celle-ci sur l'accessibilité économique et la disponibilité des produits sanitaires, y compris son effet sur la tarification différenciée, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et sur les marchés de taille réduite, et de fournir à cet égard une analyse et un appui aux États Membres, selon qu'il conviendra ;
  - 4) d'analyser la disponibilité des données sur les facteurs de production tout le long de la chaîne de valeur, y compris les données relatives aux essais cliniques et les informations sur les prix, en vue d'évaluer la faisabilité et l'utilité potentielle de la mise en place d'un outil en ligne pour l'échange d'informations sur la transparence des marchés de produits sanitaires, y compris d'informations sur les investissements, les incitations et les subventions ;
  - 5) de poursuivre les efforts de l'OMS en vue de l'organisation, tous les deux ans, du Forum pour une tarification équitable avec les États Membres et toutes les parties intéressées afin d'examiner l'accessibilité économique et la transparence des prix et des coûts relatifs aux produits sanitaires ;
  - 6) de continuer à appuyer les efforts actuellement consentis pour déterminer la situation concernant les brevets de produits sanitaires et pour promouvoir des bases de données conviviales publiquement disponibles sur les brevets pour les acteurs de la santé publique, conformément à la Stratégie mondiale et au Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et de collaborer avec d'autres organisations internationales intéressées et parties prenantes pour améliorer la coopération internationale, éviter les doublons et promouvoir des initiatives pertinentes ;
  - 7) de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-huitième session.

**WHA72.9      État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés ;<sup>1</sup>

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>2</sup>

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote des Comores, de la Gambie, de la Guinée-Bissau, de la République centrafricaine,<sup>3</sup> du Soudan du Sud, de l'Ukraine et du Venezuela (République bolivarienne du)<sup>4</sup> était suspendu et que cette suspension se prolongerait jusqu'à ce que les arriérés des États Membres concernés 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 Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, le Congo et le Sénégal étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l'ouverture de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020,

DÉCIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7 (1988), si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, le Congo et le Sénégal sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) se prolongera jusqu'à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés du Congo et du Sénégal 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.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

---

<sup>1</sup> Document A72/37.

<sup>2</sup> Document A72/66.

<sup>3</sup> Voir le document A72/61.

<sup>4</sup> Voir le document A72/60 Rev.1.

## **WHA72.10 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République centrafricaine**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande de la République centrafricaine concernant ses arriérés de contributions d'un montant de US \$134 646 jusqu'à et y compris 2018 ; considérant également la demande de la République centrafricaine de rééchelonner le paiement de ce solde sur la période 2019-2028 ;

Notant que cette demande n'est pas totalement conforme aux dispositions de la résolution WHA54.6 (2001) en ce qui concerne le délai et la procédure,

1. DÉCIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République centrafricaine à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé aux conditions suivantes :

La République centrafricaine acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise US \$134 646, sur une période de 10 ans, comprise entre 2019 et 2028, selon l'échéancier indiqué ci-après, en plus de sa contribution annuelle ;

| <b>Année</b> | <b>US \$</b>   |
|--------------|----------------|
| 2019         | 13 465         |
| 2020         | 13 465         |
| 2021         | 13 465         |
| 2022         | 13 465         |
| 2023         | 13 465         |
| 2024         | 13 465         |
| 2025         | 13 465         |
| 2026         | 13 465         |
| 2027         | 13 465         |
| 2028         | 13 461         |
| <b>Total</b> | <b>134 646</b> |

2. DÉCIDE EN OUTRE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si la République centrafricaine ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport aux Assemblées de la Santé suivantes sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de communiquer le texte de la présente résolution au Gouvernement de la République centrafricaine.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

**WHA72.11 Nomination du Commissaire aux comptes**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la nomination du Commissaire aux comptes,<sup>1</sup>

1. DÉCIDE que le Contrôleur et vérificateur général des comptes de l'Inde est nommé Commissaire aux comptes de l'Organisation mondiale de la Santé pour la période de quatre ans allant de 2020 à 2023 et qu'il/elle devra effectuer ses vérifications de comptes conformément aux principes énoncés à l'article XIV et à l'appendice du Règlement financier, et qu'il/elle pourra, le cas échéant, désigner un représentant chargé de le/la suppléer en son absence ;

2. EXPRIME ses remerciements à la Commission de vérification des comptes de la République des Philippines pour les services qu'elle a rendus à l'Organisation en vérifiant les comptes pendant huit ans, de 2012 à 2019.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

**WHA72.12 Barème des contributions pour 2020-2021**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le barème des contributions pour l'exercice 2020-2021,<sup>2</sup>

ADOpte le barème des contributions des Membres et des Membres associés pour l'exercice 2020-2021 tel qu'il figure ci-après.

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b> | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|--|---|
| Afghanistan                            | 0,0070  |
| Afrique du Sud                         | 0,2720  |
| Albanie                                | 0,0080  |
| Algérie                                | 0,1380  |
| Allemagne                              | 6,0904  |
| Andorre                                | 0,0050  |
| Angola                                 | 0,0100  |
| Antigua-et-Barbuda                     | 0,0020  |
| Arabie saoudite                        | 1,1721  |
| Argentine                              | 0,9151  |
| Arménie                                | 0,0070  |
| Australie                              | 2,2101  |
| Autriche                               | 0,6770  |
| Azerbaïdjan                            | 0,0490  |

<sup>1</sup> Document A72/42.

<sup>2</sup> Document A72/38.

---

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b> | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|--|---|
| Bahamas                                | 0,0180  |
| Bahreïn                                | 0,0500  |
| Bangladesh                             | 0,0100  |
| Barbade                                | 0,0070  |
| Bélarus                                | 0,0490  |
| Belgique                               | 0,8211  |
| Belize                                 | 0,0010  |
| Bénin                                  | 0,0030  |
| Bhoutan                                | 0,0010  |
| Bolivie (État plurinational de)        | 0,0160  |
| Bosnie-Herzégovine                     | 0,0120  |
| Botswana                               | 0,0140  |
| Brésil                                 | 2,9482  |
| Brunéi Darussalam                      | 0,0250  |
| Bulgarie                               | 0,0460  |
| Burkina Faso                           | 0,0030  |
| Burundi                                | 0,0010  |
| Cabo Verde                             | 0,0010  |
| Cambodge                               | 0,0060  |
| Cameroun                               | 0,0130  |
| Canada                                 | 2,7342  |
| Chili                                  | 0,4070  |
| Chine                                  | 12,0058   |
| Chypre                                 | 0,0360  |
| Colombie                               | 0,2880  |
| Comores                                | 0,0010  |
| Congo                                  | 0,0060  |
| Costa Rica                             | 0,0620  |
| Côte d'Ivoire                          | 0,0130  |
| Croatie                                | 0,0770  |
| Cuba                                   | 0,0800  |
| Danemark                               | 0,5540  |
| Djibouti                               | 0,0010  |
| Dominique                              | 0,0010  |
| Égypte                                 | 0,1860  |
| El Salvador                            | 0,0120  |
| Émirats arabes unis                    | 0,6160  |
| Équateur                               | 0,0800  |
| Érythrée                               | 0,0010  |
| Espagne                                | 2,1461  |
| Estonie                                | 0,0390  |
| Eswatini                               | 0,0020  |
| États-Unis d'Amérique                  | 22,0000   |
| Éthiopie                               | 0,0100  |

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b> | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|--|---|
| Fédération de Russie                   | 2,4052  |
| Fidji                                  | 0,0030  |
| Finlande                               | 0,4210  |
| France                                 | 4,4273  |
| Gabon                                  | 0,0150  |
| Gambie                                 | 0,0010  |
| Géorgie                                | 0,0080  |
| Ghana                                  | 0,0150  |
| Grèce                                  | 0,3660  |
| Grenade                                | 0,0010  |
| Guatemala                              | 0,0360  |
| Guinée                                 | 0,0030  |
| Guinée-Bissau                          | 0,0010  |
| Guinée équatoriale                     | 0,0160  |
| Guyana                                 | 0,0020  |
| Haïti                                  | 0,0030  |
| Honduras                               | 0,0090  |
| Hongrie                                | 0,2060  |
| Îles Cook (non-membre de l'ONU)        | 0,0010  |
| Îles Marshall                          | 0,0010  |
| Îles Salomon                           | 0,0010  |
| Inde                                   | 0,8341  |
| Indonésie                              | 0,5430  |
| Iran (République islamique d')         | 0,3980  |
| Iraq                                   | 0,1290  |
| Irlande                                | 0,3710  |
| Islande                                | 0,0280  |
| Israël                                 | 0,4900  |
| Italie                                 | 3,3072  |
| Jamaïque                               | 0,0080  |
| Japon                                  | 8,5645  |
| Jordanie                               | 0,0210  |
| Kazakhstan                             | 0,1780  |
| Kenya                                  | 0,0240  |
| Kirghizistan                           | 0,0020  |
| Kiribati                               | 0,0010  |
| Koweït                                 | 0,2520  |
| Lesotho                                | 0,0010  |
| Lettonie                               | 0,0470  |
| Liban                                  | 0,0470  |
| Libéria                                | 0,0010  |
| Libye                                  | 0,0300  |
| Lituanie                               | 0,0710  |
| Luxembourg                             | 0,0670  |

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b> | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|--|---|
| Macédoine du Nord                      | 0,0070  |
| Madagascar                             | 0,0040  |
| Malaisie                               | 0,3410  |
| Malawi                                 | 0,0020  |
| Maldives                               | 0,0040  |
| Mali                                   | 0,0040  |
| Malte                                  | 0,0170  |
| Maroc                                  | 0,0550  |
| Maurice                                | 0,0110  |
| Mauritanie                             | 0,0020  |
| Mexique                                | 1,2921  |
| Micronésie (États fédérés de)          | 0,0010  |
| Monaco                                 | 0,0110  |
| Mongolie                               | 0,0050  |
| Monténégro                             | 0,0040  |
| Mozambique                             | 0,0040  |
| Myanmar                                | 0,0100  |
| Namibie                                | 0,0090  |
| Nauru                                  | 0,0010  |
| Népal                                  | 0,0070  |
| Nicaragua                              | 0,0050  |
| Niger                                  | 0,0020  |
| Nigéria                                | 0,2500  |
| Nioué (non-membre de l'ONU)            | 0,0010  |
| Norvège                                | 0,7540  |
| Nouvelle-Zélande                       | 0,2910  |
| Oman                                   | 0,1150  |
| Ouganda                                | 0,0080  |
| Ouzbékistan                            | 0,0320  |
| Pakistan                               | 0,1150  |
| Palaos                                 | 0,0010  |
| Panama                                 | 0,0450  |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée              | 0,0100  |
| Paraguay                               | 0,0160  |
| Pays-Bas                               | 1,3561  |
| Pérou                                  | 0,1520  |
| Philippines                            | 0,2050  |
| Pologne                                | 0,8021  |
| Porto Rico (non-membre de l'ONU)       | 0,0010  |
| Portugal                               | 0,3500  |
| Qatar                                  | 0,2820  |
| République arabe syrienne              | 0,0110  |
| République centrafricaine              | 0,0010  |
| République de Corée                    | 2,2671  |

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b>              | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|---|---|
| République démocratique du Congo                    | 0,0100  |
| République démocratique populaire lao               | 0,0050  |
| République de Moldova                               | 0,0030  |
| République dominicaine                              | 0,0530  |
| République populaire démocratique de Corée          | 0,0060  |
| République-Unie de Tanzanie                         | 0,0100  |
| Roumanie  | 0,1980  |
| Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord | 4,5673  |
| Rwanda  | 0,0030  |
| Sainte-Lucie  | 0,0010  |
| Saint-Kitts-et-Nevis                                | 0,0010  |
| Saint-Marin   | 0,0020  |
| Saint-Vincent-et-les-Grenadines                     | 0,0010  |
| Samoa   | 0,0010  |
| Sao Tomé-et-Principe                                | 0,0010  |
| Sénégal   | 0,0070  |
| Serbie  | 0,0280  |
| Seychelles  | 0,0020  |
| Sierra Leone  | 0,0010  |
| Singapour   | 0,4850  |
| Slovaquie   | 0,1530  |
| Slovénie  | 0,0760  |
| Somalie   | 0,0010  |
| Soudan  | 0,0100  |
| Soudan du Sud                                       | 0,0060  |
| Sri Lanka   | 0,0440  |
| Suède   | 0,9061  |
| Suisse  | 1,1511  |
| Suriname  | 0,0050  |
| Tadjikistan   | 0,0040  |
| Tchad   | 0,0040  |
| Tchéquie  | 0,3110  |
| Thaïlande   | 0,3070  |
| Timor-Leste   | 0,0020  |
| Togo  | 0,0020  |
| Tokélaou (non-membre de l'ONU)                      | 0,0010  |
| Tonga   | 0,0010  |
| Trinité-et-Tobago                                   | 0,0400  |
| Tunisie   | 0,0250  |
| Turkménistan  | 0,0330  |
| Turquie   | 1,3711  |
| Tuvalu  | 0,0010  |
| Ukraine   | 0,0570  |
| Uruguay   | 0,0870  |

| <b>Membres<br/>et Membres associés</b> | <b>Barème de l'OMS<br/>pour 2020-2021<br/>%</b> |
|--|---|
| Vanuatu                                | 0,0010  |
| Venezuela (République bolivarienne du) | 0,7280  |
| Viet Nam                               | 0,0770  |
| Yémen                                  | 0,0100  |
| Zambie                                 | 0,0090  |
| Zimbabwe                               | 0,0050  |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>100,0000</b>                                 |

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

### **WHA72.13 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général,<sup>2</sup>

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US \$179 948 par an, avec un traitement net correspondant de US \$134 266 ;
2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint à US \$198 315 par an, avec un traitement net correspondant de US \$146 388 ;
3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à US \$244 571 par an, avec un traitement net correspondant de US \$176 917 ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

### **WHA72.14 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : République bolivarienne du Venezuela**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande de la République bolivarienne du Venezuela concernant ses arriérés de contributions d'un montant de US \$13 219 535 jusqu'à et y compris 2019 ; considérant également la demande de la République bolivarienne du Venezuela de rééchelonner le paiement de ce solde sur la période 2019-2038 ;<sup>3</sup>

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Voir le document A72/45.

<sup>3</sup> Voir le document A72/60 Rev.1.

<sup>4</sup> Document A72/66.

Notant que cette demande n'est pas totalement conforme aux dispositions de la résolution WHA54.6 (2001) en ce qui concerne le délai et la procédure,

1. DÉCIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République bolivarienne du Venezuela à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé aux conditions suivantes :

La République bolivarienne du Venezuela acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise US \$13 219 535, sur une période de 20 ans, comprise entre 2019 et 2038, selon l'échéancier indiqué ci-après, en plus de sa contribution annuelle ;

| Année        | US \$             |
|--------------|-------------------|
| 2019         | 660 977           |
| 2020         | 660 977           |
| 2021         | 660 977           |
| 2022         | 660 977           |
| 2023         | 660 977           |
| 2024         | 660 977           |
| 2025         | 660 977           |
| 2026         | 660 977           |
| 2027         | 660 977           |
| 2028         | 660 977           |
| 2029         | 660 977           |
| 2030         | 660 977           |
| 2031         | 660 977           |
| 2032         | 660 977           |
| 2033         | 660 977           |
| 2034         | 660 977           |
| 2035         | 660 977           |
| 2036         | 660 977           |
| 2037         | 660 977           |
| 2038         | 660 972           |
| <b>TOTAL</b> | <b>13 219 535</b> |

2. DÉCIDE EN OUTRE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si la République bolivarienne du Venezuela ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport aux Assemblées de la Santé suivantes sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de communiquer le texte de la présente résolution au Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72.15 Onzième Révision de la Classification internationale des maladies<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports du Directeur général sur la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies ;<sup>2</sup>

Rappelant le Règlement de Nomenclature de l'OMS adopté par la Vingtième Assemblée mondiale de la Santé le 22 mai 1967 ;<sup>3</sup>

Rappelant également la résolution de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé du 17 mai 1990 portant adoption de la Dixième Révision de la Classification internationale des maladies avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1993 ;<sup>4</sup>

Considérant que l'élaboration et la mise à jour de la Classification internationale des maladies est une fonction normative essentielle de l'OMS,

1. ADOPTE la Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11), qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sous réserve des dispositions transitoires, composée des éléments suivants :

- 1) la liste détaillée des catégories à quatre caractères et des sous-catégories facultatives à cinq ou six caractères<sup>5</sup> avec les listes abrégées pour la mise en tableaux des causes de mortalité et de morbidité ;
- 2) les définitions, les normes et les exigences en matière de notification relatives à la mortalité maternelle, fœtale, périnatale, néonatale et infantile ;<sup>6</sup>
- 3) les règles et les instructions pour le codage de la cause sous-jacente de la mortalité et le codage de l'affection principale pour la morbidité ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'allouer des ressources suffisantes au sein de l'Organisation pour la mise à jour et la maintenance de la CIM-11 et pour sa révision ultérieure ;
- 2) de publier la CIM-11 dans les six langues officielles de l'Organisation et de mettre en place les outils numériques et les mécanismes d'appui pour qu'elle soit mise à jour, diffusée et utilisée, notamment en facilitant les liens avec les terminologies cliniques existantes ;
- 3) d'accompagner les États Membres à leur demande dans la mise en œuvre de la CIM-11, notamment en mettant en place des systèmes, en renforçant les capacités et en mettant à disposition la plateforme de traduction de la CIM-11 ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Documents A72/29 et A72/29 Add.1.

<sup>3</sup> Résolution WHA20.18.

<sup>4</sup> Résolution WHA43.24.

<sup>5</sup> Voir la version publiée de la CIM-11 en anglais à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (consulté le 28 mars 2019).

<sup>6</sup> Voir le document à l'adresse <https://icd.who.int/docs/norms-eb2019.pdf>, page 14 (consulté le 28 mars 2019).

- 4) de proposer des dispositions transitoires à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour une période d'au moins cinq ans, et aussi longtemps que nécessaire, afin de permettre aux États Membres de réunir et de communiquer des statistiques en utilisant les précédentes révisions de la Classification internationale des maladies ;
- 5) de mettre en œuvre un processus de mise à jour régulière de la CIM-11,<sup>1</sup> et de poursuivre l'élaboration et l'application de la famille de classifications des maladies et de classifications sanitaires connexes, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes restant la classification principale reliée à d'autres classifications, versions par spécialités et documents de terminologie connexes ;
- 6) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 et à la Quatre-Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 2032, et d'inclure dans le rapport de 2032 une évaluation de la nécessité de réviser la CIM-11.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, quatrième rapport)

## **WHA72.16      Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées<sup>2</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport intitulé « Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées »<sup>3</sup> ;

Notant qu'il est important d'organiser le système de santé dans son ensemble, notamment en faisant la distinction entre les services et les soins différés, les services et les soins non différés, et les services et les soins d'urgence en vue de répondre aux besoins sanitaires des populations de manière durable, efficace et appropriée ;

Sachant que de nombreuses interventions sanitaires qui ont fait leurs preuves dépendent du facteur temps et que les soins d'urgence sont une plateforme intégrée permettant de fournir sans délai des services de soins de santé accessibles et de qualité en cas de maladie ou de traumatisme grave à toutes les étapes de la vie ;

Soulignant que la rapidité d'exécution est une composante essentielle de la qualité et que des millions de décès et de handicaps de longue durée dus à des traumatismes, des infections, des troubles mentaux et d'autres problèmes de santé mentale, des poussées aiguës de maladies non transmissibles, des complications graves de la grossesse et d'autres situations d'urgence peuvent être évités chaque année s'il existe des services de soins d'urgence et si les patients y parviennent à temps ;

---

<sup>1</sup> Tel qu'il est décrit à l'annexe 3.8 du document « Reference Guide of the ICD-11 » (disponible en anglais seulement à l'adresse <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>, consulté le 28 mars 2019).

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

<sup>3</sup> Document A72/31.

Notant qu'à eux seuls, les traumatismes sont responsables de près de cinq millions de décès chaque année et que les traumatismes dus aux accidents de la route sont la principale cause de mortalité chez les 5-29 ans ;<sup>1</sup>

Notant également que les soins d'urgence constituent un élément essentiel de la prestation de services dans les systèmes de santé et que des services d'urgence bien conçus favorisent le dépistage rapide, l'administration des traitements et, s'il y a lieu, la poursuite de ceux-ci pour les personnes gravement malades au niveau adéquat du système de santé ;

Prenant acte de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et considérant que des soins d'urgence bien organisés, sûrs et de grande qualité constituent un mécanisme essentiel pour atteindre une série de cibles associées, notamment en matière de couverture sanitaire universelle, de sécurité routière, de santé de la mère et de l'enfant, de maladies non transmissibles, de santé mentale et de maladies infectieuses ;

Prenant acte, en outre, des objectifs de développement durable 11 (Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables) et 16 (Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès à tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous), et notant qu'un système de soins d'urgence de base, solide et bien préparé est essentiel pour atténuer l'impact des catastrophes et des événements faisant de nombreuses victimes, et pour être en mesure de continuer à dispenser des services de santé en situation précaire et dans les zones de conflit ;

Rappelant les résolutions WHA56.24 (2003) sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, WHA57.10 (2004) sur la sécurité routière et la santé (reprise par la résolution 72/271 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale), WHA60.22 (2007) intitulée « Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence », WHA64.10 (2011) sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé, WHA66.8 (2013) sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, WHA68.15 (2015) intitulée « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle » et WHA69.1 (2016) intitulée « Renforcer les fonctions essentielles de santé publique pour contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle », dans lesquelles l'Assemblée de la Santé a accordé la priorité aux modèles de prestation intégrée des services et a établi que le manque d'accès à des soins d'urgence en temps opportun causait des problèmes de santé publique graves et nombreux ;

Rappelant également le mandat du treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS, à savoir améliorer la prestation intégrée des services et servir en particulier les populations les plus défavorisées, marginalisées et difficiles à atteindre, pour que personne ne soit laissé de côté ;<sup>2</sup>

Notant que l'accès non discriminatoire de toutes les personnes qui ont besoin de soins en temps opportun dans le cadre de services de soins d'urgence bien organisés, sûrs et de grande qualité peut contribuer à réduire les inégalités en matière de santé ;

Notant en outre que dans de nombreux pays le système de soins d'urgence constitue le principal filet de sécurité du système de santé et le principal point d'accès aux services de santé, en particulier pour les populations marginalisées, ce qui participe d'une utilisation non optimale des ressources du système de santé ;

---

<sup>1</sup> Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.

<sup>2</sup> Treizième programme général de travail, 2019-2023 (figurant dans le document A71/4 et adopté dans la résolution WHA71.1 (2018)).

Constatant que l'absence de soins d'urgence organisés dans de nombreux pays entraîne, à l'échelle mondiale, d'importantes disparités quant à l'issue de l'ensemble des situations d'urgence ;

Notant qu'un grand nombre d'interventions de soins d'urgence sont à la fois efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité, et que la prestation intégrée de soins d'urgence peut sauver des vies et maximiser l'impact dans l'ensemble du système de santé ;

Préoccupée par le fait que le manque d'investissements dans les soins d'urgence de première ligne nuit à l'efficacité, limite l'impact et fait augmenter les coûts dans d'autres composantes du système de santé ;

Sachant que les agents de santé de première ligne, et le personnel infirmier en particulier, dispensent des soins aux personnes gravement malades ou blessées, souvent sans avoir reçu de formation spécialisée à la gestion des situations d'urgence et en ayant des possibilités limitées de consultations ;

Notant que, pour améliorer les résultats, il faut connaître l'utilisation potentielle et réelle des soins d'urgence, et que les données existantes ne fournissent pas la base adéquate pour une bonne planification et une affectation judicieuse des ressources dans le domaine des soins d'urgence ;

Considérant que l'OMS dispose d'une série de documents d'orientation qui aident les décideurs, les planificateurs et les administrateurs à élaborer les plans d'action les mieux adaptés à la situation de leur pays, ainsi que d'instruments de formation, de normes pour les services de soins d'urgence essentiels et de ressources à chaque niveau du système de santé,

1. DEMANDE que des efforts supplémentaires soient consentis rapidement à l'échelle mondiale pour renforcer la prestation de soins d'urgence dans le cadre de la couverture sanitaire universelle de façon à garantir que les services de soins de santé susceptibles de sauver des vies sont fournis de manière efficace et en temps opportun aux personnes qui en ont besoin ;<sup>1</sup>

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :<sup>2</sup>

1) à mettre en place des politiques pour un financement pérenne et une gouvernance efficace de soins d'urgence sûrs, de grande qualité, fondés sur les besoins et universellement accessibles, en dehors de toute considération socioculturelle, sans exiger de paiement préalable, et dans un système général de santé offrant des soins et des services essentiels de qualité, ainsi qu'une protection contre le risque financier au titre de la couverture sanitaire universelle ;

2) le cas échéant, à faire des évaluations volontaires à l'aide de l'outil d'évaluation des systèmes de soins d'urgence mis au point par l'OMS afin de repérer les lacunes et de définir les mesures prioritaires en fonction du contexte ;

3) à œuvrer, aux niveaux de gouvernance appropriés, en faveur de l'inclusion des soins courants prodigués dans les unités d'urgence hospitalières et préhospitalières dans les stratégies sanitaires, de même que dans d'autres documents de planification pertinents, par exemple les plans d'intervention d'urgence et les plans relatifs aux services d'obstétrique et de chirurgie, ou de promouvoir cette inclusion ;

4) à mettre sur pied un mécanisme de gouvernance, adapté à la situation du pays, pour la coordination des services de soins d'urgence préhospitaliers et hospitaliers courants, notamment en nouant des liens avec d'autres acteurs concernés pour la préparation et l'intervention en cas de catastrophe et d'épidémie, et en incluant la capacité du personnel d'autres secteurs ;

---

<sup>1</sup> Voir Emergency and trauma care [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/emergencycare/en/>, consulté le 20 mai 2019).

<sup>2</sup> Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 5) à mettre en avant des approches plus cohérentes et inclusives pour préserver les systèmes de soins d'urgence efficaces en tant que piliers de la couverture sanitaire universelle dans les situations précaires et les zones de conflit, afin de dispenser les services de santé essentiels et d'assurer les fonctions de santé publique, ainsi que d'en garantir la continuité, conformément aux principes humanitaires ;
  - 6) à promouvoir comme il conviendra, en fonction du niveau des services de soins de santé en partant du niveau le plus bas, la mise en place d'une unité ou d'un lieu spécialisé assurant les services et les soins d'urgence et disposant de l'équipement et des capacités nécessaires pour la prise en charge et le diagnostic ;
  - 7) à promouvoir l'accès de tous à des soins préhospitaliers en temps opportun, en utilisant des systèmes informels ou officiels, en fonction des ressources disponibles, notamment en instaurant, là où il n'en existe pas, des numéros de téléphone gratuits, accessibles à tous et conformes aux normes internationales ;
  - 8) à appliquer les procédures et protocoles clés, tels qu'ils sont définis dans les lignes directrices de l'OMS sur les soins d'urgence, comme le triage et les listes de vérification,<sup>1</sup> le cas échéant ;
  - 9) à dispenser une formation spécialisée à la prise en charge des cas urgents à toutes les catégories de personnel de santé concernées, notamment en concevant des programmes de formation universitaire supérieure pour les médecins et le personnel infirmier, en formant les prestataires de soins de première ligne aux soins d'urgence de base, en intégrant une formation aux soins d'urgence dans les programmes d'études de premier cycle du personnel infirmier et des médecins, et en établissant des procédures de certification pour les prestataires de soins préhospitaliers, selon qu'il conviendra dans le contexte national ;
  - 10) à sensibiliser les communautés et à renforcer leur capacité de gérer les situations d'urgence, notamment par des campagnes et par la formation aux pratiques normalisées dans l'ensemble des établissements d'enseignement et sur l'ensemble des lieux de travail, tout en adaptant ces pratiques aux populations visées, afin que celles-ci soient en mesure de reconnaître les urgences potentielles, d'en atténuer les conséquences et d'orienter les cas vers des services spécialisés ;
  - 11) à appliquer des mécanismes de collecte normalisée de données afin de déterminer la charge locale des maladies aiguës et de trouver des mécanismes performants pour améliorer la coordination, la sécurité et la qualité des soins d'urgence ;
  - 12) à appuyer les efforts visant à garantir, en fonction des risques au niveau local, que les unités d'urgence hospitalières et préhospitalières disposent de plans pour protéger les prestataires de soins, les patients et les infrastructures contre les actes de violence, de même que pour protéger les prestataires de soins et les patients contre toute discrimination, et qu'elles aient des protocoles clairs pour la prévention et la prise en charge des expositions dangereuses ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'accroître la capacité de l'OMS à tous les niveaux de fournir les orientations techniques et l'aide nécessaires aux États Membres et aux autres acteurs concernés qui s'emploient à renforcer les systèmes de soins d'urgence, notamment dans le but de garantir la préparation dans tous les contextes pertinents ;

---

<sup>1</sup> Voir Emergency and trauma care [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/emergencycare/en/>, consulté le 20 mai 2019).

- 2) d'encourager les réseaux, les partenariats et les plans d'action multisectoriels, et de faciliter la collaboration entre les États Membres afin d'appuyer la diffusion et l'application effectives des meilleures pratiques en matière de soins d'urgence ;
- 3) de promouvoir l'accès équitable et non discriminatoire à des services de soins d'urgence sûrs et de qualité pour tous dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ;
- 4) de renouveler les efforts prescrits dans la résolution WHA60.22 dans le but de fournir un appui aux États Membres, à leur demande, pour ce qui concerne l'évaluation des besoins, l'inspection des établissements, les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité, l'examen des textes de loi et toutes autres mesures destinées à renforcer la prestation de soins d'urgence ;
- 5) d'appuyer les États Membres afin qu'ils développent leurs capacités administratives, cliniques et en matière d'élaboration de politiques dans le domaine des soins d'urgence, en mettant à leur disposition des options stratégiques et des orientations techniques, assorties de stratégies et de supports pédagogiques destinés aux prestataires de soins et aux planificateurs ;
- 6) de renforcer la base de connaissances sur les soins d'urgence en encourageant les recherches sur la charge des maladies aiguës et la prestation de soins d'urgence, ainsi qu'en fournissant des outils, des protocoles, des indicateurs et d'autres normes nécessaires pour faciliter la collecte et l'analyse de données, notamment sur le rapport coût/efficacité ;
- 7) de faciliter la sensibilisation et la mobilisation des ressources internationales et nationales, conformément au Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement,<sup>1</sup> en mettant à disposition des moyens de sensibilisation ;
- 8) de faire rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en 2021 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, quatrième rapport)

---

<sup>1</sup> Résolution 69/313 (2015) de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

## DÉCISIONS

### WHA72(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des États Membres suivants : Bahreïn, Cambodge, Érythrée, Îles Marshall, Indonésie, Libéria, Monténégro, Pologne, République dominicaine, Seychelles, Slovaquie et Suriname.

(Première séance plénière, 20 mai 2019)

### WHA72(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

**Président :** D<sup>r</sup> Bounkong Syhavong (République démocratique populaire lao)

**Vice-Présidents :** S. E. M<sup>me</sup> Socorro Flores Liera (Mexique)  
M. Abdoulaye Diouf Sarr (Sénégal)  
D<sup>r</sup> Hussain Abdul Rahman Al Rand (Émirats arabes unis)  
D<sup>r</sup> Alisher Shadmanov (Ouzbékistan)  
M<sup>me</sup> Dechen Wangmo (Bhoutan)

(Première séance plénière, 20 mai 2019)

### WHA72(3) Élection du bureau des commissions principales

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a élu présidents des commissions principales :

**Commission A : Présidente** D<sup>re</sup> Silvia Paula Valentim Lutucuta (Angola)  
**Commission B : Président** M. Herbert Barnard (Pays-Bas)

(Première séance plénière, 20 mai 2019)

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidents et rapporteurs :

**Commission A : Vice-Présidents** D<sup>r</sup> Yasuhiro Suzuki (Japon)  
D<sup>r</sup> Mohammad Assai Ardakani (République islamique d'Iran)  
**Rapporteuse** M<sup>me</sup> Laura Bordón (Paraguay)

**Commission B : Vice-Présidents** D<sup>re</sup> Karen Gordon-Campbell (Guyana)  
M. Abdulla Ameen (Maldives)

**Rapporteur** D<sup>r</sup> Ahmad Jan Naeem (Afghanistan)

(Premières séances des Commissions A et B,  
20 et 22 mai 2019, respectivement)

#### **WHA72(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Afrique du Sud, Bahamas, Chine, Congo, Cuba, Djibouti, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Honduras, Mongolie, Myanmar, Niger, République démocratique du Congo, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Somalie.

(Première séance plénière, 20 mai 2019)

#### **WHA72(5) Adoption de l'ordre du jour**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, après avoir supprimé cinq points et exclu un point supplémentaire.

(Deuxième séance plénière, 20 mai 2019)

#### **WHA72(6) Vérification des pouvoirs**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des États 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 (État plurinational de) ; Bosnie-Herzégovine ; Botswana ; Brésil ; Brunéi Darussalam ; Bulgarie ; Burkina Faso ; Burundi ; Cabo Verde ; Cambodge ; Cameroun ; Canada ; Chili ; Chine ; Chypre ; Colombie ; Comores ; Congo ; Costa Rica ; Côte d'Ivoire ; Croatie ; Cuba ; Danemark ; Djibouti ; Égypte ; El Salvador ; Émirats arabes unis ; Équateur ; Érythrée ; Espagne ; Estonie ; Eswatini ; États-Unis d'Amérique ; Éthiopie ; Fédération de Russie ; Fidji ; Finlande ; France ; Gabon ; Gambie ; Géorgie ; Ghana ; Grèce ; Grenade ; Guatemala ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Hongrie ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Iraq ; Irlande ; Islande ; Israël ; Italie ; Jamaïque ; Japon ; Jordanie ; Kazakhstan ; Kenya ; Kirghizistan ; Kiribati ; Koweït ; Lesotho ; Lettonie ; Liban ; Libéria ; Libye ; Lituanie ; Luxembourg ; Macédoine du Nord ; Madagascar ; Malaisie ; Malawi ; Maldives ; Mali ; Malte ; Maroc ; Maurice ; Mauritanie ; Mexique ; Micronésie (États fédérés de) ; Monaco ; Mongolie ; Monténégro ; Mozambique ; Myanmar ; Namibie ; Nauru ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Palaos ; Panama ; 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-Unie de Tanzanie ; Roumanie ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rwanda ; Sainte-Lucie ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Marin ; Saint-Vincent-et-les-Grenadines ; Samoa ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Serbie ; Seychelles ;

Sierra Leone ; Singapour ; Slovaquie ; Slovénie ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Sri Lanka ; Suède ; Suisse ; Suriname ; Tadjikistan ; Tchad ; Tchèque ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Togo ; Tonga ; Trinité-et-Tobago ; Tunisie ; Turkménistan ; Turquie ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Vanuatu ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

(Cinquième séance plénière, 22 mai 2019)

**WHA72(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Argentine, Autriche, Bangladesh, Burkina Faso, Émirats arabes unis, Grenade, Guyana, Kenya, Singapour, Tadjikistan, Tonga et Tunisie.

(Sixième séance plénière, 24 mai 2019)

**WHA72(8) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, prenant note du rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA71(10) (2018),<sup>2</sup> a décidé de prier le Directeur général :

- 1) de rendre compte à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général, en s'appuyant sur une évaluation de terrain ;
- 2) de fournir un appui aux services de santé palestiniens, notamment par des programmes de renforcement des capacités et l'élaboration de plans stratégiques d'investissement dans des capacités locales spécifiques de traitement et de diagnostic ;
- 3) de garantir un approvisionnement durable en vaccins, médicaments et matériel médical préqualifiés par l'OMS pour le territoire palestinien occupé, conformément au droit international humanitaire et aux normes et critères de l'OMS ;
- 4) d'apporter une assistance technique sanitaire à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;
- 5) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien, notamment des prisonniers et des détenus, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des handicapés et des blessés ;
- 6) de soutenir le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, en mettant l'accent sur le développement des ressources humaines, afin de rendre disponibles localement les services de santé, de diminuer les orientations-recours, de réduire les coûts ; de renforcer la prestation de services de santé mentale ; et d'assurer

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/33.

durablement des soins de santé primaires solides moyennant des services de santé appropriés, complets et intégrés ;

7) de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces objectifs.

(Sixième séance plénière, 24 mai 2019 –  
Commission B, premier rapport)

**WHA72(9) Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Santé, environnement et changements climatiques – Projet de stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains »,<sup>1</sup> a décidé :

1) de prendre note de la Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques ;<sup>2</sup>

2) de prier le Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, troisième rapport)

**WHA72(10) Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le projet de plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement,<sup>3</sup> a décidé :

1) de prendre note du Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement ;<sup>4</sup>

2) de prier le Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, troisième rapport)

---

<sup>1</sup> Document A72/15.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 2.

<sup>3</sup> Voir le document A72/16.

<sup>4</sup> Voir l'annexe 3.

**WHA72(11) Suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé – Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles »,<sup>2</sup> où sont exposés les résultats de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, a décidé :

- 1) de prendre note avec satisfaction de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 73/2 (2018) et de prier le Directeur général de soutenir les États Membres dans sa mise en œuvre ;
- 2) de confirmer les objectifs figurant dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et dans le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, qui contribueront à atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable (d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) et d'autres buts et cibles concernant les maladies non transmissibles, et de prolonger jusqu'à 2030 l'application de ces plans d'action afin qu'ils soient alignés sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;
- 3) de prier le Directeur général :
  - a) de proposer une actualisation des appendices du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, selon qu'il conviendra, en consultation avec les États Membres et en tenant compte des points de vue d'autres parties prenantes,<sup>3</sup> tout en veillant à ce que ces plans d'action restent fondés sur des données scientifiques afin que les engagements déjà pris en matière de lutte contre les maladies non transmissibles soient tenus, et notamment que soient atteints la cible 3.4 des objectifs de développement durable (d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) et d'autres buts et cibles connexes ;
  - b) en s'appuyant sur les travaux en cours, d'établir et d'actualiser, selon qu'il conviendra, une liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité afin d'aider les États Membres à respecter les engagements qui figurent dans la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2018) pour promouvoir la santé mentale et le bien-être, en vue de son examen par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;
  - c) en s'appuyant sur les travaux en cours, d'établir une liste d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité afin d'aider les États Membres à respecter les engagements qui figurent dans la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/19.

<sup>3</sup> Conformément au Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

maîtrise des maladies non transmissibles (2018) pour faire baisser le nombre de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles attribués à la pollution atmosphérique, tout en sachant qu'il importe d'agir sur tous les déterminants environnementaux, en vue de son examen par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;

d) de faire rapport à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool au cours des 10 premières années qui ont suivi son adoption et sur la voie à suivre ;

e) de regrouper les rapports sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale dans un rapport annuel devant être soumis à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, de 2021 à 2031, et auquel seront annexés les rapports sur la mise en œuvre des résolutions, des stratégies et des plans d'action dans ces domaines,<sup>1,2</sup> conformément aux mandats et calendriers existants concernant ces rapports ;

f) de fournir de nouvelles orientations concrètes aux États Membres afin de renforcer les connaissances en santé au moyen de programmes d'éducation et de campagnes menées dans les médias et les médias sociaux à l'intention de l'ensemble de la population pour réduire l'impact de tous les facteurs de risque et déterminants des maladies non transmissibles, lesquelles seront présentées à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en 2021 ;

g) de présenter, dans le rapport d'ensemble qui sera soumis à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en 2021, en s'appuyant sur un examen des données d'expérience internationales, une analyse des approches concluantes de l'action multisectorielle contre les maladies non transmissibles, y compris celles qui s'intéressent aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de ces maladies ;

h) de rassembler et de diffuser les meilleures pratiques pour la prévention du surpoids et de l'obésité, et en particulier d'analyser comment l'offre alimentaire dans les écoles et autres établissements concernés peut favoriser une alimentation et un mode de vie sains afin de lutter contre l'épidémie de surpoids et d'obésité chez l'enfant et de réduire la malnutrition sous toutes ses formes, et de les incorporer dans le rapport d'ensemble qui sera présenté en 2021, conformément au paragraphe 3.e) ;

---

<sup>1</sup> Y compris ceux demandés dans la résolution WHA53.17 (2000) sur la lutte contre les maladies non transmissibles ; la résolution WHA57.17 (2004) sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; la résolution WHA63.13 (2010) sur la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ; la résolution WHA65.6 (2012) sur le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ; la résolution WHA66.8 (2013) sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 ; la résolution WHA66.10 (2013) sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; la résolution WHA68.19 (2015) sur les résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition ; la résolution WHA70.12 (2017) sur la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée ; la décision WHA70(17) (2017) sur le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence ; la décision WHA70(19) (2017) intitulée « Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : plan de mise en œuvre » ; la résolution WHA71.6 (2018) sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 ; et la résolution WHA71.9 (2018) sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

<sup>2</sup> Y compris les rapports sur les conclusions de l'évaluation faite à mi-parcours et à la fin de la période couverte conformément au paragraphe 60 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, et sur les conclusions de l'évaluation préliminaire et de l'évaluation finale prévues au paragraphe 19 du mandat du mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

- i) de fournir le soutien technique nécessaire aux États Membres pour intégrer la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale dans les soins de santé primaires, et pour améliorer la surveillance des maladies non transmissibles ;
- j) de mettre à disposition des ressources financières et humaines suffisantes pour répondre à la demande d'appui technique des États Membres désireux de renforcer l'action qu'ils mènent au niveau national contre les maladies non transmissibles, notamment en trouvant des mécanismes de financement volontaire novateurs, tels qu'un fonds d'affectation spéciale multidonateurs, en s'inspirant des travaux en cours dans ce domaine.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, quatrième rapport)

### **WHA72(12) Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports sur la mise en œuvre de la décision WHA71(11) (2018)<sup>2</sup> et prenant note des recommandations faites par le Groupe consultatif sur le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP) au Directeur général,<sup>3</sup> a décidé :

- 1) de prier le Directeur général :
  - a) d'œuvrer avec le système mondial de surveillance de la grippe et de riposte et d'autres partenaires, tels que les autres laboratoires autorisés et les établissements compétents, afin de collecter, d'analyser et de présenter des données sur l'échange de virus grippaux de manière à permettre de mieux comprendre les problèmes, les possibilités et les conséquences pour la santé publique liés à l'échange de virus dans le cadre du système mondial de surveillance de la grippe et de riposte, y compris en recensant les cas précis où l'échange de virus grippaux a été entravé et en déterminant comment éviter que cela ne se produise ;
  - b) d'établir un rapport, avec la contribution des États Membres<sup>4</sup> et des parties prenantes, selon qu'il conviendra, sur la façon dont l'échange de virus grippaux et les considérations de santé publique qui s'y rapportent sont traités dans les dispositions législatives et réglementaires existantes applicables, y compris celles relatives à la mise en œuvre du Protocole de Nagoya, en consultation avec le secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, si nécessaire ;
  - c) de donner de plus amples informations sur le fonctionnement, l'utilité et les limitations du prototype de moteur de recherche ;
  - d) d'étudier, y compris en sollicitant la contribution des États Membres, les prochaines étapes possibles pour faire mieux connaître le Cadre PIP auprès des gestionnaires de bases de données et des initiatives, des fournisseurs de données et des utilisateurs de données concernés, et pour promouvoir la prise en considération des fournisseurs de données et la collaboration entre fournisseurs et utilisateurs ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Documents A72/21 et A72/21 Add.1.

<sup>3</sup> Voir la section A de l'annexe 4.

<sup>4</sup> Et, le cas échéant, des organisations d'intégration économique régionale.

- e) de continuer à fournir des informations sur les nouveaux problèmes que posent les nouvelles technologies et les possibilités qu'elles offrent dans le contexte du Cadre PIP pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages, et sur les façons possibles de les envisager ;
- 2) de réviser la note de bas de page 1 de l'Accord type sur le transfert de Matériels 2 (SMTA 2), à l'annexe 2 du Cadre PIP, telle qu'elle figure dans la section B de l'annexe 4, avec effet à la clôture de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé ;
- 3) de prier en outre le Directeur général de faire rapport sur la mise en œuvre de ces mesures à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé en 2020, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, quatrième rapport)

### **WHA72(13) Incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, rappelant la Convention sur la diversité biologique, ses objectifs et son principe, ainsi que le Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique et son objectif ; rappelant en outre la Constitution de l'OMS et le Règlement sanitaire international (2005) ; et ayant examiné le rapport du Directeur général sur les incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya,<sup>2</sup> a décidé de prier le Directeur général, afin d'élargir la collaboration avec les États Membres, avec le secrétariat de la Convention sur la diversité biologique ainsi qu'avec les organisations internationales et parties prenantes intéressées :

- 1) de fournir des informations sur les pratiques et dispositions actuelles concernant l'échange d'agents pathogènes, la mise en œuvre de mesures relatives à l'accès à ces agents pathogènes et au partage des avantages qui en découlent, ainsi que les éventuels résultats et autres incidences pour la santé publique ; et
- 2) de fournir un rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-huitième session, ainsi qu'un rapport intérimaire au Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, sixième rapport)

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/32.

**WHA72(14) Promotion de la santé des réfugiés et des migrants**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur la promotion de la santé des réfugiés et des migrants,<sup>1</sup> a décidé :

- 1) de prendre note du Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2023 ;<sup>2</sup>
- 2) de prier le Directeur général de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2023, et notamment de transmettre les informations pertinentes communiquées par les États Membres volontairement et par les institutions des Nations Unies, selon qu'il convient, aux Soixante-Quatorzième et Soixante-Seizième Assemblées mondiales de la Santé.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission A, sixième rapport)

**WHA72(15) Rapport du Commissaire aux comptes**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé ;<sup>3</sup> et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,<sup>4</sup> a décidé d'accepter le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

**WHA72(16) Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2018-2019, avec les états financiers vérifiés pour 2018**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS – Budget programme 2018-2019 – Examen à mi-parcours »<sup>5</sup> et les états financiers vérifiés pour 2018 ;<sup>6</sup> et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,<sup>7</sup> a décidé d'accepter le rapport intitulé « Rapport sur les résultats de l'OMS – Budget programme 2018-2019 – Examen à mi-parcours » et les états financiers vérifiés pour 2018.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, deuxième rapport)

---

<sup>1</sup> Document A72/25 Rev.1.

<sup>2</sup> Voir l'annexe 5.

<sup>3</sup> Document A72/39.

<sup>4</sup> Document A72/67.

<sup>5</sup> Document A72/35.

<sup>6</sup> Documents A72/36 et A72/INF./5.

<sup>7</sup> Document A72/62.

**WHA72(17) Ressources humaines : rapport annuel**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le paragraphe 27 du rapport du Secrétariat intitulé « Ressources humaines : rapport annuel »,<sup>1</sup> et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé,<sup>2</sup> a décidé de modifier le paragraphe II.3) du contrat du Directeur général, comme il est indiqué à l'annexe 6, afin de permettre la participation rétroactive du Directeur général à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(18) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le D<sup>r</sup> Gerardo Lubin Burgos Bernal, délégué de la Colombie, membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2022.

L'Assemblée de la Santé a nommé le D<sup>r</sup> Arthur Williams, délégué de la Sierra Leone, membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2022.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(19) 2020 : Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier<sup>3</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le document A72/54 Rev.1, a décidé de désigner 2020 comme Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(20) Journée mondiale de la maladie de Chagas<sup>3</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le document A72/55 Rev.1, a décidé d'instaurer une Journée mondiale de la maladie de Chagas, qui sera célébrée le 14 avril.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

---

<sup>1</sup> Document A72/43.

<sup>2</sup> Document A72/65.

<sup>3</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

**WHA72(21) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (pour remplacer ou compléter la terminologie introduisant une considération de sexe)<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général sur la réforme de l'OMS,<sup>2</sup> a décidé :

- 1) d'amender son Règlement intérieur conformément aux exemples figurant à l'annexe du document A72/50 afin de remplacer ou compléter, seulement dans la version anglaise, la terminologie introduisant une considération de sexe, de façon à désigner à la fois les genres masculin et féminin, et de continuer à suivre la pratique en vigueur à l'Organisation des Nations Unies pour les cinq autres langues officielles et de travail des organes directeurs de l'OMS, en vertu de l'article 119 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé ;<sup>3</sup>
- 2) que ces amendements entreront en vigueur lorsque le Directeur général renumérottera les articles du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé conformément à la décision WHA72(23) (2019).

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(22) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (rapport de la Présidente du Conseil exécutif sur les résultats de la consultation informelle sur la réforme de la gouvernance)<sup>1</sup>**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général sur le rapport de la Présidente du Conseil exécutif sur les résultats de la consultation informelle sur la réforme de la gouvernance,<sup>4</sup> a décidé :

- 1) d'amender les articles 5, 11 et 12 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé comme indiqué à l'annexe 8, en vertu de l'article 119 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, avec effet à compter de la clôture de sa soixante-douzième session ; et de recommander que le mémorandum explicatif auquel il est fait référence au troisième paragraphe de l'article 5 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, tel que modifié, soit limité à 500 mots ;
- 2) d'amender l'article 48 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé comme indiqué à l'annexe 8 en vertu de l'article 119 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, avec effet à compter de la clôture de sa soixante-douzième session ;
- 3) d'amender les définitions figurant au début du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, les articles 3, 14, 19 et 22, le titre figurant entre les articles 43 et 44, et l'article 47 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé comme indiqué à l'annexe 8, en vertu de l'article 119 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, avec effet à compter de la clôture de sa soixante-douzième session ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 9 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document A72/50.

<sup>3</sup> Voir l'annexe 7.

<sup>4</sup> Document A72/51.

- 4) que les résolutions et les décisions devraient prévoir des dispositions claires en matière d'établissement de rapports, notamment des cycles allant jusqu'à six ans, avec des rapports biennaux, sauf indication contraire du Directeur général.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(23) Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (pour remédier aux ambiguïtés d'interprétation et aux lacunes dans le processus d'inscription à l'ordre du jour de points additionnels, supplémentaires ou urgents et parer à d'autres ambiguïtés, lacunes et insuffisances des règlements intérieurs des organes directeurs)**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général intitulé « Réforme de l'OMS : gouvernance »,<sup>1</sup> a décidé :

- 1) d'adopter les amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé tels qu'ils figurent à l'annexe 8, en vertu de l'article 119 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, avec effet à compter de la clôture de cette session de l'Assemblée de la Santé ;
- 2) de prier le Directeur général de renuméroter, en temps opportun, les articles du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, en tenant compte des amendements adoptés dans la présente décision.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019 –  
Commission B, troisième rapport)

**WHA72(24) Choix du pays où se tiendra la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé**

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Septième séance plénière, 28 mai 2019)

---

<sup>1</sup> Document A72/52.

## **ANNEXES**



## ANNEXE 1

### DÉCLARATION D'ASTANA<sup>1</sup>

Nous, chefs d'État et de gouvernement, ministres et représentants des États et des gouvernements,<sup>2</sup> participant à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, réunis à Astana les 25 et 26 octobre 2018, réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous, formulons ici la Déclaration ci-après :

#### **Nous sommes porteurs de la vision suivante :**

**des gouvernements et des sociétés** qui fixent des priorités, promeuvent et protègent la santé et le bien-être des populations, à la fois aux niveaux collectif et individuel, par l'intermédiaire de systèmes de santé solides ;

**des soins de santé primaires et des services de santé** qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents, motivés et engagés ;

**des environnements stimulants et propices à la santé** dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ;

**des partenaires et des parties prenantes** unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux.

#### **I**

Nous affirmons avec force notre engagement en faveur du droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte. Réunis à l'occasion du quarantième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, nous réaffirmons notre engagement en faveur de l'ensemble de ses valeurs et principes, en particulier la justice et la solidarité, et nous soulignons l'importance de la santé pour la paix, la sécurité et le développement socioéconomique, et leur interdépendance.

#### **II**

Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA72.2 ; voir également la Déclaration d'Astana. Genève, Organisation mondiale de la Santé/ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gphc-declaration-fr.pdf>).

<sup>2</sup> Et représentants des organisations d'intégration économique régionale.

d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Nous nous félicitons de l'organisation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle en 2019, à laquelle contribuera la présente Déclaration. Nous poursuivrons tous notre chemin pour parvenir à la CSU afin que toutes les populations aient un accès équitable aux soins de santé de qualité et efficaces dont elles ont besoin, en veillant à ce que l'utilisation de ces services ne les expose pas à des difficultés financières.

### III

Nous reconnaissons que malgré les progrès remarquables accomplis au cours des 40 dernières années dans toutes les régions du monde, les besoins en matière de santé de certaines populations ne sont toujours pas satisfaits. Rester en bonne santé est pour beaucoup un défi complexe, en particulier pour les populations défavorisées ou dans des situations de vulnérabilité. Nous trouvons qu'il est éthiquement, politiquement, socialement et économiquement inacceptable que les inégalités en santé et les disparités dans les résultats sanitaires persistent.

Nous continuerons à lutter contre le fardeau toujours plus lourd des maladies non transmissibles, qui conduisent à une mauvaise santé et des décès prématurés causés par le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, des modes de vie et des comportements nocifs pour la santé, le manque d'exercice physique et une mauvaise alimentation. À moins que nous n'agissions immédiatement, nous continuerons à perdre des vies prématurément du fait des guerres, de la violence, des épidémies, des catastrophes naturelles, des répercussions sur la santé des changements climatiques et des phénomènes météorologiques extrêmes ainsi que d'autres facteurs environnementaux. Nous ne devons pas perdre les occasions de mettre un terme aux flambées de maladies et aux menaces qui pèsent sur la santé mondiale, telles que la résistance aux antimicrobiens, et se propagent au-delà des frontières nationales.

Les services de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs doivent être accessibles à tous. Nous devons sauver des millions de personnes de la pauvreté, en particulier de l'extrême pauvreté, causée par des dépenses de santé directes excessives. Nous ne pouvons plus sous-estimer l'importance cruciale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ni tolérer des soins fragmentés, à risque ou de mauvaise qualité. Nous devons remédier à la pénurie et à la répartition inégale des agents de santé. Nous devons réagir face à l'augmentation des coûts des soins et des médicaments et vaccins. Nous ne pouvons pas nous permettre de gaspillage dans les dépenses de santé pour cause d'inefficacité.

**Nous nous engageons à :**

### IV

#### **Faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs**

Nous réaffirmons le rôle premier et la responsabilité des gouvernements à tous les niveaux dans la promotion et la protection du droit de chacun à posséder le meilleur état de santé possible. Nous promouvoir l'action multisectorielle et la CSU, en mobilisant les parties prenantes concernées et en donnant aux communautés locales les moyens de renforcer les soins de santé primaires. Nous nous attaquerons aux déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé et nous efforcerons de réduire les facteurs de risque en intégrant l'approche pour la santé dans toutes les politiques. Nous impliquerons davantage de parties prenantes dans la réalisation de la santé pour tous, en ne laissant personne de côté, tout en tenant compte des conflits d'intérêts et en les gérant, en favorisant la transparence et en mettant en place une gouvernance participative. Nous nous efforcerons d'éviter ou d'atténuer les conflits qui sapent les systèmes de santé et minent les avancées obtenues. Nous devons

utiliser des approches cohérentes et inclusives pour élargir les soins de santé primaires en tant que pilier de la CSU dans les situations d'urgence, en veillant à la continuité des soins et à la fourniture des services de santé essentiels conformément aux principes humanitaires. Nous fournirons et affecterons de manière appropriée des ressources humaines et autres pour renforcer les soins de santé primaires. Nous saluons le rôle directeur joué par les gouvernements qui ont fermement soutenu les soins de santé primaires et l'exemple qu'ils nous offrent.

## V

### **Construire des soins de santé primaires durables**

Les soins de santé primaires seront mis en œuvre conformément à la législation, au contexte et aux priorités nationales. Nous renforcerons les systèmes de santé en investissant dans les soins de santé primaires. Nous améliorerons les capacités et l'infrastructure pour les soins primaires – le premier contact avec les services de santé – en privilégiant les fonctions de santé publique essentielles. La prévention des maladies et la promotion de la santé seront considérées comme prioritaires et nous aurons pour objectif de satisfaire les besoins en santé de toutes les populations tout au long de la vie moyennant des services complets de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que des soins palliatifs. Les soins de santé primaires fourniront un ensemble complet de services et de soins, notamment, mais non seulement, des services de vaccination ; de dépistage ; de prévention, de maîtrise et de prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles ; des soins et des services qui promeuvent, protègent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé mentale, sexuelle et reproductive.<sup>1</sup> Les soins de santé primaires seront aussi accessibles, équitables, sûrs, de grande qualité, complets, efficaces, acceptables, disponibles et abordables, et dispenseront des services continus, intégrés, centrés sur la personne et qui tiennent compte des différences entre les sexes. Nous lutterons pour éviter la fragmentation et disposer d'un système d'orientation opérationnel entre le niveau des soins primaires et les autres niveaux de soins. Nous tirerons parti de soins de santé primaires qui améliorent la résilience des systèmes de santé pour prévenir et détecter les maladies infectieuses et les flambées et y riposter.

### **Le succès des soins de santé primaires s'appuiera sur :**

**Les connaissances et le renforcement des capacités.** Nous appliquerons les connaissances, y compris scientifiques, mais aussi traditionnelles, pour renforcer les soins de santé primaires, améliorer les résultats sanitaires, et garantir l'accès de tous aux soins appropriés au bon moment et au niveau de soins le plus approprié, en respectant leurs droits, leurs besoins, leur dignité et leur autonomie. Nous continuerons à mener des recherches et à partager les connaissances et l'expérience, à renforcer les capacités et à améliorer la prestation des services et des soins de santé.

**Les ressources humaines pour la santé.** Nous créerons des conditions de travail décentes et une compensation appropriée pour les professionnels et les autres personnels de santé travaillant au niveau des soins de santé primaires pour répondre efficacement aux besoins sanitaires des populations dans un contexte multidisciplinaire. Nous continuerons à investir dans l'éducation, la formation, le recrutement, le perfectionnement, la motivation et la fidélisation de personnels des soins de santé primaires possédant l'éventail des compétences voulu. Nous nous efforcerons d'assurer la disponibilité du personnel de santé dans les zones rurales, isolées et moins développées et de le fidéliser. Nous affirmons que la migration internationale des personnels de santé ne doit pas saper la capacité des pays, en particulier des pays en développement, à satisfaire aux besoins en santé de leurs populations.

---

<sup>1</sup> En se joignant au consensus, la délégation des États-Unis d'Amérique souhaite attirer l'attention sur l'objectif 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui stipule : « L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale ».

**Les technologies.** Nous sommes favorables à l'élargissement et à l'extension de l'accès à une vaste gamme de services de soins moyennant l'utilisation de médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, y compris, selon les besoins, les médicaments traditionnels, les vaccins, les produits diagnostiques, et d'autres technologies. Nous encouragerons leur accessibilité et leur usage sûr et rationnel ainsi que la protection des données personnelles. Grâce aux progrès des systèmes d'information, nous serons mieux à même de recueillir des données de grande qualité, ventilées de manière appropriée, et d'améliorer la continuité de l'information, la surveillance des maladies, la transparence, la responsabilisation et le suivi des performances des systèmes de santé. Nous utiliserons une variété de technologies pour améliorer l'accès aux soins, enrichir la prestation des services de santé, améliorer la qualité des services et la sécurité des patients, et accroître l'efficacité et la coordination des soins. Par l'intermédiaire des technologies numériques, entre autres, nous permettrons aux individus et aux communautés d'identifier leurs besoins en santé, de participer à la planification et à la prestation des services et de jouer un rôle actif pour préserver leur propre santé et leur bien-être.

**Le financement.** Nous appelons tous les pays à poursuivre leur investissement dans les soins de santé primaires pour améliorer les résultats sanitaires. Nous nous attaquerons aux inefficacités et aux inégalités qui exposent les populations aux difficultés financières du fait de l'utilisation des services de santé par une meilleure attribution des ressources pour la santé, un financement approprié des soins de santé primaires, et des systèmes de remboursement adaptés afin d'améliorer l'accès et de parvenir à des résultats sanitaires plus satisfaisants. Nous travaillerons à la viabilité financière, à l'efficacité et à la résilience des systèmes de santé nationaux en attribuant les ressources de manière judicieuse aux soins de santé primaires, en fonction de la situation nationale. Nous ne laisserons personne de côté, sans oublier les personnes qui se trouvent en situation de fragilité ou dans des zones en proie à des conflits, en fournissant un accès à des services de soins primaires de qualité assurés dans un souci de continuité.

## VI

### **Donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir**

Nous soutenons l'engagement des individus, des familles, des communautés et de la société civile, moyennant leur participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de plans qui ont un impact sur la santé. Nous favoriserons les connaissances en santé et travaillerons pour satisfaire les attentes des individus et des communautés pour obtenir des informations fiables sur la santé. Nous soutiendrons les populations dans l'acquisition des connaissances, des compétences et des ressources nécessaires pour protéger leur santé et la santé de leurs proches, avec l'aide des professionnels de la santé. Nous protégerons et promouvoir la solidarité, l'éthique et les droits humains. Nous améliorerons l'appropriation par la communauté et contribuerons à la responsabilisation des secteurs public et privé pour que davantage de personnes vivent en meilleure santé dans des environnements stimulants et favorables à la santé.

## VII

### **Aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux**

Nous appelons toutes les parties prenantes – les professionnels de la santé, les milieux universitaires, les patients, la société civile, les partenaires locaux et internationaux, les organismes et les fonds, le secteur privé, les organisations d'inspiration religieuse, entre autres – à se conformer aux politiques, aux stratégies et aux plans nationaux dans tous les secteurs, y compris moyennant des approches centrées sur les individus, tenant compte des différences hommes-femmes, et à entreprendre des actions communes pour construire des soins de santé primaires plus solides et durables en vue de parvenir à la CSU. Le soutien des parties

---

prenantes peut aider les pays à affecter des ressources humaines, technologiques, financières et en matière d'information vers les soins de santé primaires. En mettant en œuvre la présente Déclaration, les pays et les parties prenantes travailleront ensemble dans un esprit de partenariat et de coopération efficace au développement, en partageant les connaissances et les bonnes pratiques tout en respectant pleinement la souveraineté nationale et les droits humains.

- Nous donnerons effet à la présente Déclaration de manière solidaire et coordonnée entre les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'ensemble des autres parties prenantes.
  - L'ensemble des populations, des pays et des organisations sont invités à soutenir ce mouvement.
  - Les pays examineront périodiquement la mise en œuvre de la présente Déclaration en collaboration avec les parties prenantes.
  - Ensemble, nous pouvons parvenir, et parviendrons, à la santé et au bien-être pour tous, en ne laissant personne de côté.
-

## ANNEXE 2

# **STRATÉGIE MONDIALE DE L'OMS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES : LA TRANSFORMATION NÉCESSAIRE POUR AMÉLIORER DURABLEMENT LA VIE ET LE BIEN-ÊTRE GRÂCE À DES ENVIRONNEMENTS SAINS<sup>1</sup>**

[A72/15 – 18 avril 2019]

[Les paragraphes 1 et 2 indiquaient le contexte dans lequel se situe la stratégie, y compris le processus suivi pour son élaboration.]

### **PORTÉE**

3. La Stratégie vise à présenter une vision et à proposer des solutions pour que le monde et la communauté sanitaire puissent intervenir face aux risques et aux défis en matière de salubrité de l'environnement jusqu'en 2030, et assurer des environnements sûrs, favorables et équitables en faveur de la santé, et ce en transformant notre façon de vivre, de travailler, de produire, de consommer et de gouverner.

4. Dans le cadre de la présente Stratégie, les risques environnementaux pour la santé sont définis comme l'ensemble des facteurs environnementaux, physiques, chimiques, biologiques et professionnels externes à une personne, ainsi que tous les comportements connexes. Une attention particulière est accordée à la partie de l'environnement qui peut être raisonnablement modifiée.

### **LE DÉFI À RELEVER**

5. La situation actuelle et les défis qui nous attendent imposent une transformation de la façon dont nous gérons notre environnement eu égard à la santé et au bien-être. Les approches actuelles ont jeté les bases ; toutefois elles n'ont pas permis de réduire de manière durable et efficace les risques environnementaux pour la santé et de créer des environnements favorables à la santé et propices, d'où l'appel à une nouvelle stratégie dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques.

6. Les risques environnementaux évitables connus sont à l'origine d'environ un quart de l'ensemble de la mortalité et de la morbidité dans le monde, soit au moins 13 millions de décès chaque année.<sup>2</sup> Un environnement sain est vital pour la santé humaine et le développement. La pollution de l'air – l'un des

---

<sup>1</sup> Voir la décision WHA72(9).

<sup>2</sup> Estimations fondées sur les évaluations ci-après : Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006, et Prüss-Üstün A, Wolf J, Cornavalán CF, Bos R, Neira MP. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43457> et [https://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/](https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/), tous deux consultés le 26 mars 2019).

principaux risques pour la santé – est responsable à elle seule de 7 millions de décès évitables par an ; plus de 90 % des personnes respirent un air pollué et près de 3 milliards de personnes dépendent toujours de combustibles polluants tels que les combustibles solides ou le kérosène pour l'éclairage, la cuisine et le chauffage.<sup>1</sup> Plus de la moitié de la population mondiale demeure exposée à une eau insalubre, à un assainissement insuffisant et au manque d'hygiène, ce qui entraîne plus de 800 000 décès évitables chaque année.<sup>2</sup> Une grande partie des cas de paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle sont étroitement liés à la gestion et à la manipulation de l'environnement, par exemple du fait du drainage, des systèmes d'irrigation ou de la conception de barrages. Plus d'un million de travailleurs décèdent chaque année du fait de conditions de sécurité médiocres sur leur lieu de travail, et on compte plus d'un million de décès dus à une exposition à des produits chimiques.

7. Les changements climatiques ont un impact croissant sur la santé et le bien-être des personnes, de même que d'autres changements environnementaux mondiaux tels que l'appauvrissement de la biodiversité. Les changements climatiques accroissent la fréquence et l'intensité des vagues de chaleur, des sécheresses, des pluies extrêmes et des cyclones violents dans de nombreuses régions et modifient la transmission des maladies infectieuses d'origine alimentaire et transmises par l'eau et des zoonoses, ce qui a d'importantes répercussions sur la santé. Les personnes qui sont vulnérables ou en situation de vulnérabilité, notamment celles qui vivent dans de petites îles, dans l'Arctique, dans des régions où il y a des problèmes d'approvisionnement en eau, dans des basses terres, et celles qui vivent dans les pays et régions les moins avancés, sont davantage exposées à ces risques. Les conséquences potentielles à plus grande échelle comprennent notamment la pénurie d'eau, les migrations forcées et les tensions politiques qui vont de pair. Ces phénomènes sont au nombre des vastes conséquences de l'évolution de l'environnement mondial, par exemple la diminution rapide de la biodiversité et de la stabilité des écosystèmes, qui compromet la sécurité alimentaire et la sécurité des ressources en eau ; la protection contre les conditions météorologiques extrêmes ; et la découverte de nouveaux médicaments.

8. En dépit d'efforts tangibles destinés à réduire les risques environnementaux pour la santé, les risques « classiques » pour la santé publique (par exemple l'insalubrité de l'eau de boisson et la médiocrité de l'assainissement) persistent, ce qui met en péril l'équité en santé. Des progrès importants ont été réalisés pour protéger les populations contre les risques environnementaux connus, moyennant la définition de normes et l'élaboration de lignes directrices, la mise en œuvre de solutions, y compris des mesures réglementaires, ainsi que des efforts en matière de surveillance. Ces efforts constituent la base de la protection de la salubrité de l'environnement et doivent être intensifiés. Néanmoins, du fait d'un développement inégal, une grande partie de la population mondiale a été laissée de côté et n'a toujours pas accès aux services environnementaux de base, tels que l'assainissement, l'eau potable, la propreté de l'air et la fiabilité des sources d'approvisionnement alimentaire. En outre, on constate des lacunes dans les capacités institutionnelles de protection de la santé au moyen de la législation, de gestion des risques chimiques et autres, et d'intervention en cas d'urgence. L'incidence des actions humaines sur l'environnement pose également des problèmes qui relèvent de l'éthique et des droits de l'homme, car elle sera ressentie par les générations futures et continuera de toucher de manière disproportionnée les populations en situation de vulnérabilité, indépendamment de l'âge ou du sexe, et les groupes socioéconomiques qui ont souvent le moins contribué aux changements environnementaux.

9. De nouveaux problèmes liés à l'environnement, au climat et à la santé apparaissent et doivent être identifiés et traités rapidement. Parmi les exemples récents figurent notamment la gestion des déchets électroniques, de certaines nanoparticules, des microplastiques et des perturbateurs endocriniens. Le monde change rapidement : accélération du développement technologique, nouvelle organisation du

---

<sup>1</sup> Communiqué de presse de l'OMS. Neuf personnes sur 10 dans le monde respirent un air pollué, mais les pays sont de plus en plus nombreux à agir. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/fr/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>, consulté le 26 mars 2019).

<sup>2</sup> OMS. Observatoire mondial de la santé : la base de données. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (données relatives à 2016, extraites le 11 septembre 2018 du site <http://apps.who.int/gho/data/view.main.INADEQUATEWSHV?lang=en>).

travail (comme les plateformes numériques, la sous-traitance et le télétravail), hausse du phénomène migratoire, changements climatiques et pénurie croissante de l'eau ; il faut être en mesure d'identifier et de faire face rapidement à ces changements et aux nouveaux problèmes.

10. Les parties prenantes, les autorités sanitaires et les communautés devraient être plus actives dans le façonnement de la transition énergétique, l'orientation de l'urbanisation et l'amélioration des effets négatifs d'autres grandes tendances en matière de développement, de manière à protéger et à promouvoir la santé. Parmi les changements à grande échelle que les sociétés continuent de connaître figurent notamment : l'augmentation de la demande d'énergie, de transports et d'innovation technologique, assortie d'une gamme élargie d'options pour y répondre ; l'urbanisation, plus de la moitié de la population mondiale vivant désormais dans les villes (la proportion atteindra près de 70 % d'ici à 2050) ;<sup>1</sup> et la mobilité accrue des personnes, des biens et des services. La santé se trouve rarement au centre des décisions qui influent sur ces tendances, et l'on rate ainsi des occasions de protéger et de promouvoir la santé. Une planification inadaptée et une mauvaise gestion des milieux urbains avec des systèmes de transport qui ne sont pas durables et un manque d'accès à des lieux publics et à des espaces verts augmentent la pollution de l'air, le bruit et les îlots de chaleur, réduisent les possibilités de pratiquer une activité physique et d'accéder à des emplois décentes et à l'éducation, et ont un impact négatif sur la vie de la communauté et sur la santé physique et mentale des individus. Vu le lien étroit qui existe entre la pollution de l'air et les changements climatiques, en ne cherchant pas conjointement à lutter contre la pollution de l'air et à atténuer les effets du changement climatique, on manque une occasion d'obtenir les multiples avantages sanitaires, économiques et environnementaux qui découleraient de systèmes de transport et énergétiques plus efficaces, d'une économie à faibles émissions de carbone, et de systèmes alimentaires plus sains ayant une incidence moindre sur l'environnement. Il faut adopter de nouvelles approches qui tiennent compte des conséquences des actions menées dans leur ensemble, dans une optique axée sur le long terme et l'équité. Enfin, un ensemble diversifié de groupes et de parties prenantes devrait être associé à l'élaboration d'approches reposant sur des données factuelles qui placent l'intérêt de la santé publique au-dessus de tout.

11. La viabilité des systèmes de santé est compromise si l'on ne s'attaque pas sérieusement aux déterminants des maladies intervenant en amont.<sup>2</sup> Les soins de santé représentent environ 10 % du produit intérieur brut mondial, mais la prévention est le parent pauvre.<sup>3</sup> Les taux chroniquement élevés de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires et, en particulier, de maladies non transmissibles liées à l'environnement pèsent de tout leur poids sur les services de santé et grèvent le budget des ménages. Les ressources financières et humaines allouées à la promotion de la santé et à la prévention primaire demeurent insuffisantes pour amoindrir la lourde charge de morbidité due aux risques environnementaux pour la santé. Faute de répercuter le coût des conséquences des politiques, des technologies et des produits dans les structures de tarification, c'est encore au secteur de la santé et au citoyen qu'il incombera de régler la facture.

12. Les approches qui privilégient le traitement des différentes affections au lieu de réduire les effets négatifs des déterminants de la santé ne permettront pas de régler les problèmes de santé modernes liés à l'environnement. Celles qui sont axées sur un seul déterminant ont peu de chances de produire les

---

<sup>1</sup> Organisation des Nations Unies. World urbanization prospects: the 2018 revision – key facts. New York : Organisation des Nations Unies, 2018 (<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>, consulté le 26 mars 2019).

<sup>2</sup> Dans ce contexte, on entend par déterminants en amont les politiques ou les activités qui entraînent directement une augmentation des risques environnementaux pour la santé. Il peut s'agir, par exemple, de choix en matière de production d'énergie, de pratiques agricoles, de production ou d'activité industrielle ou d'aménagement du territoire qui entraînent une augmentation des émissions, des expositions nocives ou une plus grande vulnérabilité, favorisent des comportements néfastes ou accélèrent les changements climatiques.

<sup>3</sup> La prévention primaire vise à prévenir les maladies ou les traumatismes avant leur apparition.

améliorations escomptées en matière d'équité en santé et de bien-être, vu la complexité des facteurs qui interagissent à l'interface entre les pays, la société et l'individu. Il convient d'adopter des approches plus intégrées pour s'attaquer aux déterminants des maladies intervenant en amont, lesquels sont souvent définis par des politiques conduites dans des secteurs clés autres que la santé. En occultant ces déterminants et en recourant de manière excessive aux médicaments et aux insecticides, on ne fait que multiplier les problèmes (comme la résistance aux antimicrobiens et aux insecticides), qui pourraient avoir des effets notables sur la santé publique.

13. Des connaissances lacunaires continuent d'empêcher la mise en œuvre efficace de stratégies de protection de la santé, et il conviendrait de mieux orchestrer la communication en y incorporant davantage d'éléments factuels. Les données concernant certains risques pour la santé, tels que les changements climatiques, les déchets électroniques et de nombreux produits chimiques ou leurs mélanges sont encore incomplètes ou inexistantes. L'impact sur la santé des conditions d'emploi et des risques liés au travail, tels que les produits chimiques, les risques professionnels, le travail sédentaire, la longueur des journées de travail, le travail par roulement, ainsi que les migrations de main-d'œuvre, doit être mieux évalué. Il conviendrait en outre d'étoffer la documentation sur les solutions et stratégies efficaces, sur leur incidence financière et sur leur mise en œuvre effective. Ces données et les informations de santé publique sont de plus en plus souvent communiquées sur de nouvelles plateformes, qui doivent être exploitées au maximum.

14. Les mécanismes de gouvernance actuels, y compris au niveau local, ne parviennent pas à embrasser la nature transversale des questions de santé liées à l'environnement. Comme les politiques continuent d'être élaborées en occultant les effets qu'elles peuvent produire sur la santé et les systèmes de santé, notamment du fait de l'absence de mécanismes de gouvernance globaux, leur avantage global ne sera pas montré de manière exacte.

15. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 préconise une nouvelle approche en matière de santé, d'environnement et d'équité. En établissant des liens entre le développement socioéconomique, la protection de l'environnement, la santé et le bien-être, il offre un soutien global en vue d'agir sur les déterminants de la santé à mesure que des politiques sont définies dans ce domaine ou que des choix majeurs sont faits, de manière préventive et durable, au lieu de s'atteler continuellement aux effets préjudiciables et aux inégalités. L'engagement à adopter des modes de consommation et de production pérennes, ainsi que la lutte contre l'utilisation abusive des ressources naturelles et la production de déchets à grande échelle devraient permettre de mener des activités économiques plus durables et de progresser dans le domaine des biens mondiaux, transfrontières, au service de la santé, comme la pureté de l'air et la stabilité du climat.

## LA VISION

16. La vision que propose cette stratégie mondiale de l'OMS est un monde où le développement durable a permis d'éliminer près d'un quart de la charge de morbidité imputable aux environnements insalubres, grâce à la protection de la santé et à sa promotion, à des normes de santé publique satisfaisantes, à l'action préventive dans les secteurs concernés et à des choix de vie sains, et qui assure la gestion des risques environnementaux pour la santé. Les secteurs essentiels intègrent pleinement la santé dans leur processus décisionnel et maximisent le bien-être de la société.

## OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR PERMETTRE LA TRANSFORMATION NÉCESSAIRE

17. Pour relever les défis dans les domaines de la santé, de l'environnement et des changements climatiques, les gouvernements, la société et les individus devront continuer à repenser notre façon de vivre, de travailler, de produire, de consommer et de gouverner. Cette transformation appelle une action ciblée sur les déterminants de la santé en amont, l'environnement et les déterminants des changements climatiques, selon une approche intégrée dans l'ensemble des secteurs, moyennant un cadre de santé publique sous-tendu par des mécanismes de gouvernance appropriés et une volonté politique de haut niveau, adaptée aux spécificités nationales. Le secteur de la santé est appelé à jouer un rôle nouveau pour impulser cette transformation, en adoptant une approche durable et équitable et en assurant une transition socialement juste.

### **Objectif stratégique 1. Prévention primaire : intensifier l'action sur les déterminants de la santé en vue de promouvoir et d'améliorer la santé dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030**

*Des mesures efficaces et équitables seront prises concernant les facteurs de risque environnementaux pour la santé.*

18. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 préconise de s'attaquer aux causes profondes des risques environnementaux, c'est-à-dire de recentrer l'action sur la prévention primaire et la promotion de bons choix en matière de santé. Si l'on veut réduire le nombre de décès liés aux risques environnementaux, qui est de 13 millions par an, il convient de développer efficacement les actions de prévention primaire en y associant les principaux protagonistes, dans tous les secteurs, via les activités ci-après.

i) **Engagement en faveur d'une prévention primaire de beaucoup plus grande envergure.**

L'extension de la prévention primaire nécessite un investissement de ressources conséquent et pérenne en vue d'agir sur les risques majeurs pour la santé et de modifier les comportements à cet égard afin de créer des environnements sûrs et sains et d'améliorer la vie des populations d'aujourd'hui et de demain. L'action intersectorielle peut être financée en réformant les prix, les taxes et les subventions de manière à refléter le coût réel des produits, des technologies et des politiques pour la société.

ii) **Intégration des mesures de prévention primaire dans les programmes de lutte contre les maladies.**

Il est primordial de faire de la prévention des risques pour la santé d'origine environnementale une composante essentielle de la couverture sanitaire universelle, notamment par le biais de stratégies et de programmes de lutte contre des maladies (transmissibles ou non) et des risques spécifiques (résistance aux antimicrobiens, par exemple). Aux termes de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles,<sup>1</sup> des environnements sains – air non pollué, lieux de travail sûrs et sains et sécurité chimique – sont des éléments fondamentaux dans la prévention des maladies non transmissibles, et appellent une action judicieuse. L'adoption de l'approche « Un monde, une santé », qui est globale, intersectorielle et pluridisciplinaire, doit prévaloir, le cas échéant, par exemple pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

---

<sup>1</sup> Assemblée générale des Nations Unies. Résolution 73/2. Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Le temps d'agir : accélérer la riposte face aux maladies non transmissibles pour la santé et le bien-être des générations présentes et futures, 2018 ([https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=F](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=F), consulté le 26 mars 2019).

## **Objectif stratégique 2. Action intersectorielle : agir sur les déterminants de la santé dans toutes les politiques et dans tous les secteurs**

*Les politiques intersectorielles prendront en compte systématiquement les considérations de santé et les données sanitaires et permettront d'obtenir les coavantages que présente la protection de l'environnement pour la santé. Il s'agit, par exemple, d'assurer des transitions saines en matière d'énergie et de transports.*

19. Pour nombre de déterminants sociaux de la santé, les responsabilités comme les moyens d'action ne relèvent pas du contrôle direct des personnes, ni de celui du seul secteur de la santé (voir la Figure 1). Des transitions importantes dans les domaines de l'énergie, des transports et d'autres grands systèmes sont en cours et devraient avoir un fort impact sur la santé de la population. Par conséquent, il convient d'aborder la santé publique selon une approche sociétale, intersectorielle et plus globale, visant l'ensemble de la population. Il existe des exemples de bonnes pratiques, mais ces approches intégrées ne sont pas appliquées universellement et sont rarement axées sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé situés en amont.

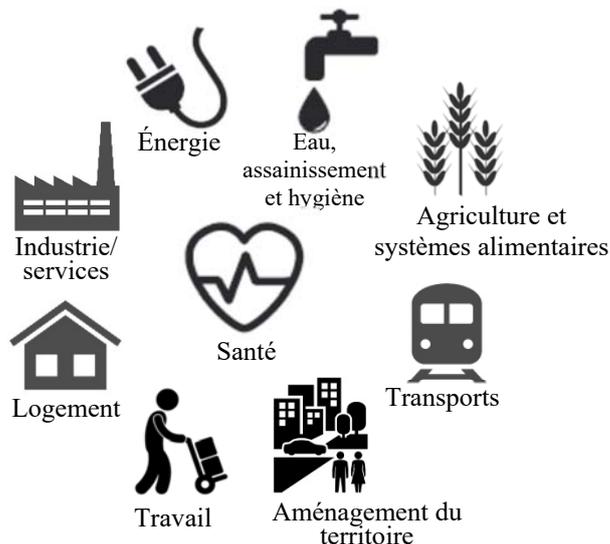
i) **Prise en compte systématique de la santé dans l'élaboration, en dehors du secteur de la santé, de politiques ayant une influence sur la santé.** Dans les décisions prises concernant les facteurs de risque pour la santé, l'accès à la santé et sa protection devraient être expressément promues comme un but dans des secteurs fondamentaux comme l'énergie, les transports, le logement, le travail, l'industrie, les systèmes alimentaires<sup>1</sup> et l'agriculture, l'eau et l'assainissement, et l'urbanisme. Une telle approche intégrant la santé dans toutes les politiques inclut la participation communautaire, la couverture de la santé dans les règlements et garanties applicables à l'environnement et au travail ainsi que l'évaluation de l'impact sanitaire des projets et des politiques de développement qui abordent plusieurs questions de santé liées à l'environnement dans un milieu, une communauté ou un système uniques.

ii) **Obtenir les coavantages en matière de santé que présentent des choix politiques plus durables.** Les avantages et les inconvénients pour la santé que présentent les mesures politiques doivent faire l'objet d'une évaluation complète, parallèlement à l'évaluation des incidences financières et environnementales. Des avantages beaucoup plus importants pour la santé pourraient être obtenus en cherchant à retirer des coavantages pour la santé et en tenant compte de la santé dès l'élaboration des politiques.

---

<sup>1</sup> La sécurité sanitaire des aliments fait l'objet de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments : une alimentation à moindre risque pour une meilleure santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42706/9242545740.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 26 mars 2019).

**Figure 1. Secteurs fondamentaux (liste non exhaustive) intéressant la santé, l'environnement et les changements climatiques**



### **Objectif stratégique 3. Renforcement du secteur de la santé : renforcer le rôle du secteur de la santé en matière de leadership, de gouvernance et de coordination**

*Le secteur de la santé jouera un rôle de leadership et de coordination, en collaborant étroitement avec d'autres secteurs intéressés par les questions liées à la santé, à l'environnement et aux changements climatiques en vue d'améliorer la vie des populations.*

20. Le secteur de la santé est directement concerné, car il est tenu de traiter les affections aiguës et chroniques dues aux risques environnementaux, et qu'il s'agit souvent d'un traitement à renouveler du fait que les personnes restent généralement exposées au même environnement après leur traitement. Si l'on veut réduire les frais médicaux et dépenses connexes, il convient d'octroyer au secteur de la santé (et aux autres acteurs chargés de la santé et de l'environnement) les moyens voulus pour lui permettre d'assumer ses obligations dans la construction d'un avenir sain et pérenne. Des changements progressifs permettant de s'attaquer à certains risques environnementaux pris isolément ne suffisent pas. Le renforcement des capacités des ministères de la santé et des autres éléments concernés du personnel de santé est essentiel pour les objectifs suivants : mobiliser d'autres secteurs publics par le leadership, les partenariats, la sensibilisation et la médiation dans le but d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires ; renforcer leurs capacités institutionnelles et leurs compétences en vue de mettre en œuvre le principe de prise en compte de la santé dans toutes les politiques ; et fournir des données factuelles sur les déterminants de la santé et les inégalités, et sur les interventions et solutions efficaces. Cette approche permettrait à son tour d'éviter les dépenses actuelles ou futures inhérentes aux maladies liées à l'environnement et à leurs répercussions, et de réinvestir dans la santé et le développement durable.

- i) **Développer la capacité du secteur de la santé à s'engager dans des politiques avec d'autres secteurs.** Le personnel du secteur de la santé doit posséder les compétences nécessaires pour entamer un dialogue intersectoriel et assurer le suivi des investissements et de leurs conséquences dans d'autres secteurs de l'économie, ainsi que des stratégies économiques globales et du commerce, et pour communiquer les résultats. Une capacité et des moyens accrus permettent de favoriser des mesures mutuellement avantageuses protégeant simultanément la santé et l'environnement. Les ministères de la santé nationaux peuvent favoriser les progrès en matière de lutte contre les risques environnementaux, sociaux et climatiques pour la santé en vue d'obtenir

des effets à court terme et à long terme, par le leadership et la gouvernance intersectorielle, la sensibilisation étayée par des données factuelles, les programmes opérationnels, ainsi que la surveillance et le suivi. Les capacités du secteur de la santé en matière d'engagement politique comprennent des compétences connexes utiles pour inclure la santé dans toutes les politiques. Le renforcement des capacités des personnels de santé concernés en matière de santé, d'environnement et de changement climatique est également important dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et des urgences sanitaires.

ii) **Intensifier les efforts que fait le secteur de la santé pour dialoguer avec d'autres secteurs en vue de protéger et promouvoir la santé.** Étant donné la portée des questions abordées et l'éventail des acteurs engagés, il importe particulièrement que le secteur de la santé fournisse des orientations et établisse des cadres réglementaires sur l'évaluation des risques sanitaires et des conséquences pour la santé, sur l'application de solutions appropriées et sur le suivi des progrès accomplis dans tous les secteurs.

iii) **Fournir des services environnementaux essentiels et des lieux de travail sains dans les établissements de soins de santé et rendre le secteur de la santé plus respectueux de l'environnement.** Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il faut pallier une importante lacune et doter les établissements de soins de santé de systèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de pratiques d'hygiène sans risque, leur garantir aussi un approvisionnement énergétique fiable, et leur permettre de résister à des phénomènes climatiques extrêmes et autres situations d'urgence. Le secteur de la santé doit également montrer l'exemple en matière de politiques et de services liés aux achats, de gestion des déchets et de choix énergétiques afin de limiter tout impact négatif sur la santé, l'environnement et le changement climatique.

#### **Objectif stratégique 4. Renforcer le soutien : créer des mécanismes de gouvernance et de soutien politique et social**

*Des mécanismes de gouvernance et un soutien politique de haut niveau favoriseront la collaboration intersectorielle et le maintien des biens publics en rapport avec la santé. Les exigences d'une société civile qui réclame des environnements plus sains détermineront les choix politiques. Les accords multilatéraux et autres accords de haut niveau tenteront de juguler les principaux leviers de risque pour la santé et les menaces mondiales qui pèsent sur la santé.*

21. Les mécanismes de gouvernance, les accords et la volonté politique devront s'appuyer sur des approches plus globales comprenant la coopération interministérielle et intersectorielle en vue d'obtenir des résultats positifs dans tous les secteurs concernés. Il en découlerait des choix politiques reposant sur l'impact global qu'ils génèrent, y compris les effets sur la santé et sur la société. Actuellement, les secteurs sont principalement guidés par leurs objectifs sectoriels.

i) **Renforcement des mécanismes de gouvernance afin de favoriser une action durable de protection de la santé.** Il convient de mettre en place des mécanismes de gouvernance efficaces et globaux pour faciliter de manière décisive la collaboration intersectorielle et prendre intégralement en compte les coûts et les avantages. Il faut opter pour une méthodologie plus globale, assortie d'une protection des biens en rapport avec la santé – comme la qualité de l'air ou la stabilité du climat – en coordination avec le secteur de la santé. Étant donné que les retombées de l'action pour la salubrité de l'environnement sont rarement alignées sur le calendrier politique, il importe que de tels mécanismes puissent également concilier l'action environnementale avec les coavantages et les retombées à long terme en matière de santé. Ces mécanismes sont plus durables que la répétition des soins.

ii) **Accroître la demande et renforcer le leadership pour la santé.** Un vaste engagement et une action du secteur de la santé, des parties prenantes des autres secteurs et de la communauté sont nécessaires pour mettre en œuvre des politiques favorables à la santé, ainsi qu'une conception et une gestion saines des environnements. L'impact des risques environnementaux sur la santé est

considérable : les systèmes de soins de santé conventionnels ne sont pas capables, à eux seuls, d'y faire face de manière durable. La société est de moins en moins disposée à accepter les répercussions sanitaires entièrement évitables. L'intégration de la santé dans toutes les politiques et des approches impliquant l'ensemble du gouvernement sont utiles dans ce processus.

iii) **Créer des mouvements politiques et favoriser les accords de haut niveau.** Les efforts mondiaux à long terme visant à minorer les risques environnementaux pour la santé ont permis de produire des données et d'élaborer des outils importants. Les données factuelles sur les solutions permettant d'amoinrir sensiblement la charge de morbidité due à des environnements dangereux se sont multipliées : ces succès notables se traduisent par des retours sur investissement élevés, tels que des avantages en termes de réduction de la pollution de l'air et des gains sanitaires associés aux stratégies d'atténuation des effets des émissions de gaz à effet de serre, ou le rendement de 5,5 pour 1 des investissements consacrés à l'eau et à l'assainissement.<sup>1</sup> Les récents forums politiques, engagements et réunions de haut niveau ont mis en lumière ces résultats.

### **Objectif stratégique 5. Amélioration des données factuelles et de la communication : produire la base de connaissances sur les risques et les solutions, et communiquer efficacement ces informations pour orienter les choix et les investissements**

*Des informations factuelles suffisantes seront disponibles dans tous les domaines essentiels pour faciliter le choix de mesures de protection de la santé en fonction des effets qu'ont les solutions sur la santé, de leurs incidences économiques, de leur efficacité et des coavantages qui en découlent.*

22. Une action intersectorielle renforcée, un soutien de haut niveau et une prévention primaire à plus grande échelle exigeront une base de connaissances solide et élargie sur les effets des solutions sur la santé, leurs coûts, leur efficacité et leurs avantages sociétaux en général, et devront être fondés sur une surveillance régulière. Pour susciter et soutenir l'action, il est essentiel de renforcer et d'intensifier les activités de sensibilisation et de communication sur les avantages d'ordre sanitaire découlant de l'action menée dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques, en faisant appel à des réseaux et des partenariats élargis.

i) **Intégration de la surveillance de l'environnement et de la veille sanitaire en vue d'évaluer les effets sur la santé des risques et des services environnementaux.** Les tendances mondiales et locales en ce qui concerne les indicateurs de la qualité de l'environnement et les effets sur la santé continueront de fournir des données factuelles sur la façon dont l'environnement influe sur la santé humaine et le développement, et de mettre en lumière les domaines dans lesquels l'action revêt le plus d'importance.

ii) **Élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes pour appuyer une action efficace aux niveaux national et infranational.** Le secteur de la santé et les autres secteurs concernés se doivent de collaborer avec les décideurs politiques concernant les répercussions sanitaires et l'évaluation économique des interventions, y compris les instruments juridiques, pour s'attaquer à l'impact de l'environnement sur les maladies. Par exemple, des examens plus systématiques du rapport coût/efficacité des politiques visant à répondre aux priorités en matière de salubrité de l'environnement seraient essentiels à la prise de décisions. Il est indispensable d'interagir avec les organismes d'exécution pour optimiser la mise en œuvre ultérieure. Des outils ciblés devront être mis à la disposition des principales parties prenantes, pour guider l'action en faveur de la santé.

---

<sup>1</sup> OMS. *Global costs and benefits of drinking-water supply and sanitation interventions to reach the MDG target and universal coverage*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/global\\_costs/en/](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/global_costs/en/), consulté le 26 mars 2019).

iii) **Interprétation et communication ciblée des éléments factuels.** Les informations factuelles sur la santé publique relatives aux données probantes et aux tendances, aux messages, aux initiatives et aux campagnes de sensibilisation viseront à informer les parties prenantes à différents niveaux, à étayer les décisions politiques et à mobiliser une action et un soutien politiques de haut niveau. Diffuser largement auprès du public des informations fondées sur des données factuelles, avec l'aide des personnels de santé concernant, par exemple, l'exposition humaine aux substances chimiques contenues dans les produits de consommation ou les risques qu'engendre la pollution de l'air pour la santé des personnes vivant dans des zones polluées et concernant les solutions possibles, permet de susciter une prise de conscience, ainsi que la participation et la demande d'environnements plus sains. Les demandes et les actions de la société civile devraient à leur tour déclencher l'action des décideurs. Les professionnels de la santé peuvent beaucoup contribuer à promouvoir un changement de comportement en faveur de modes de vie sains et plus durables. Une meilleure connaissance des risques sanitaires et des mesures protectrices encourage aussi la population à faire des efforts pour s'adapter et amoindrir les comportements polluants.

iv) **Mécanismes et capacités d'identification précoce et de riposte face aux menaces pour la santé qui pourraient surgir.** Il faut renforcer les capacités et mettre au point des mécanismes pour faire face aux problèmes de santé liés à l'environnement susceptibles d'apparaître rapidement en rapport avec les nouvelles technologies, l'organisation du travail ou les changements environnementaux mondiaux. L'ampleur et la dangerosité de certaines de ces menaces potentielles sont incertaines, notamment celles qui sont liées aux changements climatiques, aux produits pharmaceutiques qui persistent dans l'environnement, aux perturbateurs endocriniens, aux microplastiques, à certaines nanoparticules et aux déchets électroniques. Le renforcement des capacités et la mise au point de mécanismes nécessiteront des analyses de données faisant autorité et l'évaluation de l'efficacité des mesures de lutte, ainsi qu'une surveillance ciblée de l'environnement couplée à celle de la santé publique. Ils incluent aussi l'adoption de solutions davantage axées sur l'aspect intersectoriel, telles que la protection de la biodiversité et des services écosystémiques, de même que la surveillance connexe des agents pathogènes chez la faune sauvage et chez l'être humain, afin de minorer les risques et de mieux se préparer aux menaces sanitaires résultant de l'influence humaine sur les écosystèmes naturels.

v) **Orienter la recherche et stimuler l'innovation.** La recherche constitue le fondement des réorientations stratégiques qui seront nécessaires en vue d'accélérer la réalisation des objectifs de développement durable. Pour promouvoir le Programme de développement durable à l'horizon 2030, il convient de recenser les besoins de recherche et de mettre à profit les connaissances afin de combler les lacunes importantes en la matière en facilitant la coordination des travaux. La recherche sur la salubrité de l'environnement est sous-financée depuis longtemps, notamment si on la compare avec la recherche biomédicale. La recherche liée aux politiques en rapport avec la santé et avec la science à visée opérationnelle, qui vaut pour toutes les régions, sera particulièrement intéressante pour améliorer la santé grâce à des environnements plus sûrs et plus sains. L'innovation est nécessaire pour mieux surveiller les risques environnementaux existants et émergents, les prévenir et y répondre. Des innovations scientifiques, sociales, financières et stratégiques peuvent s'avérer décisives pour progresser plus vite dans le domaine de la santé grâce à des environnements plus sains.

vi) **Renforcer les arguments en faveur de l'affectation de ressources adéquates et influencer sur les investissements.** L'intensification des mesures de protection de la santé visant à créer des environnements plus sûrs nécessite un financement adéquat et une réorientation des investissements. Il convient de fonder l'affectation des ressources, ainsi que les structures de tarification et les subventions, sur des évaluations reposant sur des données probantes de la vulnérabilité et de l'adaptation aux changements climatiques, par exemple, en tenant compte de l'ensemble des coûts et des coavantages. Il faut en outre analyser pleinement et systématiquement l'ensemble des coûts sociétaux de l'inaction à court et long terme, ainsi que les implications des politiques ayant des effets sur la santé dans tous les secteurs, afin de prévenir le transfert caché des coûts vers le secteur de la santé et d'éviter de porter atteinte à la durabilité de l'environnement.

## **Objectif stratégique 6. Suivi : orienter l'action en suivant les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable**

*Les actions seront fondées sur le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la prévention primaire moyennant l'instauration d'environnements plus sains et plus sûrs.*

23. Le suivi aura pour objectif d'utiliser et d'analyser les données existantes et d'observer attentivement l'évolution des déterminants de la santé et de leurs effets, ainsi que leur répartition d'un groupe de population à l'autre et au sein d'un même groupe. Il fournira ainsi des informations sur le rythme des progrès réalisés afin d'adapter les politiques, notamment celles qui ont trait à la justice environnementale.

i) **Suivi des progrès accomplis par rapport aux objectifs de développement durable, leurs indicateurs et d'autres indicateurs.** Les pays, en coopération avec l'OMS et d'autres organisations compétentes, le cas échéant, continueront de suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs liés à la santé et d'autres indicateurs intéressant la santé, l'environnement et les changements climatiques, afin de s'attaquer de manière globale aux déterminants des maladies intervenant en amont. La ventilation stratégique des données permettra de recenser les inégalités en matière de santé et leurs vecteurs. La compilation stratégique de données sur les déterminants sociaux et environnementaux, pour étudier les facteurs des inégalités en santé, contribuera à instaurer la cohérence des politiques à tous les échelons administratifs.

ii) **Suivre l'évolution et la mise en œuvre des stratégies pertinentes au niveau des régions et des pays.** L'évaluation des progrès et l'orientation des politiques passent par le suivi d'indicateurs d'impact et de résultat pertinents, permettant de mesurer le changement à l'échelon des pays.

## **INSTANCES DE MISE EN ŒUVRE**

*Des points d'entrée déterminés seront utilisés pour agir à plus grande échelle sur les déterminants environnementaux des maladies intervenant en amont en suivant des approches intégrées.*

24. La réponse à apporter aux défis que représentent les risques sanitaires persistants et émergents ne se limite pas au secteur formel de la santé. Ces défis ne pourront être relevés que dans la mesure où cette riposte sera dirigée par la communauté sanitaire, dans le cadre de stratégies et d'une planification essentielles, en collaboration avec d'autres parties prenantes pour mettre en œuvre des politiques multisectorielles de promotion de la santé dans des secteurs et des milieux prioritaires. Cette démarche doit bénéficier du soutien du public et d'un environnement politique favorable ; elle fera en outre l'objet d'un suivi et s'appuiera sur les meilleures données probantes disponibles. Une série de mécanismes et d'instances de mise en œuvre sont nécessaires pour réaliser ce projet ; ils sont présentés ci-après.

## **Un secteur de la santé doté de moyens d'action**

25. Le secteur formel de la santé représente une part importante et croissante de l'économie mondiale. Il est l'un des plus grands employeurs du monde, et jouit d'une position unique de confiance et d'intégration dans les communautés. Il est donc particulièrement bien placé pour mettre en œuvre des interventions contribuant à la salubrité de l'environnement au niveau communautaire (soit directement, soit en partenariat avec des organisations de la société civile) ; pour montrer l'exemple en suivant les bonnes pratiques en matière de durabilité, notamment en réduisant l'impact environnemental de la prestation des soins de santé ; et pour agir en qualité de décideur et de défenseur dans les domaines de

la santé et du développement durable. Cela implique notamment : un rééquilibrage des dépenses du secteur de la santé en faveur de la prévention primaire sur le long terme ; des fonds supplémentaires qui pourraient provenir de la suppression des subventions néfastes et de la reconfiguration des impôts de façon à tenir compte de toutes les conséquences des politiques et à réduire les inégalités ; un renforcement et un élargissement au niveau mondial de la discipline de la salubrité de l'environnement pour faire face à l'ampleur et à la complexité des défis modernes en la matière, y compris par une formation adéquate des professionnels de la santé ; le rôle moteur du secteur de la santé pour promouvoir une vision de la santé dans une perspective à plus long terme prenant en compte les déterminants de la santé ; et des professionnels de la santé capables d'encourager un changement de comportement en faveur de modes de vie plus durables et plus sains.

### **Renforcement des structures nationales et infranationales chargées de l'élaboration des politiques intersectorielles**

26. Peu de pays sont dotés de structures institutionnelles officielles qui fournissent des orientations directes sur les enjeux en matière de santé et d'environnement ou qui exigent des évaluations intersectorielles des répercussions sanitaires qu'ont les décisions prises dans d'autres secteurs. Une telle approche, qui prend en compte la santé dans toutes les politiques, doit avoir une portée plus large, prévoir des politiques en amont comprenant des évaluations stratégiques et non des projets individuels, et influencer plus directement sur les politiques (par exemple avoir un statut juridique et pas seulement un rôle consultatif). Les forums régionaux de haut niveau ont également largement contribué à faire progresser l'action sanitaire et environnementale.

### **Milieus essentiels où mettre en place les interventions**

27. Les milieux essentiels offrent l'occasion de s'attaquer aux risques environnementaux pour la santé et de réduire les inégalités en santé, tout en répondant aux changements démographiques, sociaux, économiques, technologiques et de modes de vie. Les principaux milieux et les objectifs des interventions sont exposés ci-après.

- **Ménages.** Garantir l'accès à un logement qui soit structurellement solide, où les températures intérieures sont adéquates, qui fournisse un approvisionnement adéquat en eau, des installations sanitaires, un éclairage et un espace suffisant, qui soit raccordé à une source d'énergie non polluante, d'un coût abordable et fiable pour la cuisson des aliments, le chauffage, l'éclairage et la ventilation, et qui protège ses occupants contre les risques de traumatisme, le bruit, les moisissures, les nuisibles et les contaminants intérieurs, y compris contre les émanations toxiques provenant des produits ménagers et des produits de consommation.
- **Écoles.** Instaurer un environnement éducatif sûr et favorable à la santé ; utiliser les écoles pour sensibiliser les enfants à la corrélation qui existe entre santé et environnement, y compris aux risques chimiques, et les éveiller aux solutions plus saines et plus durables ; et faciliter l'inclusion des meilleures pratiques dans la communauté au sens large.
- **Lieux de travail.** Garantir la couverture par des services de santé au travail qui englobent l'ensemble des risques physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux et ergonomiques sur le lieu de travail, qui contribuent à prévenir et à combattre les facteurs de risque modifiables, en particulier en ce qui concerne les maladies non transmissibles, et qui sont adaptés aux nouvelles formes de travail, de migration et d'organisation du lieu de travail, y compris dans l'économie informelle et sur des lieux de travail précaires.

- **Entreprises.** Plaider en faveur de l'atténuation des effets du changement climatique et préconiser une adaptation ; les entreprises peuvent jouer un rôle positif à cet égard.
- **Établissements de soins de santé.** Veiller à la fourniture et à la gestion durable de services essentiels de salubrité de l'environnement, y compris l'accès à une énergie propre et fiable et à l'eau potable, l'assainissement et aux pratiques d'hygiène ; à la résilience face aux phénomènes météorologiques extrêmes et aux effets des changements climatiques ; et à la protection des agents de santé et de la communauté au sens large, grâce à la sécurité chimique, à la lutte anti-infectieuse et à la gestion des déchets.
- **Villes.** Résoudre les problèmes particuliers que posent les villes du fait de la concentration d'expositions aux risques environnementaux, y compris la pollution de l'air ambiant, les îlots de chaleur urbains, les produits chimiques nocifs, le bruit, les maladies à transmission vectorielle,<sup>1</sup> le manque d'assainissement, les déchets ou les risques professionnels, tout en profitant des possibilités qu'offre l'existence d'une autorité unique sous la direction du maire qui est habilité à prendre des décisions intersectorielles, par exemple en matière d'urbanisme, d'achats, de fourniture d'énergie, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et de gestion des déchets. L'urbanisation rapide pose un problème particulier. Une planification urbaine stratégique garantira la création d'environnements propices à la santé.

28. La liste ci-dessus n'est pas complète ; peuvent notamment s'y ajouter les zones de développement agricole, les zones où l'activité économique est concentrée, les camps de réfugiés, y compris les abris temporaires et les abris destinés aux migrants, les marchés, les villages et les petites îles.

### **Partenariats pour un mouvement social en faveur d'environnements plus sains**

29. La volonté politique est une condition essentielle de l'action. Elle ne naîtra que d'une large prise de conscience sociétale des menaces fondamentales pour la santé que représentent les risques environnementaux et les changements climatiques, et des solutions envisageables. Les porte-drapeaux individuels, les associations de professionnels de la santé et les organisations de la société civile sont des acteurs cruciaux pour mobiliser le soutien du public en faveur de choix plus durables et plus favorables à la santé en matière de développement.

### **Accords multilatéraux sur l'environnement, la santé et le développement**

30. La plupart des accords mondiaux sur l'environnement (tels que la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et l'Accord de Paris, la Convention sur la diversité biologique, la Convention de Minamata sur le mercure, les Conventions de Stockholm, Bâle et Rotterdam sur les produits chimiques et les déchets dangereux), les accords régionaux sur l'environnement (y compris la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance), ainsi que les conventions internationales sur la sécurité et la santé au travail mentionnent les menaces pour la santé comme un sujet de préoccupation majeur. Or, les mécanismes de mise en œuvre de ces accords ne tiennent pas toujours suffisamment compte de ces menaces pour la santé ou ne reflètent pas toujours les préoccupations sanitaires aux niveaux national, régional ou international. Un engagement plus résolu du secteur de la santé favoriserait les synergies, permettrait de limiter les effets négatifs involontaires et d'optimiser les compromis nécessaires entre les objectifs sanitaires, environnementaux et économiques. De même, veiller à ce que les risques environnementaux soient pleinement couverts et à ce que les

---

<sup>1</sup> Voir aussi le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. *Projet d'action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/vector-control/publications/global-control-response/en/>, consulté le 26 mars 2019).

mesures prises pour les neutraliser soient soutenues par l'application au niveau national des instruments internationaux relatifs à la santé, comme le Règlement sanitaire international (2005), renforcerait et augmenterait particulièrement l'aptitude à prévenir les situations d'urgence environnementale, à s'y préparer et à y faire face. Une telle intégration transversale contribuerait à promouvoir l'approche globale énoncée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

### **Instances axées sur les objectifs de développement durable**

31. L'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'est traduite par la création de forums politiques de haut niveau qui renforcent les moyens de mise en œuvre et de suivi des engagements pris. Nombre de ces objectifs sont pleinement propices et conformes aux mesures à prendre pour instaurer un environnement sain. Ces forums constituent donc des instances essentielles pour promouvoir l'action contre les causes environnementales des maladies intervenant en amont et encourager l'équité en santé. Les principaux objectifs de développement durable liés à la santé, à l'environnement et au changement climatique comprennent, outre l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), l'objectif 1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde), l'objectif 2 (Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable), l'objectif 6 (Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable), l'objectif 7 (Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable), l'objectif 8 (Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous), l'objectif 11 (Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables), l'objectif 12 (Établir des modes de consommation et de production durables) et l'objectif 13 (Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions) dans le contexte de l'objectif 10 (Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre).

### **Suivi et collecte de données**

32. Un nombre limité de pays disposent d'organes consultatifs capables et chargés d'établir des programmes de recherche nationaux, de produire une synthèse des données disponibles, de suivre les progrès nationaux en matière de santé et d'environnement et de fournir ces informations directement aux décideurs. Au niveau international, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat assume cette fonction eu égard aux implications du changement climatique pour la santé, mais les fonctions institutionnelles similaires sont moins complètes et plus fragmentées pour les autres questions environnementales. Le groupe de travail sur les effets découlant de la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance, intégré à l'Équipe spéciale conjointe OMS/Convention des aspects sanitaires de la pollution atmosphérique pour la région paneuropéenne en est un autre exemple. Les institutions nationales et internationales comme les instituts de recherche ou les universités, et des sources telles que les revues à comité de lecture pourraient également jouer un rôle important dans la définition des stratégies nationales. Une plus grande couverture, sous l'angle du nombre de pays dotés de tels mécanismes et de l'éventail des risques environnementaux pris en compte, isolément ou ensemble, permettrait de faire progresser sensiblement l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles. Ces efforts devraient tous être alignés sur les objectifs de développement durable aux niveaux national et international et contribuer directement à leur suivi.

## **RÔLE ET LEADERSHIP DE L'OMS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MONDIALE**

33. Les actions que mène le Secrétariat dans le cadre de la stratégie mondiale relative à la santé, à l'environnement et aux changements climatiques s'articulent autour des trois priorités stratégiques du treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023 (voir l'Encadré 1). Les activités de base concernant la santé, l'environnement et les changements climatiques relèvent de la priorité stratégique intitulée « Promotion de la santé des populations », mais la contribution à « l'Intervention dans les

situations d'urgence sanitaire » est également substantielle. La priorité stratégique de l'OMS intitulée « Instauration de la couverture sanitaire universelle » devrait sous-tendre les mécanismes de mise en place des services de salubrité de l'environnement de base, tels que l'accès à l'eau potable et à des combustibles non polluants.

**Encadré 1. La stratégie dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques et le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023**

1. Dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, trois priorités stratégiques déterminent la façon dont l'OMS contribue à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. On trouvera ci-dessous ces trois priorités stratégiques, ainsi qu'une description de la façon dont la santé et l'environnement contribuent à chacune d'elles :

- i) *Instauration de la couverture sanitaire universelle.* Les services essentiels de salubrité de l'environnement, les connaissances et les capacités dans ce domaine doivent faire partie intégrante de la couverture sanitaire universelle.
- ii) *Intervention dans les situations d'urgence sanitaire.* Une plus grande résilience du secteur de la santé et des communautés face aux changements climatiques, la réduction des vulnérabilités et l'amélioration de la préparation, de la surveillance et de la riposte aux situations d'urgence sanitaire permettront de prévenir et de réduire les effets des situations d'urgence environnementale sur la santé.
- iii) *Promotion de la santé des populations.* Les conditions favorables à la santé des populations comprennent : des villes plus saines ; l'approvisionnement durable en eau potable, l'assainissement et les pratiques d'hygiène ; des solutions de transport saines ; des politiques en faveur de services énergétiques propres ; des systèmes alimentaires durables ; des produits, un logement et des lieux de travail sûrs et durables ; et une agriculture viable.

34. La mission de l'OMS concernant la santé dans le monde est détaillée plus avant dans son treizième programme général de travail, 2019-2023 : « Une action de vaste envergure et prolongée est nécessaire pour bâtir une communauté qui œuvre pour l'avenir commun de l'humanité, qui donnera à chacun les moyens d'améliorer sa santé, d'agir sur les déterminants de la santé et de répondre aux défis sanitaires. »<sup>1</sup> Pour concrétiser cette vision, les objectifs stratégiques englobent des interventions que le secteur de la santé doit conduire ou auxquelles il doit contribuer en matière de prévention primaire, d'action intersectorielle sur les déterminants de la santé, d'encadrement des questions de santé eu égard aux déterminants de la santé, et de surveillance dans le domaine de la santé. À l'appui de ces objectifs, le Secrétariat prête un concours au secteur de la santé et promeut l'action multisectorielle sur les déterminants de la santé. Les activités de cette stratégie s'inscrivent pleinement dans les fonctions

<sup>1</sup> Le treizième programme général de travail dispose par ailleurs que « l'OMS défendra la santé au plus haut niveau politique », « s'élèvera contre les pratiques de tous les secteurs, dont l'industrie, qui, selon des données factuelles, sont nocives pour la santé », « le programme de réforme des Nations Unies devrait permettre à l'OMS de travailler plus efficacement avec les secteurs autres que celui de la santé, au niveau des pays, sur les conséquences du changement climatique pour la santé, sur l'environnement et sur d'autres facteurs ayant une incidence majeure sur la santé » et « en ce qui concerne la pollution de l'air (à l'extérieur, à l'intérieur des habitations et sur le lieu de travail) et l'atténuation des effets du changement climatique, l'OMS collaborera à plus grande échelle avec différents secteurs – dont les transports, l'énergie, le logement, la gestion des déchets, le travail et l'urbanisme – aux niveaux national et local pour contrôler la qualité de l'air, pour mettre au point des stratégies permettant d'opter pour des technologies et des combustibles plus sains afin que toutes les populations puissent respirer un air répondant aux normes de qualité de l'OMS et que des politiques efficaces puissent être élaborées sur la base de données scientifiques ».

essentielles de l’OMS.<sup>1</sup> La mission, la capacité et le pouvoir fédérateur dont elle est investie instaurent *de facto* les atouts et les avantages comparatifs permettant à l’Organisation d’assumer son rôle de chef de file pour les questions visées par la stratégie. Les activités menées par l’OMS à ce titre sont structurées comme suit : a) le leadership et l’appui aux politiques ; b) la synthèse des données factuelles et les activités de sensibilisation ; et c) la fourniture d’un appui direct aux pays. Bien que les fonctions essentielles de l’OMS restent à la base de son travail (voir la Figure 2 pour une description du rôle de l’OMS), d’importants changements s’imposent pour répondre à l’évolution des besoins ; ils sont détaillés ci-dessous. Une étroite coopération avec les organismes intéressés du système des Nations Unies sera assurée moyennant divers mécanismes,<sup>2</sup> et une coopération est d’ores et déjà en place pour plusieurs activités.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Jouer un rôle moteur dans les domaines essentiels pour la santé et établir des partenariats lorsqu’une action conjointe est nécessaire ; établir les priorités de la recherche et encourager la production, l’application et la diffusion de connaissances dignes d’intérêt ; fixer des normes et des critères, et encourager et surveiller leur application ; définir des politiques conformes à l’éthique et fondées sur des données probantes ; fournir un appui technique, se faire l’agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ; et surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances dans ce domaine (treizième programme général de travail de l’OMS, voir [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_4-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-fr.pdf), consulté le 27 mars 2019).

<sup>2</sup> Par exemple, la coalition Santé, environnement et changement climatique, qui coordonne les travaux entre les différents organismes des Nations Unies (voir <https://www.who.int/globalchange/coalition/en/>, consulté le 27 mars 2019).

<sup>3</sup> Par exemple, pour la qualité de l’air, via la campagne « BreatheLife », lancée par l’OMS, le Programme des Nations Unies pour l’environnement et la Coalition pour le climat et la qualité de l’air (<http://breathelife2030.org/>, consulté le 27 mars 2019) et le Programme commun OMS/UNICEF de suivi (<https://washdata.org/>, consulté le 27 mars 2019).

**Figure 2. Aperçu du rôle et du leadership de l'OMS dans les domaines de la santé, de l'environnement****Impact**

Tous les peuples atteignent le niveau de santé le plus élevé possible grâce à une réduction considérable de la charge de morbidité environnementale et à des mesures contre les changements climatiques et les autres menaces environnementales pour la santé

**Réalisations**

Renforcement des mécanismes de gouvernance et des capacités du secteur de la santé en vue d'une action intersectorielle et de l'application de l'approche visant à inclure la santé dans toutes les politiques

Des normes, des critères et des instruments juridiques sont en place et appliqués pour protéger la santé de la population grâce à la prévention primaire

Les politiques sont mises en œuvre et régulièrement adaptées moyennant le suivi, l'adoption de solutions reposant sur des données probantes et la coordination de la recherche

Les populations en situation de vulnérabilité sont protégées contre les risques environnementaux et climatiques de manière équitable, y compris dans les situations d'urgence

**Produits**

Des mécanismes de gouvernance adéquats ont été soutenus et une direction a été assurée pour ce qui est des politiques, des stratégies et des plans

Les normes reposant sur des données factuelles et les informations sur les solutions sont élaborées et diffusées, et le changement fait l'objet d'un suivi

Les acteurs concernés sont pleinement informés des risques et sont impliqués dans la recherche de solutions, et peuvent avoir accès aux outils pertinents et à la coopération technique

Les produits et la mise en œuvre sont multipliés grâce à une communication efficace et à des partenariats stratégiques

**Principales activités***Leadership et politiques*

Assurer le leadership dans les domaines de la santé, de l'environnement et des changements climatiques

Soutenir les mécanismes de gouvernance pour une action intégrée et intersectorielle

Constituer des alliances mondiales pour faire avancer les programmes mondiaux

Entamer un dialogue intersectoriel sur les politiques en coopération avec les partenaires

Favoriser la formulation et l'application d'instruments juridiques

Prévoir des structures facilitant l'organisation de forums mondiaux et régionaux de haut niveau

*Synthèse des données et sensibilisation*

Définir le programme de recherche

Identifier, évaluer et intervenir face aux menaces environnementales émergentes qui pèsent sur la santé

Faire la synthèse des données pour élaborer et actualiser des normes et des orientations relatives aux interventions

Fournir des outils pour estimer les coûts et les avantages de l'action politique

Surveiller les risques sanitaires, les impacts et la mise en œuvre des solutions, et communiquer les progrès réalisés en vue d'adapter les stratégies

Intensifier la communication pour mieux faire connaître les effets sur la santé, les coûts pour la société et les solutions

*Soutien direct aux pays*

Catalyser l'action et influencer sur les choix sectoriels et offrir des plateformes aux principales parties prenantes

Renforcer les capacités des institutions nationales et des autres partenaires d'exécution

Fournir une assistance concernant l'application des normes et des solutions

Mettre en œuvre des initiatives destinées aux populations vulnérables

Soutenir l'élargissement de la couverture sanitaire universelle grâce aux services essentiels de salubrité de l'environnement

Assurer une intervention en matière d'environnement et de santé au travail en cas de situation d'urgence

Établir des partenariats stratégiques au niveau des pays afin de produire des effets multiples

**Dispositifs essentiels en vue de la mise en œuvre**

Plateformes politiques multilatérales, régionales et mondiales

Partenariats en faveur des mouvements sociaux

Mécanismes de production/collecte de données et de suivi

Soutien du secteur de la santé

Milieus comme les villes, les lieux de travail, les ménages

Structures pour les urgences

**Domaines d'intervention**

Eau, assainissement, déchets et hygiène

Lutte contre les vecteurs

Sécurité chimique

Risques professionnels et environnements de travail

Changements climatiques et de l'écosystème

Pollution de l'air

Environnements bâtis

Rayonnements Nuisances sonores

## Promotion de la santé des populations

35. Dans le cadre de cette priorité stratégique, l'OMS entreprendra les activités ci-après.

### Assurer le leadership

- a) Assurer le leadership pour guider des transitions énergétiques saines, des solutions saines en matière de transports et de conception urbaine, une économie circulaire sûre et saine ainsi que d'autres transformations en cours, en conjuguant les orientations de l'OMS fondées sur des bases factuelles à des activités de sensibilisation renforcées. Favoriser un soutien politique de haut niveau, dans le cadre des interactions avec les États Membres et la société civile.
- b) Coordonner les processus de politique régionale en fournissant ou en élargissant les structures régionales pour l'environnement et la gouvernance sanitaire, en réunissant les principaux secteurs et parties prenantes.
- c) Favoriser une bonne gouvernance afin de bâtir des villes saines et durables.
- d) Veiller à ce que la « voix de la santé » soit entendue. Il importe que le secteur de la santé participe activement à la mise en œuvre ultérieure des instruments pertinents, par exemple via la feuille de route de l'OMS pour accroître la participation du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà, laquelle contribuera à la réalisation des objectifs de développement durable à l'échelle mondiale<sup>1</sup> et à la mise en œuvre de l'Accord de Paris sur le changement climatique.

### Faire la synthèse des données factuelles et plaider pour la création de biens en rapport avec la santé

- e) Garantir la production de connaissances en favorisant et en coordonnant l'élargissement de la base de données factuelles sur les normes, les solutions novatrices et efficaces, la recherche orientée sur la pertinence des politiques, et les menaces émergentes pour la santé liées à l'environnement. Des informations factuelles sur l'impact des politiques seront essentielles pour étayer l'action intersectorielle et fournir des arguments convaincants en faveur de la recherche de coavantages. Les connaissances ainsi produites seront ensuite synthétisées sous la forme d'orientations normatives visant à garantir la disponibilité de biens en rapport avec la santé, tels qu'une eau salubre et un air propre ou encore des produits et des technologies sûrs, notamment des biens de consommation. Le Secrétariat prêtera son concours à l'élaboration de solutions novatrices et à leur généralisation durable afin d'accélérer la réduction des risques environnementaux pour la santé.
- f) Diffuser des informations factuelles pour faire en sorte que la santé soit au maximum prise en compte dans les décisions. Les informations permettent de sensibiliser aux risques sanitaires et aux solutions disponibles, et incitent à demander la mise en place d'environnements plus sains.
- g) Suivre l'évolution des risques pour la santé ainsi que la mise en œuvre des solutions – eu égard au taux de mise en œuvre, aux incidences, aux coûts financiers et au rapport coût/efficacité. Il faut assurer un suivi continu afin de réaligner les priorités et les stratégies de mise en œuvre

---

<sup>1</sup> OMS. *Feuille de route pour accroître la participation du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273139/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 27 mars 2019).

dans les pays. L'OMS continuera d'élargir ses activités de mobilisation des partenaires en vue de créer des plateformes qui rassemblent les données nécessaires pour suivre les progrès réalisés. L'OMS rend également compte de plusieurs indicateurs relatifs à la santé et à l'environnement (dans le cadre des objectifs 3, 6, 7 et 11 de développement durable).

### **Renforcer l'impact direct de l'OMS dans les pays**

h) Catalyser l'action en faveur d'environnements plus sûrs et influencer sur les choix sectoriels, par exemple en instaurant la concertation, en fournissant des orientations sur les politiques favorables à la santé et les mécanismes de gouvernance, et en contribuant à l'application des normes et au suivi. Le type d'engagement multisectoriel et du secteur de la santé sera adapté aux besoins des pays et pourrait être réorienté en fonction des interventions conduites en amont (lesquelles peuvent être liées aux politiques ou d'ordre stratégique) et des interventions conduites en aval (comme la coopération technique). Les activités seront étroitement coordonnées avec les travaux d'autres organismes du système des Nations Unies (selon le principe de l'unité d'action des Nations Unies) et d'autres partenaires intéressés.

i) Renforcer la capacité du secteur de la santé à s'acquitter de ses fonctions de plus en plus importantes de direction, de leadership et de coordination s'agissant des questions de santé de dimension intersectorielle. Aider à élaborer des plans de mise en œuvre des stratégies de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques aux niveaux national et régional. Soutenir les efforts correspondants de mobilisation des ressources. Appuyer le suivi des principaux risques environnementaux pour la santé et des progrès accomplis dans la mise en œuvre de solutions. Et donner l'exemple afin de limiter l'impact des activités du secteur de la santé sur la santé, l'environnement et le changement climatique, autrement dit rendre le secteur de la santé plus respectueux de l'environnement.

j) Offrir des plateformes permettant aux principaux protagonistes de faire des choix salutaires en matière d'environnement et de changements climatiques. Fournir à la société civile des données, des informations et des matériels de sensibilisation (comme la campagne « BreatheLife »<sup>1</sup>) pour l'encourager à participer aux débats sur les choix sains dans les politiques concernées. Appuyer les maires et autres acteurs locaux de premier plan désireux d'instaurer des environnements propices à la santé en leur proposant des outils et des informations sur les choix judicieux. Concevoir des plateformes destinées à faciliter l'échange de données, de solutions et de données d'expérience entre les principaux protagonistes et les pays.

k) Élaborer des initiatives à l'intention des populations en situation de vulnérabilité. Fournir un soutien accru aux personnes vulnérables ou en situation de vulnérabilité (comme les enfants, dont le développement peut pâtir des risques environnementaux, en particulier les expositions précoces, et les effets à long terme, les travailleurs de l'économie informelle, les populations vivant en situation d'urgence, les communautés démunies, les populations des petits États insulaires en développement et des pays les moins avancés, des régions de l'Arctique, des zones où il y a des problèmes d'approvisionnement en eau et des basses terres, dans leur contexte spécifique). Ce soutien passe par le renforcement de la résilience des systèmes de santé face aux risques climatiques, l'aide aux efforts d'adaptation aux changements climatiques et la promotion de mesures d'atténuation des effets des changements climatiques dans le monde entier, afin d'assurer l'avenir des plus vulnérables.

---

<sup>1</sup> Voir le paragraphe 34 ci-dessus.

l) Intervenir en cas d'urgence. Secourir les pays dans la mise en place de systèmes de préparation aux catastrophes et aux urgences environnementales et de fourniture d'orientations normatives et techniques. Renforcer les réseaux mondiaux et régionaux d'experts en vue d'aider les pays à faire face aux situations d'urgence environnementale. L'intervention en cas d'urgence sanitaire d'origine environnementale et la prestation de services de salubrité de l'environnement représentent un surcroît d'activité important dans les pays.

### **Faire face aux situations d'urgence liées à l'environnement**

36. Les conflits d'origine humaine, les incidents technologiques et les catastrophes naturelles ont des effets préjudiciables sur la vie et la santé des populations du monde entier ; le changement climatique et les migrations forcées sont susceptibles d'aggraver encore le problème. Le nombre de personnes déplacées qui fuient les situations d'urgence est en augmentation, les répercussions les plus importantes se faisant particulièrement sentir dans les pays où les problèmes de salubrité de l'environnement sont les plus aigus et qui sont les moins à même de faire face aux urgences sanitaires environnementales. Si l'on veut que la population ne coure aucun risque, il est essentiel de prévenir ces situations d'urgence et de les gérer.

37. Une approche systématique des situations d'urgence environnementale – rejets de produits chimiques ou d'origine nucléaire – et des volets « salubrité de l'environnement » de tous les types d'urgence et de catastrophes suppose que le Secrétariat collabore avec tous les États Membres pour investir dans l'évaluation de la vulnérabilité et des risques, ainsi que dans la planification de la préparation, de l'intervention et du relèvement. Le Règlement sanitaire international (2005) est un instrument facilement accessible qui permet de renforcer les capacités nationales et régionales essentielles en matière de détection des événements chimiques, zoonotiques, radiologiques ou nucléaires, de préparation et de riposte à ces événements.

38. La gestion de la salubrité de l'environnement dans les situations d'urgence vise les objectifs suivants :

- a) identifier, évaluer et cartographier les risques et les vulnérabilités liés à l'environnement et à la santé au travail dans les pays exposés aux crises ;
- b) améliorer les capacités de préparation aux situations d'urgence et de gestion efficace des volets environnement et santé au travail qui s'y rapportent, par exemple en renforçant la résilience des systèmes et des établissements de santé ;
- c) veiller à ce que les établissements de soins de santé aient accès aux services de base en matière de salubrité de l'environnement, tels que l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et l'hygiène, ainsi qu'à des sources d'énergie non polluantes et fiables ; soient situés loin des zones à risque comme les zones inondables ; et disposent de systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail ;
- d) protéger la santé des personnes contre les risques environnementaux tout au long des phases du cycle de gestion de la catastrophe ou de la situation d'urgence.

39. Les mesures prioritaires proposées pour gérer les services de salubrité de l'environnement dans les situations d'urgence sont présentées dans le Tableau 1.

**Tableau 1. Mesures prioritaires proposées pour gérer les services de salubrité de l'environnement dans les situations d'urgence**

| Action stratégique   | Mesures à prendre par les États Membres  | Mesures à prendre par le Secrétariat   |
|--|--|--|
| Renforcer les capacités du secteur de la santé à gérer les services de salubrité de l'environnement et de santé au travail tout au long du cycle de vie des situations d'urgence.            | 1. Établir des profils de situations d'urgence sanitaire d'origine environnementale (cartographie et organisation des ressources, par exemple) et mettre en place des plans de salubrité de l'environnement en cas d'urgence ou les actualiser.<br>2. Appliquer effectivement les politiques, les programmes et les systèmes de gestion ayant trait aux services de salubrité de l'environnement dans les établissements de soins de santé, y compris l'évaluation, la prestation et le rétablissement des services.<br>3. Intégrer la protection de la santé et de la sécurité au travail dans les plans nationaux de sécurité sanitaire. | 4. Élaborer des systèmes de prévision, d'alerte précoce et de préparation en cas de catastrophe environnementale ou de situation d'urgence d'origine humaine.<br>5. Établir des réseaux mondiaux et régionaux de spécialistes de la salubrité de l'environnement et de la santé au travail qui peuvent être mobilisés et déployés en temps opportun pour apporter un soutien aux pays qui en ont besoin.<br>6. Renforcer les capacités des pays à protéger la santé et la sécurité au travail dans les situations d'urgence de santé publique. |
| Dans les situations d'urgence, fournir des services de salubrité de l'environnement adéquats dans les établissements de soins de santé.  | 7. Renforcer les capacités du secteur de la santé en matière d'élaboration et de mise en œuvre de politiques, de programmes et de systèmes de gestion relatifs aux services de salubrité de l'environnement et de santé au travail dans les établissements de soins de santé, les camps de réfugiés et d'autres lieux accueillant des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.   | 8. Fournir des orientations normatives et techniques.  |
| Renforcer les capacités nationales en matière de riposte aux événements d'origine chimique, radiologique ou nucléaire aux fins de l'application du Règlement sanitaire international (2005). | 9. Renforcer les capacités nationales pour faire face aux événements chimiques, radiologiques ou nucléaires. Renforcer les capacités principales requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005).  | 10. Fournir des orientations normatives et techniques.<br>11. Renforcer les réseaux thématiques d'experts mondiaux et régionaux afin d'aider les pays à surveiller les événements de caractère chimique ou nucléaire et à y faire face.  |

### **Instaurer la couverture sanitaire universelle en fournissant des services de salubrité de l'environnement**

40. L'une des priorités stratégiques de l'OMS consiste à prêter son concours aux pays désireux de progresser vers la couverture sanitaire universelle. Il s'agit notamment de veiller à ce que chacun ait accès à des services de promotion de la santé et de prévention adaptés à ses besoins, et puisse y recourir sans s'exposer à des difficultés financières. Les services environnementaux essentiels, dont l'objectif principal consiste à améliorer la santé, font partie intégrante de la couverture sanitaire universelle. Ces services comprennent, par exemple, l'approvisionnement en eau potable de qualité, des systèmes

d'assainissement gérés en toute sécurité, des sources d'énergie et des technologies non polluantes et la protection des personnels, tant dans les établissements de soins de santé qu'au sein des communautés.

41. Les services de santé essentiels seront déterminants pour réduire les flambées de maladies infectieuses (et entraîner, par exemple, une réduction du nombre de personnes souffrant de maladies diarrhéiques grâce à l'amélioration des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement) et de maladies non transmissibles (par exemple les maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques grâce à l'utilisation de sources d'énergie et de technologies propres dans les ménages).

### Objectifs à atteindre

42. Au titre de la stratégie mondiale, les objectifs à atteindre grâce à l'approche transformative sont présentés dans l'Encadré 2.

#### Encadré 2. Objectifs à atteindre grâce à l'approche transformative

##### Améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains

1. **Populations.** Les personnes vivent plus longtemps et en meilleure santé grâce à la réduction des maladies liées à l'environnement. Elles sont conscientes de l'exposition aux risques environnementaux qui portent atteinte à leur vie, des moyens de les éviter et des avantages que présentent des choix plus durables, et elles se font entendre auprès des décideurs. Ceci permet au bout du compte **d'améliorer la santé et le bien-être.**
2. **Couverture sanitaire universelle.** Les populations bénéficient de mesures de **prévention primaire** telles que les services essentiels de salubrité de l'environnement et de santé au travail ainsi que la promotion de la santé, qui font partie intégrante de la couverture sanitaire universelle.
3. **Pollution de l'air.** Les pays et les grandes villes ont fixé des **cibles en matière de qualité de l'air** d'après des critères de santé et ont mis en place des politiques pour les atteindre en **faisant intervenir les secteurs concernés.** Les **combustibles** polluants et les **technologies** inefficaces ne sont plus utilisés. Les émissions ont été considérablement réduites.
4. **Changement climatique.** Les systèmes de santé et les communautés du monde entier font preuve de **résilience** face à la variabilité et aux changements climatiques et font baisser les taux de maladies infectieuses sensibles au climat. Les émissions de carbone diminuent afin de respecter les engagements internationaux. Des **systèmes énergétiques** plus propres sont installés, des **systèmes de transports publics** efficaces favorisant la **mobilité active** sont en place, les **vecteurs de maladie** sont dûment surveillés et des **régimes alimentaires** plus durables ainsi que des **systèmes alimentaires** plus résilients sont encouragés et mis en œuvre, et les lieux d'habitation et de travail devraient protéger la santé compte tenu de l'évolution du climat.
5. **Eau, assainissement et hygiène.** Tous les pays ont intégré les piliers des **plans de gestion de la qualité sanitaire de l'eau et de l'assainissement** dans leurs stratégies et ont inclus les conditions d'hygiène adéquates dans leurs plans relatifs à la sécurité de l'eau. Tous les établissements de soins ont accès à des systèmes d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène. Des services d'assainissement et des mesures de protection contre les eaux usées sont en place pour **combattre la résistance aux antimicrobiens.**
6. **Sécurité chimique.** Les **conséquences pour la santé** de l'exposition aux produits chimiques sont réduites, car celles-ci (ainsi que les conséquences pour la santé de l'exposition à des mélanges de produits chimiques) sont **mieux connues**, l'utilisation des produits chimiques est bien réglementée, les institutions nationales disposent de **moyens** pour faire face aux menaces chimiques, y compris les incidents et les **situations d'urgence**, et participent aux **activités de gestion** des produits chimiques.
7. **Sécurité radiologique.** Les effets sur la santé des **rayonnements ultraviolets diminuent** grâce à une meilleure connaissance des risques et à une meilleure protection individuelle. Les expositions inutiles dues aux **techniques d'imagerie médicale** sont éliminées. Le nombre de cancers du poumon attribuables à une exposition au **radon** est réduit grâce à des mesures préventives efficaces. Les **incidents nucléaires** font l'objet d'une intervention et d'une gestion adéquates.

8. **Établissements de soins de santé.** Tous les établissements et services de soins de santé sont écologiquement viables : ils utilisent des **services d’approvisionnement en eau et d’assainissement gérés en toute sécurité et une énergie propre** ; ils gèrent durablement leurs déchets et achètent des biens de manière durable ; ils sont **résilients** face aux phénomènes météorologiques extrêmes ; ils sont capables de protéger la santé, la sûreté et la sécurité des **personnels de santé**.
9. **Lieux de travail.** Tous les lieux de travail ont mis en place des systèmes de gestion **de la santé et de la sécurité au travail** et de **promotion** de la santé au travail. Tous les travailleurs ont accès à des interventions essentielles de prévention des maladies et des traumatismes d’origine professionnelle ou liés au travail et de lutte contre ceux-ci.
10. **Contexte mondial et régional.** Il existe selon le cas des politiques et des accords internationaux qui traitent efficacement des **facteurs influant sur la santé à l’échelle mondiale et régionale**, tels que les changements climatiques et l’évolution des écosystèmes.
11. **Situations d’urgence.** L’ensemble des pays disposent des capacités nécessaires pour **gérer efficacement les services de salubrité de l’environnement** tout au long des situations d’urgence. Les pays sont en mesure d’**intervenir** en cas d’événements d’origine chimique, radiologique ou nucléaire et de **protéger** la santé et la sécurité au travail des intervenants affectés aux situations d’urgence.
12. **Gouvernance.** Les autorités nationales et locales (par exemple les villes) ont mis en place des mécanismes permettant de faciliter la **coopération intersectorielle**, d’intégrer la **santé dans toutes les politiques pertinentes** et de faire en sorte qu’elles s’acquittent de leurs obligations en offrant un environnement sûr à la population.

43. On trouvera sur le site Web de l’OMS une documentation complémentaire ainsi que des informations détaillées sur les activités que mène le Secrétariat dans les domaines d’intervention prioritaires, y compris des traductions.<sup>1</sup>

## SUIVI DES PROGRÈS ACCOMPLIS SUR LA VOIE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

44. Les principales cibles permettant de mesurer les progrès accomplis pour la période 2019-2023, lesquelles sont alignées sur le treizième programme général de travail de l’OMS, sont énumérées ci-dessous :

**Dans le cadre de l’objectif 3** (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge).

- Réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l’air, de l’eau et du sol.

**Dans le cadre de l’objectif 6** (Garantir l’accès de tous à des services d’alimentation en eau et d’assainissement gérés de façon durable).

- Assurer l’accès d’un milliard de personnes à des services d’alimentation en eau potable gérés en toute sécurité.

---

<sup>1</sup> Voir Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé (<http://www.who.int/phe/publications/global-strategy/en/>, consulté le 27 mars 2019).

- Assurer l'accès de 800 millions de personnes à des services d'assainissement gérés en toute sécurité.
- Réduire de 40 % à 50 % le nombre d'habitants de pays à revenu faible ou intermédiaire desservis par des hôpitaux dépourvus d'une alimentation sûre en électricité et en eau, et de services d'assainissement fiables.

**Dans le cadre de l'objectif 13** (Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions).

- Doubler le montant des crédits destinés à la protection de la santé dans le cadre du changement climatique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Réduire de 10 % la mortalité due à des maladies sensibles au climat (par des mesures de lutte contre le changement plutôt que par d'autres facteurs).

45. Des indicateurs supplémentaires et plus précis font l'objet d'un suivi dans chacun des domaines relatifs à la salubrité de l'environnement. Les principaux objectifs et indicateurs de développement durable liés à la santé sont énumérés dans l'Encadré 3.

**Encadré 3. Principaux objectifs de développement durable ainsi que leurs cibles et indicateurs liés à la santé et à l'environnement<sup>a</sup>**

Objectif 1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes)

Cible 1.5 D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental et leur vulnérabilité

Objectif 2 (Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable)

Objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge)

*Indicateur 3.9.1 Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant<sup>b</sup>*

*Indicateur 3.9.2 Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats)<sup>b</sup>*

*Indicateur 3.9.3 Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel<sup>b</sup>*

Objectif 6 (Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable)

*Indicateur 6.1.1 Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité<sup>b</sup>*

*Indicateur 6.2.1 Proportion de la population utilisant a) des services d'assainissement gérés en toute sécurité et b) des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon<sup>b</sup>*

*Indicateur 6.3.1 Proportion des eaux usées traitées sans danger*

*Indicateur 6.a.1 Montant de l'aide publique au développement consacrée à l'eau et à l'assainissement dans un plan de dépenses coordonné par les pouvoirs publics*

*Indicateur 6.b.1 Proportion d'administrations locales ayant mis en place des politiques et procédures opérationnelles encourageant la participation de la population locale à la gestion de l'eau et de l'assainissement*

Objectif 7 (Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable)

*Indicateur 7.1.2 Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres<sup>b</sup>*

Objectif 8 (Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous)

*Indicateur 8.8.1 Fréquence des accidents du travail mortels et non mortels, par sexe et statut au regard de l'immigration*

Objectif 9 (Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation)

Objectif 11 (Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables)

*Indicateur 11.6.2 Niveau moyen annuel de particules fines (PM 2,5 et PM 10, par exemple) dans les villes, pondéré en fonction du nombre d'habitants*

Objectif 12 (Établir des modes de consommation et de production durables)

Objectif 13 (Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions)

Objectif 17 (Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser)

Questions structurelles : Cohérence des politiques et des structures institutionnelles

*Indicateur 17.14.1 Nombre de pays ayant mis en place des mécanismes pour renforcer la cohérence des politiques de développement durable*

<sup>a</sup> Les indicateurs en italique sont ceux dont l'OMS est officiellement garante. Il convient de noter que cette liste est non exhaustive : de nombreux autres objectifs et leurs indicateurs sont liés à la santé.

<sup>b</sup> Indicateurs inclus dans le cadre d'impact de l'OMS.

## MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

[Ce paragraphe contenait un projet de décision, que l'Assemblée de la Santé a adopté sous la cote WHA72(9).]

## ANNEXE 3

### **PLAN D'ACTION SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET LA SANTÉ DANS LES PETITS ÉTATS INSULAIRES EN DÉVELOPPEMENT<sup>1</sup>**

[A72/16 – 25 avril 2019]

#### **CONTEXTE**

[Les paragraphes 1 à 7 indiquaient le contexte dans lequel se situe le Plan d'action, y compris le processus suivi pour son élaboration.]

#### **VISION**

8. Ce Plan d'action vise à faire en sorte que, d'ici à 2030, tous les systèmes de santé des petits États insulaires en développement soient résilients face aux variations et changements climatiques.

9. Cette vision doit être concrétisée parallèlement aux mesures prises par les pays à travers le monde pour réduire les émissions de carbone, afin à la fois de protéger les plus vulnérables des risques climatiques et d'obtenir les avantages indirects pour la santé associés aux politiques d'atténuation.

#### **PORTÉE**

10. Le Plan d'action vise à fournir aux autorités sanitaires nationales des petits États insulaires en développement un soutien politique, technique et financier et un appui au renforcement des capacités, ainsi que les données nécessaires pour :

- a) mieux comprendre les effets des changements climatiques sur la santé, et agir plus efficacement face à eux, y compris pour ceux dus à l'influence exercée sur les principaux déterminants de la santé (par exemple l'alimentation, l'air, l'eau ou l'assainissement) ;
- b) améliorer la résilience climatique et la durabilité environnementale des services de santé ; et
- c) promouvoir la mise en œuvre de mesures d'atténuation des effets des changements climatiques par les secteurs les plus polluants (par exemple les transports, l'énergie, l'alimentation et l'agriculture) qui maximiseront les avantages indirects pour la santé à l'intérieur et à l'extérieur des petits États insulaires en développement.

11. Le Plan d'action vise également à montrer la voie pour transformer les services de santé des petits États insulaires en développement, en passant d'un modèle de services curatifs associé à une escalade des coûts à un modèle fondé sur la prévention des maladies, la résilience climatique, la durabilité et la

---

<sup>1</sup> Voir la décision WHA72(10).

participation des communautés. Les autres objectifs sont de promouvoir une action plus intégrée entre les différents programmes de santé, tels que la santé environnementale, la santé des travailleurs, la sécurité alimentaire et la nutrition ; de contribuer aux objectifs apparentés, parmi lesquels la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire, et la préparation et l'action face aux situations d'urgence ; et de collaborer avec d'autres partenaires internationaux et intersectoriels, compte tenu des avantages comparatifs de chacun.

12. Le Plan d'action vise à soutenir l'initiative spéciale de l'OMS sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement, qui est un groupement volontaire de petites îles réunies indifféremment de leur statut constitutionnel, c'est-à-dire incluant des États indépendants, des départements, des dépendances et des territoires d'outre-mer.<sup>1</sup>

## AXES STRATÉGIQUES D'INTERVENTION

13. Le Plan d'action compte quatre axes stratégiques d'intervention liés entre eux et qui se renforcent mutuellement ; à chacun d'eux sont associés deux actions et deux indicateurs de suivi des progrès.

### **Axe stratégique d'intervention 1 – Autonomisation : soutenir le leadership en santé dans les petits États insulaires en développement pour un engagement national et international**

14. Si la santé est de plus en plus prise en compte dans les discussions sur le climat, elle n'est toujours pas reconnue systématiquement et officiellement comme une priorité ; cela limite les occasions à la fois de la protéger et d'en faire un argument et une mesure de succès pour les mesures d'action climatique. Il convient de mettre à la disposition des États Membres les informations nécessaires sur les liens entre la santé et les changements climatiques afin que ces liens puissent être pris en compte dans les positions officielles des principaux groupes de petits États insulaires en développement dans le cadre de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et d'autres processus importants de développement durable. Les petits États insulaires en développement représentent environ un cinquième des États Membres de l'ONU et de l'OMS, et pourraient utiliser la force que leur nombre leur confère pour plaider plus efficacement en faveur d'une action mondiale. L'axe stratégique d'intervention sur l'autonomisation vise à faire mieux entendre les responsables du secteur de la santé, au nom des populations les plus vulnérables, pour soutenir l'adaptation dans les petits États insulaires en développement et les mesures d'atténuation prises par les pays à travers le monde.

#### **Action 1.1 – Établir à l'OMS une plateforme des petits États insulaires en développement ou un autre mécanisme de coordination sur les petits États insulaires en développement afin de soutenir l'action sur les changements climatiques, pour l'environnement et sur d'autres questions de santé prioritaires**

15. Cette action donnera suite à la demande des pays de recenser et de promouvoir des mécanismes qui favorisent un processus de collaboration ouverte entre les petits États insulaires en développement et l'OMS, d'une part, et d'autres partenaires du développement, d'autre part. Elle soutiendra le renforcement des capacités entre les décideurs sur les changements climatiques et la santé. La plateforme collaborera également avec d'autres partenaires pour relier la question des changements climatiques à d'autres priorités de santé et de développement, notamment le tourisme, l'environnement, la gestion des déchets, l'agriculture, la pêche et l'industrie. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

---

<sup>1</sup> La référence ailleurs dans ce rapport aux plans d'adaptation nationaux et aux communications nationales inclut aussi bien les informations présentées par des États indépendants que celles soumises par des départements, dépendances et territoires, qu'elles émanent de ces entités proprement dites ou soient intégrées à celles des pays qui les gouvernent.

**Indicateur 1.1 – Mécanisme de coordination des petits États insulaires en développement établi à l’OMS sur les changements climatiques, l’environnement et d’autres questions de santé prioritaires**

**Action 1.2 – Faire contribuer le secteur de la santé (par exemple au moyen de plans d’adaptation nationaux, de communications nationales ou de contributions déterminées au niveau national) aux travaux de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et des parties prenantes dirigeant les principaux processus nationaux liés aux changements climatiques**

16. Pour la mise en œuvre de cette action, l’OMS s’emploiera à renforcer le suivi des questions de santé dans les conventions et les accords internationaux sur l’environnement, et mettra en place des mécanismes régionaux d’évaluation des risques et de communication sur les risques. Par l’intermédiaire de la plateforme pour lutter contre les effets des changements climatiques sur la santé dans les petits États insulaires en développement, l’OMS fera en sorte que les responsables sanitaires dans les petits États insulaires en développement aient pleinement connaissance des dernières données concernant la relation entre les changements climatiques et la santé et qu’ils aient les moyens de mettre en évidence les menaces ainsi que les actions possibles aux niveaux national et international. Le Secrétariat s’emploiera également à promouvoir l’engagement à haut niveau en collaborant avec les États Membres pour inclure l’initiative sur les petits États insulaires en développement dans les programmes régionaux et internationaux en cours, y compris la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, la mise en œuvre du Programme de développement durable à l’horizon 2030, et les forums ministériels régionaux sur la santé et l’environnement. Les progrès seront suivis à l’aide de l’indicateur suivant :

**Indicateur 1.2 – Nombre de petits États insulaires en développement qui font de la santé une priorité dans leurs récentes communications nationales, plans d’adaptation nationaux ou contributions déterminées au niveau national à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques**

**Axe stratégique d’intervention 2 – Données : formuler des arguments en faveur de l’investissement**

17. La base de données mondiale sur les effets des changements climatiques sur la santé est comparable à toute base de données sur d’autres résultats influencés par le climat (par exemple l’agriculture et les ressources hydriques). Cependant, il est fréquent que les informations ne soient pas présentées sous une forme aisément accessible au niveau national ou infranational où sont prises la plupart des décisions politiques. Souvent, la base de données économique systématique nécessaire pour présenter des arguments aux investisseurs potentiels (organismes internationaux de financement de l’action climatique, banques de développement ou ministères des finances nationaux) fait elle aussi défaut. Enfin, la recherche opérationnelle est insuffisante dans le domaine de la mise en œuvre des programmes de santé et d’action climatique dans les petits États insulaires en développement et ailleurs.

18. Qui plus est, le manque de moyens de recherche et de ressources humaines observé dans la plupart des petits États insulaires en développement entrave la conduite de nouveaux travaux de recherche utiles au niveau local. Par conséquent, il convient de veiller à ce que les données existantes soient reliées aussi directement que possible aux politiques, de renforcer les capacités et de consolider les liens entre les instituts de recherche nationaux des petits États insulaires en développement ainsi qu’avec les instituts de recherche hors de ces États et avec les responsables de l’élaboration des politiques. Cet axe stratégique d’intervention vise par conséquent à faire en sorte que les ministères de la santé disposent des données sanitaires, environnementales et économiques nécessaires pour soutenir le renforcement des investissements face aux effets des changements climatiques sur la santé, définir des investissements prioritaires et suivre leur impact.

**Action 2.1 – En collaboration avec la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, élaborer ou mettre à jour les profils de pays sur le climat et la santé pour chaque petit État insulaire en développement**

19. En collaboration avec la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, l'OMS a déjà élaboré des profils pour 45 pays, dont six petits États insulaires en développement. La plateforme pour lutter contre les effets des changements climatiques sur la santé dans les petits États insulaires en développement collaborera avec des partenaires pour réaliser ou actualiser des évaluations de la vulnérabilité sanitaire et de l'adaptation aux changements climatiques. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 2.1 – Nombre de petits États insulaires en développement ayant achevé les profils de pays sur la santé et le climat avec le soutien de l'OMS et de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques**

**Action 2.2 – Recenser, soutenir et mettre à profit les centres d'excellence existants pour renforcer les capacités, pour mener des évaluations, des analyses de données et des travaux de recherche et pour mettre en œuvre les mesures, y compris en collaborant avec les organisations et les universités ayant des mandats régionaux**

20. Cette action consistera notamment à estimer les coûts liés aux effets des changements climatiques sur la santé dans les petits États insulaires en développement ; à collaborer avec les partenaires pour élaborer des plans d'investissements détaillés, fondés sur de solides analyses des coûts et des lacunes, afin de renforcer la résilience des systèmes de santé, y compris des établissements de soins ; à effectuer des travaux de recherche opérationnelle parallèlement à la mise en œuvre ; et à élaborer et à appliquer un programme de recherche, y compris en fournissant un soutien pour renforcer les capacités de recherche dans les pays. Les informations sur les petits États insulaires en développement seront mieux utilisées pour servir les efforts mondiaux pour réduire les émissions. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 2.2 – Nombre de centres collaborateurs contribuant activement à soutenir la plateforme pour lutter contre les effets des changements climatiques sur la santé dans les petits États insulaires en développement**

**Axe stratégique d'intervention 3 – Mise en œuvre : préparation aux risques climatiques, adaptation et politiques d'atténuation favorables à la santé**

21. Le Plan d'action s'appuiera sur l'expérience acquise par les projets d'adaptation aux effets des changements climatiques sur la santé menés à travers le monde, afin d'améliorer la couverture des interventions à bases factuelles dans le cadre d'une approche globale fondée sur le cadre opérationnel de l'OMS pour renforcer la résilience des systèmes de santé face aux changements climatiques. Il vise également à renforcer le rôle du secteur de la santé dans la promotion des avantages indirects que présentent pour la santé les mesures d'atténuation des changements climatiques mises en œuvre par les secteurs ayant la plus grande part de responsabilité dans le réchauffement climatique, dans les petits États insulaires en développement et ailleurs.

22. Cet axe stratégique d'intervention vise à transformer les systèmes de santé en encourageant et soutenant une culture de la prévention des maladies, en renforçant la résilience des systèmes de santé face aux changements climatiques et en maximisant les avantages indirects pour la santé des politiques d'atténuation des changements climatiques.

### **Action 3.1 – Apporter un soutien aux petits États insulaires en développement au moyen de cadres régionaux pour renforcer la résilience des systèmes de santé face aux changements climatiques**

23. Cette action comprend des mesures de prévention consistant par exemple à intégrer la protection des déterminants environnementaux de la santé (notamment l'eau et la sécurité alimentaire) dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et à renforcer la surveillance des maladies sensibles au climat et la lutte contre celles-ci. Elle vise aussi tout particulièrement à mettre sur pied des établissements de santé résilients face aux changements climatiques et écologiquement durables (c'est-à-dire à bâtir des infrastructures sanitaires résilientes face aux événements climatiques extrêmes et aux changements climatiques en cours ou à les rénover à cette fin) ; à garantir un accès fiable à l'énergie et à l'eau et le bon usage de ces ressources ; et à réduire les émissions de gaz à effet de serre. Il s'agira aussi de réaliser des évaluations de la situation de départ et d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'atténuation des changements climatiques pour le secteur de la santé afin de réduire les émissions de gaz à effet de serre liées à l'énergie, à l'alimentation, aux transports et aux achats. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 3.1 – Nombre de petits États insulaires en développement ayant pris des mesures en faveur d'établissements de soins de santé résilients face aux changements climatiques et écologiquement durables**

### **Action 3.2 – Élaborer et mettre en œuvre des programmes de sensibilisation, et renforcer les capacités d'adaptation et de prévention des maladies au niveau des populations comme des systèmes de santé**

24. Pour mener cette action, l'OMS apportera un soutien aux petits États insulaires en développement pour mettre en œuvre des plans nationaux et infranationaux d'adaptation en matière de santé dans le cadre plus vaste des plans d'action intersectoriels sur les changements climatiques. Elle facilitera aussi l'échange d'informations, l'évaluation de la situation et la recherche, et mènera des campagnes de sensibilisation auprès des responsables du secteur de la santé, des responsables de l'élaboration des politiques, des principales parties prenantes et du grand public. Cette action nécessitera également un renforcement des programmes de santé environnementale afin qu'ils contribuent pleinement aux services de santé préventifs et aux soins de santé primaires (y compris à la gestion des risques liés aux catastrophes), et à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles (y compris les troubles de la santé mentale). Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 3.2 – Nombre de petits États insulaires en développement ayant commencé à mettre en œuvre des plans nationaux et infranationaux d'adaptation en matière de changements climatiques et de santé ou pris des mesures pour obtenir les avantages indirects pour la santé décrits dans leurs contributions déterminées au niveau national à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques**

### **Axe stratégique d'intervention 4 – Ressources : faciliter l'accès au financement des mesures sanitaires et d'atténuation des effets des changements climatiques**

25. Il sera impossible de réduire sensiblement la vulnérabilité sanitaire actuelle des populations des petits États insulaires en développement sans accès à des ressources financières suffisantes. Les ministres de la santé ont indiqué qu'il fallait en priorité étendre et diversifier les sources de financement potentiellement disponibles pour renforcer la résilience face aux changements climatiques. Ils ont mis en lumière des problèmes particuliers, parmi lesquels le fait que les principaux mécanismes de financement des mesures d'action climatique n'allouent actuellement que 0,5 % environ des ressources à la santé ; la difficulté à accéder à ces fonds ; le fait qu'aucun organisme de santé n'est actuellement accrédité pour mettre en œuvre ces projets au nom de ces mécanismes ; et le fait que le droit des pays de bénéficier de certaines sources de financement est lié aux mesures globales de développement économique sans tenir compte des problèmes particuliers des petits États insulaires en développement, comme des coûts par habitant élevés pour les soins de santé et une grande vulnérabilité économique face aux événements climatiques extrêmes.

26. Cet axe stratégique d'intervention vise à faciliter l'accès au financement des mesures d'action climatique, l'aide au développement et les ressources intérieures, avec l'objectif ambitieux de tripler le niveau d'investissement actuel dans l'atténuation des effets des changements climatiques sur la santé dans les petits États insulaires en développement sur la période 2019-2023.

**Action 4.1 – Diriger un processus pour identifier des formes nouvelles et novatrices de mécanismes de financement et de mobilisation des ressources**

27. Cette action supposera de répondre aux demandes de soutien formulées par les États Membres auprès de l'OMS afin de recenser les ressources disponibles pour s'attaquer aux problèmes de santé liés au climat, et pour améliorer la transparence dans l'accès aux fonds, y compris aux mécanismes de financement simplifiés. Le Secrétariat assurera le suivi du financement de l'action climatique et de la santé dans les petits États insulaires en développement dans le cadre des flux de financement existants pour le climat et la santé, y compris le propre budget programme de l'OMS, et il présentera des rapports à cet égard. Dans la mesure où les fonds existants ne répondent pas aux besoins des petits États insulaires en développement face aux évolutions climatiques et sanitaires, l'OMS envisagera la création d'un nouveau fonds à cette fin, selon qu'il conviendra et conformément aux mandats existants. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 4.1 – Nombre de petits États insulaires en développement recevant un soutien financier pour la santé face aux changements climatiques**

**Action 4.2 – L'OMS poursuivra le processus d'accréditation auprès du Fonds vert pour le climat et favorisera le soutien aux petits États insulaires en développement**

28. Les petits États insulaires en développement ont préconisé une action de l'OMS pour simplifier les mécanismes et surmonter les difficultés actuelles pour obtenir un financement à des fins d'adaptation et d'atténuation dans le secteur de la santé. Le Secrétariat continuera également à apporter son soutien aux pays en renforçant le leadership, la sensibilisation et les instruments au niveau national afin d'établir un processus clair pour accéder au financement des mesures de santé et d'atténuation des effets des changements climatiques. Les progrès seront suivis à l'aide de l'indicateur suivant :

**Indicateur 4.2 – Total des fonds reçus pour le secteur de l'action climatique et de la santé dans les petits États insulaires en développement**

## **SUIVI ET COMMUNICATION DES PROGRÈS ACCOMPLIS**

29. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action seront suivis à l'aide des indicateurs définis ci-dessus, fondés principalement sur les données recueillies dans le cadre d'enquêtes en consultation avec les pays, qui forment également la base des profils de pays sur la santé et le climat, avec le soutien de l'OMS et de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Il est proposé que les progrès réalisés soient présentés tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, sur la période 2019-2025.<sup>1</sup>

## **MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ**

30. [Ce paragraphe contenait le texte d'un projet de décision qui a été adopté sous la cote WHA72(10).]

---

<sup>1</sup> Les comités régionaux de l'OMS peuvent souhaiter envisager des modalités de suivi distinctes pour les différents plans d'action régionaux.

## ANNEXE 4

### **PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS (PIP) FRAMEWORK FOR THE SHARING OF INFLUENZA VIRUSES AND ACCESS TO VACCINES AND OTHER BENEFITS: RECOMMENDATIONS OF THE ADVISORY GROUP, AND AMENDED FOOTNOTE TO ANNEX 2 OF THE PIP FRAMEWORK<sup>1</sup>**

#### **A. Report and recommendations of the Pandemic Influenza Preparedness Framework Advisory Group from its meeting on 17–19 October 2018, Geneva, Switzerland<sup>2</sup>**

##### **Organization and process of the meeting**

1. The Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework Advisory Group (AG) met at the WHO headquarters in Geneva, Switzerland, 17–19 October 2018.
2. Of the 18 members of the AG, 17 were present. The list of AG participants in the meeting is available at Annex 1.
3. On behalf of the Director-General, the Director, Infectious Hazard Management welcomed the AG members and thanked them for their diligent work. The Deputy Director-General of Emergency Preparedness and Response conveyed his thanks and appreciation to the AG on the second day of the meeting.
4. The Chair thanked outgoing AG member, Dr Olav Hungnes, for his dedicated service and many contributions. The Chair also thanked the Secretariat for its good work.
5. Declarations of Interest were reviewed by the Secretariat and relevant interests were disclosed. The Statement of Declarations of Interests is available at Annex 2.
6. The agenda of the AG meeting was adopted and is available at Annex 3.
7. Two representatives from the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) Collaborating Centres (CCs) attended relevant technical meeting sessions in line with the arrangement for representation of GISRS at PIP Framework meetings.<sup>3</sup> A third GISRS representative from a National Influenza Centre (NIC) was prepared to attend but travel arrangements were not completed in time. The list of participants from GISRS, manufacturers and industry associations, civil society organizations and WHO is available at Annex 4.

---

<sup>1</sup> See decision WHA72(12).

<sup>2</sup> Reproduced without annexes. The report including annexes is available at [https://www.who.int/influenza/pip/AGMR\\_Oct2018.pdf](https://www.who.int/influenza/pip/AGMR_Oct2018.pdf) (accessed 20 November 2019).

<sup>3</sup> See [http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/GISRS\\_representation\\_20171010.pdf](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/GISRS_representation_20171010.pdf) (accessed 20 November 2019).

### **Actions taken since April 2018 Advisory Group meeting**

8. The Secretariat updated the AG on two specific actions taken in response to the AG's April 2018 recommendations to the Director-General. Updates on other actions taken are included in relevant technical sections (e.g. virus sharing).
9. The Secretariat reported on a meeting held by the Director-General and Deputy Director-General with CEOs of large vaccine and antiviral companies and the International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) to discuss implementation of the PIP Framework. The Deputy Director-General followed up with two additional meetings.
10. In response to the 2016 PIP Review Group's recommendation to develop a Comprehensive Evaluation Model,<sup>1</sup> a 6-monthly PIP Framework Progress Report has been developed. Inclusion of the PIP Framework in the WHO Programme Budget Web Portal and the addition of an interim financial statement to the yearly version of the Progress Report addressed recommendations of the 2017 External PC Audit.

### ***Recommendations to the Director-General on the Comprehensive Evaluation Model***

11. The AG recommends that the Director-General accept the 6-monthly Progress Report and the inclusion of the PIP Framework in the WHO Programme Budget Web Portal as meeting the 2016 PIP Review Group's recommendation to develop a Comprehensive Evaluation Model (Recommendation 1).
12. To maintain the visibility of the PIP Framework and its implementation, as requested by stakeholders, the AG recommends that the PIP Framework remain on the Programme Budget Web Portal as a distinct Special Project and not be aggregated into the WHO Health Emergencies Programme.

### **Update on implementation of the Partnership Contribution**

13. The Final Report on the PC High Level Implementation Plan (HLIP) I, which summarizes 2014–2017 achievements, will be published in October 2018. Overall, 81% of 21 HLIP I target indicators were met (i.e. >85% achieved) or exceeded.
14. The first Progress Report presented information on technical and financial implementation for HLIP II and the PIP Secretariat for January–June 2018. Progress for financial implementation is reported against the WHO biennial allocation. Information in the Progress Report is largely conveyed through infographics.
15. The AG noted that the Progress Report was an excellent and well-designed mechanism to convey detailed information on technical and financial aspects of PC implementation and outcomes.

---

<sup>1</sup> See PIP 2016 Review Group Report, Recommendation 1 at [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_16-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_16-en.pdf?ua=1) (accessed 20 November 2019).

### **Update on collection of Partnership Contribution**

16. The AG was briefed on the PC received from 2012–2018. Invoices for 2018 were sent in August. As of mid-September 2018, approximately 30% of the 2018 annual US\$ 28M contribution had been received.

17. Challenges persist in the collection of PC. Although most of the larger manufacturers have paid, a few are not paying their full invoiced amount. Several smaller companies have unpaid contributions. As a result, the annual PC (US\$ 28M) has had a 2%–4% shortfall each year through 2017.

18. The Secretariat continues to engage with industry on this issue and follows up with all companies that have outstanding PC amounts due.

19. The AG noted that it has made previous recommendations regarding PC collection, most recently at its April 2018 meeting.<sup>1</sup> The AG plans to continue monitoring this situation and, in future discussions, consideration will be given to appropriate steps, including with respect to access to PIP Biological Materials (PIPBM), to address concerns in this area.

### **Consultation with stakeholders on PIP Framework implementation**

20. Headquarters and regional offices updated industry and other stakeholders on PC implementation activities since the last AG meeting and demonstrated the WHO Programme Budget Web Portal.

21. The Chair opened the Consultation by thanking stakeholders for their contributions to implementation of the PIP Framework.

22. The AG received the following comments from industry representatives:

a. Provided very positive feedback about the new 6-monthly Progress Report in terms of its readability, infographic format, linkage of activities to budget implementation and inclusion of an interim certified financial statement on an annual basis. The regional Impact Stories were particularly well-received.

b. Noted that the level and visibility of detailed information and Impact Stories are useful for them when communicating with their leadership about the importance of the Framework and the impact of PC.

c. Requested that the Secretariat share regional Impact Stories in advance of the AG stakeholder consultations and make them more widely available.

d. Suggested emphasizing “new” activities/accomplishments/advances as they provide evidence of PC-facilitated capacity improvement.

e. Noted the importance of providing information on the sustainability of PC-funded achievements in future Reports.

---

<sup>1</sup> See April 2018 AG meeting report at [https://www.who.int/influenza/pip/advisory\\_group/PIPAG\\_MR\\_Apr2018.pdf?ua=1](https://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIPAG_MR_Apr2018.pdf?ua=1) (accessed 20 November 2019).

- f. Requested information on how the interest accumulated in the PC Response Fund account would be reported.
23. The AG received the following comments from the Third World Network (TWN):
- a. Provided very positive feedback on the Progress Report.
- b. Sought clarifications on how regions approach PC-related staffing and on the plan for PIP Framework Secretariat staffing at headquarters.
24. Industry provided the following comments regarding implementation of decision WHA70(10)8(b):
- a. Re-iterated their views that i) the PIP Framework should not be expanded to include seasonal influenza; and ii) there should be no restrictions on the sharing of genetic sequence data (GSD), as “loopholes” are theoretical at this point and use of PIPBM is still necessary for bringing products to market.
- b. Stressed that an urgent solution is needed to address the challenges and uncertainties for sharing of seasonal influenza viruses that have emerged as countries implement the Nagoya Protocol.
- c. Noted that some Member States are exempting seasonal influenza viruses from the Nagoya Protocol and suggested that WHO work with States to facilitate sharing of information on how they are approaching seasonal influenza virus sharing under the Nagoya Protocol.
- d. Requested clarification about the next steps for the document prepared for the 15-16 October 2018 Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b), Approaches to Seasonal Influenza and Genetic Sequence Data Under the PIP: Draft Analysis (the “draft Analysis”), including the process for transmittal to the Executive Board and World Health Assembly (WHA).
25. TWN provided the following comments regarding implementation of decision WHA70(10)8(b):
- a. Re-iterated their views that i) seasonal influenza should not be included in the scope of the PIP Framework; ii) there is little distinction between GSD and PIPBM; and iii) amending the definition of PIPBM to include GSD is their favoured approach.
- b. With respect to the discussions between WHO and Member States about how they are approaching sharing of seasonal influenza viruses under the Nagoya Protocol, TWN reminded WHO of the sovereign rights that Member States have over their genetic resources.
- c. Asked for clarifications about the process to finalize the draft *Analysis*.
26. GISAID noted its concern about paragraph 69 in the draft Analysis that relates to “Legal notice” and use of GSD.

27. Industry reported on progress to develop a revised formula for calculating the distribution of the PC among companies. They are waiting for information from one company before the formula can be finalized and shared with WHO and the AG. Industry indicated that they aim to provide this revised formula by the Spring 2019 PIP AG meeting.

### **Virus sharing**

28. The Global Influenza Programme (GIP) provided an update on virus sharing.

29. In response to the AG's April 2018 recommendations for improving virus sharing, GIP intensified several actions including development of communication and outreach materials for health and non-health sectors and case-by-case engagement with countries jointly with the WHO CCs of GISRS, and WHO regional and country offices.

30. GIP presented an interim review of sharing of influenza viruses with human pandemic potential (IVPPs) from the adoption of the PIP Framework in May 2011 to 30 June 2017 and country-specific IVPP sharing from 1 July 2017 to 31 August 2018, according to the operational guidance which came into effect from 1 July 2017.<sup>1</sup>

31. The AG discussed that IVPP sharing with and within GISRS occurs at two levels. Initially, IVPP is shared by a country, through its NIC or another influenza laboratory, with GISRS (often to a WHO CC) and then upon request with other GISRS laboratories. In addition, there is sharing with other laboratories. The AG emphasized that it is important to be able to assess the completeness and timeliness of sharing at all levels.

32. The AG observed that there are ongoing challenges with PIPBM sharing related to different, evolving, and sometimes conflicting, national regulations addressing import, export and security concerns. This sometimes hampers timely receipt and sharing of PIPBM.

33. The AG noted that some countries with human cases of IVPP infection continue not to share these viruses according to the virus sharing operational guidance. The AG plans to continue monitoring this situation and, in future discussions, consideration will be given to appropriate steps, including with respect to benefit sharing, to address concerns in this area.

### ***Recommendation to the Director-General on virus sharing***

34. The AG requests that the Secretariat collect, analyse and present data on virus sharing in a way that enables a deeper understanding of potential problems that exist with virus sharing under the Framework.

### **Indirect use of PIPBM**

35. The PIP Secretariat sought the AG's advice about applying the Standard Material Transfer Agreement 2 (SMTA 2) benefit sharing process to influenza product manufacturers who may be indirectly using PIPBM in their product development/testing without being recorded as doing so, i.e. without an Influenza Virus Tracking Mechanism (IVTM) number which would track the use of the PIPBM.

---

<sup>1</sup> See Operational Guidance on Sharing Influenza Viruses with Human Pandemic Potential at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259402/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.3-eng.pdf;jsessionid=309A7D7464BA8B47D02B8ED251757D9A?sequence=1> (accessed 20 November 2019).

36. This has occurred, and may continue to occur, where manufacturers of influenza products work with PIPBM recipients outside their organization to support development, testing or regulatory processing of their products. Such manufacturers would not appear in the IVTM, and therefore would not be contacted to sign an SMTA 2. This is considered an “indirect” use of PIPBM.
37. The AG noted that this scenario represents a loophole regarding access and benefit sharing and needs to be addressed.
38. The AG proposed a language modification in Footnote 1 of Annex 2 of the PIP Framework. The footnote language could be expanded to include the following bolded text:

“Recipients are all entities that receive ‘PIP Biological Materials’ from the WHO global influenza surveillance and response system (GISRS), such as influenza vaccine, diagnostic and pharmaceutical manufacturers, as well as biotechnology firms, research institutions and academic institutions and **entities that engage with recipients of PIPBM for the purpose of supporting development, testing or regulatory processing of an influenza-related product.** Each recipient shall select options based on its nature and capacities.”

### ***Recommendation to the Director-General on addressing indirect use of PIPBM***

39. *The AG recommends that the Director-General take the proposed revision in paragraph 38 of this meeting Report forward through the necessary steps to modify Footnote 1 in Annex 2 of the PIP Framework to address the loophole described above.*

### **WHO Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b)**

40. Sixteen of the eighteen Members of the AG attended the Consultation on 15-16 October 2018.<sup>1</sup>
41. The AG noted the high-quality and comprehensive draft Analysis prepared by the Secretariat and the Consultation that occurred over the course of the two days.
42. The AG also noted that, while discussions were robust, the number of Member States that participated was somewhat limited.<sup>2</sup> The Secretariat plans to continue consultations.

### **Seasonal influenza under the PIP Framework**

43. The PIP AG was reminded that as per Annex 3 of the PIP Framework, it is mandated to provide guidance to the Director-General on strengthening the function of the Framework and the operational functioning of GISRS. WHO works to implement the Framework in the best interest of public health and with particular focus on Member States most in need.
44. The PIP AG noted that it is important to recall that:
- a. Pandemic influenza preparedness and response are closely connected to seasonal influenza surveillance and control, and

---

<sup>1</sup> See <http://www.who.int/influenza/pip/ConsultWHA70108b-Oct18/en/> (accessed 20 November 2019).

<sup>2</sup> A total of 37 Member States registered to attend the Consultation.

- b. GISRS is an essential component of influenza preparedness and response – both seasonal and pandemic – and the PIP Framework is the mechanism for IVPP access and benefit sharing.
45. There are variations in how countries are implementing the Nagoya Protocol. In some instances, implementation of the Nagoya Protocol has delayed and restricted seasonal influenza virus sharing.
46. There is a general lack of awareness of, and action on, the Nagoya Protocol’s potentially serious impacts on public health, not only for influenza, but for a broader set of pathogens. Minimizing these potential impacts requires a whole-of-government engagement, i.e. not restricted solely to Ministries of Health or Ministries of the Environment.
47. At this stage, including seasonal influenza in the PIP Framework could pose risks to the integrity and good functioning of both the PIP Framework and GISRS. At the same time, issues have arisen with seasonal influenza virus sharing.

### ***Recommendations to the Director-General on seasonal influenza under the PIP Framework***

48. The AG considers that, at this stage, it is not advisable to include seasonal influenza in the scope of the PIP Framework. The AG recognizes that there are ongoing discussions with Member States on this issue.
49. The AG recommends that a solution be developed urgently to address the challenges and uncertainties related to sharing of seasonal influenza viruses that have emerged as countries implement the Nagoya Protocol. In addition, the AG advises that the Secretariat closely monitor instances where implementation of the Nagoya Protocol is affecting the sharing of seasonal influenza viruses.
50. The AG encourages WHO to increase substantially and effectively its engagement with the Secretariat of the Convention on Biological Diversity (CBD) and Member States in the interest of promoting and advancing public health.
51. The AG encourages WHO to seek ways to mobilize a comprehensive approach to increase Ministries of Health’s awareness of Nagoya Protocol-related issues and to promote their engagement with the CBD processes, such as using the Regional Committees.
52. The AG encourages the Director-General to: i) communicate with Ministers of Health and Ministers of Foreign Affairs to promote cabinet-level attention to Nagoya Protocol public health-related issues; and ii) invite the 144th Executive Board to consider including an item on “the public health implications of implementation of the Nagoya Protocol” on the provisional agenda of the Seventy-Second World Health Assembly.

### **Genetic sequence data under the PIP Framework**

53. The AG recalled the four key principles developed over the course of its work on GSD, which included the formation of multiple working groups and discussions. These principles, grounded in the Framework’s foundational principle that access and benefits should be pursued on equal footing, are:
- a. There should be rapid sharing of high-quality GSD for timely risk assessment and response

- b. There should be sustainable, public access to IVPP GSD
  - c. There should be fair and equitable sharing of benefits arising from the sharing of GSD
  - d. There should be acknowledgement of data providers and active collaboration between data providers and users.
54. The AG noted that various views on the relationship of GSD to the PIP Framework were expressed during the 15–16 October Consultation on Implementation of Decision WHA70(10)8(b), i.e. maintaining the current definition of PIPBM; modifying the definition of PIPBM through various approaches; or using other mechanisms for addressing GSD under the Framework.
55. At this time the AG advises that the current PIPBM definition should be maintained. However, the AG recognizes that further exploration is needed to understand the other approaches outlined in the draft Analysis related to this dynamic, technical area and their impact overall.
56. The AG noted that sharing of IVPP GSD is currently taking place, is functioning well, and that benefits include those derived from the PC and the ability to compare an IVPP sequence with a larger collection of IVPP GSD which can facilitate R&D.
57. The AG believes it is important to continue to strengthen access and benefit sharing related to IVPP GSD as Member States continue to discuss the larger policy issues and to promote the principles of fairness and equity. The AG also noted the increasing complexity of this topic which is closely interconnected with the way that science and medical research are conducted. It is therefore important to work transparently to address concerns.
58. At the current time there is a loophole related to the indirect use of PIPBM which is discussed in the section of this Report on “The Indirect Use of PIPBM”. Some of these products could be derived solely from IVPP GSD. The recommendation made in paragraph 38 would close this loophole, including indirect uses involving IVPP GSD.
59. In the future it may be possible to bring to market influenza-related products using IVPP GSD independent of PIPBM. As a result, the obligation to sign an SMTA 2 would not be triggered. The AG recognizes that this is a concern.
60. To address this concern and to continue to strengthen IVPP access and benefit sharing, the AG wishes to revisit earlier work.
61. The AG previously had requested the Secretariat to investigate and develop a prototype search engine that would be able to track products developed using IVPP GSD. This search engine searches databases of patents, clinical trials and regulatory filings.
62. Based on the initial pilot of the prototype search engine, the AG now requests that the Secretariat expand this work to further assess the utility of this approach and report back. The AG requests that the Secretariat begin to use this search engine on an experimental basis to identify products and ascertain the frequency and nature of those products that have not been subject to the benefit-sharing system, but potentially have made use of IVPP GSD. The AG hopes in this way to be able to make evidence-based recommendations that would contribute to strengthening approaches on benefit sharing with respect to IVPP GSD under the PIP Framework.

63. The AG's previous work highlighted the importance of the principle of the acknowledgment of data providers and active collaboration between data providers and users.

### ***Recommendations to the Director-General on GSD under the PIP Framework***

64. *The AG recommends that the Secretariat assess the utility of its prototype search engine to identify products which potentially have made use of IVPP GSD and have not been subject to the benefit-sharing system; determine the frequency and nature of such products; and report these findings to the AG.*

65. *The AG recommends that the Secretariat explore next steps to implement the principle of the acknowledgment of data providers and active collaboration between data providers and users. In particular, the AG recommends the development of appropriate language to be considered by relevant databases to inform potential users of IVPP GSD of the PIP Framework.*

### **Technical discussions**

66. The Secretariat provided updates on the following:
- a. Implementation of 2016 Review Group recommendations: The Secretariat reviewed the implementation status and actions taken or planned to implement the recommendations.
  - b. WHO finance briefing: The WHO Comptroller and two associates from the Finance Department provided an overview of WHO financial governance procedures to the AG. The Secretariat will develop a detailed biennial budget and activity plan for discussion by the AG at its Spring 2019 meeting. The discussion also touched on the topic of the interest accrued on the PC response funds.
  - c. University of Siena Training Workshop: The Secretariat provided an overview of a WHO training workshop on laboratory quality management and biosafety for NICs held at the University of Siena, Italy. The workshop originated from SMTAs 2 Category C training offers. Participants' knowledge of the training subject-matter, as measured by a written evaluation, increased by approximately threefold.

### **Next steps**

67. The AG agreed that its next meeting will take place in the week of 11 March 2019.

The AG requested that certain technical matters not discussed at this meeting be included on the agenda for the next meeting.

**B. Amendements à la note de bas de page 1 de l'annexe 2 du Cadre PIP<sup>1</sup>**

Les bénéficiaires sont ceux qui reçoivent des « Matériels biologiques PIP » du système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS de l'OMS), tels que les fabricants de vaccins antigrippaux, de matériel de diagnostic, de produits pharmaceutiques et d'autres produits utiles à la préparation et à la riposte en cas de pandémie, ainsi que les entreprises de biotechnologie, les établissements de recherche et les établissements d'enseignement. Les bénéficiaires feront un choix parmi les engagements énoncés aux paragraphes A à C de l'article 4.1.1 du SMTA2 en fonction de leur nature et de leurs capacités ; les bénéficiaires qui ne sont pas des fabricants auront seulement à envisager de contribuer aux mesures énoncées au paragraphe C de l'article 4.1.1 du SMTA2.

Tout fabricant qui conclut des contrats ou des accords officiels avec des bénéficiaires ou des laboratoires du GISRS en vue de l'utilisation des Matériels biologiques PIP pour le compte du fabricant à des fins de commercialisation, d'utilisation publique ou d'approbation réglementaire des vaccins, du matériel de diagnostic ou des produits pharmaceutiques de ce fabricant conclura également un SMTA2 et fera un choix parmi les engagements énoncés aux paragraphes A à C de l'article 4.1.1 en fonction de leur nature et de leurs capacités.

---

---

<sup>1</sup> Voir le document A72/21 Add.1. Voir également le document WHA72/2019/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, neuvième séance, section 2 (en anglais seulement).

## ANNEXE 5

### **PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES RÉFUGIÉS ET DES MIGRANTS, 2019-2023<sup>1</sup>**

[A72/25 Rev.1 – 23 mai 2019]

[Les paragraphes 1 à 9 indiquaient le contexte dans lequel se situe le Plan d'action mondial, y compris le processus suivi pour son élaboration.]

#### **BREF APERÇU DE LA SITUATION MONDIALE**

10. Le nombre de migrants internationaux<sup>2</sup> a crû en tant que pourcentage de la population mondiale. En 2017, les migrants internationaux représentaient 3,4 % de la population mondiale contre 2,8 % en 2000. Au cours de la période allant de 2000 à 2017, leur nombre total est passé de 173 millions à 258 millions, soit une hausse de 49 %.<sup>3</sup>

11. Selon le HCR, au niveau mondial, le nombre de personnes déplacées de force, qui sont 68,5 millions, est au plus haut niveau de déplacements humains jamais atteint ;<sup>4</sup> ce chiffre inclut 25,4 millions de réfugiés. On compte aussi 10 millions d'apatrides qui ne possèdent aucune nationalité et qui sont privés des droits fondamentaux que sont l'éducation, les soins de santé, l'emploi et la liberté de mouvement.

#### **CONSÉQUENCES SANITAIRES ET DIFFICULTÉS**

12. De nombreux réfugiés et migrants sont privés de l'accès aux services de santé, notamment aux services de promotion de la santé ; aux services de santé mentale (en particulier pour les troubles post-traumatiques, qui touchent de nombreux réfugiés et migrants) ; à la prévention, au traitement et aux soins des maladies ; ainsi qu'à la protection financière.

13. La nationalité ne devrait jamais être le fondement pour déterminer l'accès aux soins ; le statut juridique détermine (souvent) le niveau d'accès, selon qu'il conviendra dans le cadre des dispositifs d'assurance et des systèmes de santé nationaux, sans révoquer le principe de couverture sanitaire universelle tel qu'il est énoncé dans les accords internationaux. Les réfugiés et les migrants, dans certaines circonstances, peuvent craindre d'être dénoncés, détenus ou expulsés et peuvent subir la traite ou l'esclavage. Les enfants non accompagnés sont particulièrement vulnérables et doivent bénéficier de dispositions particulières.

---

<sup>1</sup> Voir la décision WHA72(14).

<sup>2</sup> Organisation des Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *International migration report 2017*. New York, 2017 ([https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf), consulté le 21 mars 2019).

<sup>3</sup> Organisation des Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Population facts. Décembre 2017. Voir [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2017-5.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf) (consulté le 27 mars 2019).

<sup>4</sup> HCR. Figures at a glance (<https://www.unhcr.org/uk/figures-at-a-glance.html>, consulté le 21 mars 2019).

14. Les obstacles à l'accès aux services de soins de santé diffèrent d'un pays à l'autre et sont notamment les différences de langue et de culture, les coûts élevés, la discrimination, les contraintes administratives, l'incapacité à adhérer aux régimes locaux de financement de la santé, les conditions de vie difficiles, l'occupation ou le blocus des territoires, et l'absence d'informations sur les prestations en matière de santé. Tous ces obstacles font qu'il est difficile d'obtenir des soins. Ces difficultés peuvent en outre aggraver les problèmes de santé mentale.

15. Les réfugiés et les migrants peuvent venir de zones où certaines maladies transmissibles sont endémiques. Cela n'implique cependant pas nécessairement qu'ils représentent un risque infectieux pour les populations d'accueil ou en transit. Les périls qu'ils doivent affronter pendant leur voyage et les conditions rencontrées dans le pays d'accueil associés à de mauvaises conditions de vie et de travail ainsi que l'absence d'accès aux services de santé essentiels, peuvent en revanche les exposer au risque de contracter des maladies transmissibles ou des maladies d'origine alimentaire ou véhiculées par l'eau. L'accès à la vaccination et la continuité des soins sont plus difficiles lorsque les personnes se déplacent. Les insuffisances dans l'accès aux médicaments et la prise en charge du traitement peuvent faciliter l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens. Comme ils sont particulièrement vulnérables face à l'infection par le VIH et à la tuberculose, les réfugiés et les migrants ont besoin de services de santé spécifiques, intégrés.

16. Les conditions en matière de santé publique et les obstacles auxquels se heurtent les réfugiés et les migrants sont spécifiques à ces populations et propres à chaque phase du cycle de migration et de déplacement (notamment avant le départ, pendant le voyage, à l'arrivée et éventuellement au retour). Les réfugiés et les migrants atteints d'affections chroniques et de maladies héréditaires peuvent voir leurs soins interrompus, ou assurés de manière épisodique, et être contraints de se déplacer sans leurs médicaments ou leur dossier médical.

17. Le processus de migration et de déplacement peut être source d'insécurité alimentaire et de problèmes de nutrition, notamment de malnutrition (à la fois la sous-nutrition et les carences en micronutriments). Il entraîne également des bouleversements dans les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et dans les soins qui leur sont prodigués, et les femmes et les enfants rencontrent des obstacles dans l'accès aux services de soins de santé<sup>1</sup> du fait de l'insécurité, des inégalités hommes-femmes, de la discrimination culturelle ou de leur mobilité limitée. Lorsque la nourriture vient à manquer, les femmes et les filles réfugiées ou migrantes en situation de vulnérabilité ont plus de risque que la population d'accueil de souffrir d'une mauvaise nutrition. Les femmes enceintes ou allaitantes sont particulièrement exposées à la sous-nutrition, car elles ont des besoins physiologiques particuliers, plus importants.

18. Les femmes migrantes et les femmes déplacées peuvent n'avoir qu'un accès limité aux soins et services de santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes<sup>2</sup> et être confrontées à des menaces spécifiques pour leurs droits dans ce domaine.<sup>3</sup> De nombreuses femmes migrantes et réfugiées ne bénéficient pas de soins prénatals ou les reçoivent avec retard du fait des obstacles financiers à l'accès aux hôpitaux et de l'absence d'orientation vers des gynécologues, mais aussi, car elles craignent d'être signalées

---

<sup>1</sup> Objectif 3 de développement durable, cible 3.8 (Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable).

<sup>2</sup> Objectif 3 de développement durable, cible 3.7 : « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux » ; objectif 5 de développement durable, cible 5.6 : « Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ».

<sup>3</sup> Ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.

aux autorités ou éprouvent de la honte, par exemple.<sup>1</sup> Les migrations internationales se traduisent par des différences dans les résultats périnataux entre femmes migrantes et femmes nées dans les pays d'accueil et entre groupes de migrants.<sup>2</sup> Les femmes sont particulièrement exposées au risque de violence sexuelle et aux autres formes de violence sexiste, d'abus et de trafic. Les enfants non accompagnés sont particulièrement vulnérables et ont des besoins particuliers en matière de services et de soins.

19. De nombreux migrants (et dans certains cas, de nombreux réfugiés), en particulier ceux qui sont peu ou moyennement qualifiés, occupent des emplois mal rémunérés, salissants, dangereux et pénibles. Ils travaillent souvent un plus grand nombre d'heures que les travailleurs du pays d'accueil et dans des conditions plus dangereuses, tout en étant moins enclins à se plaindre ; leur état de santé au travail est donc moins bon. Cela est particulièrement vrai pour les migrants et les réfugiés qui occupent des emplois précaires dans l'économie informelle.

20. Plusieurs éléments font que les crises humanitaires sont synonymes de dérèglement des services de soins de santé. L'infrastructure de santé peut être endommagée ou détruite. Les agents de santé peuvent être tués, blessés, trop angoissés pour travailler, déplacés ou avoir fui. Lors des crises, les établissements de santé sont la cible d'attaques directes, et les prestataires de soins peuvent être exposés aux attaques physiques, aux menaces et à des violences sexuelles et sexistes.<sup>2</sup>

### **RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES ET DES ACTEURS NON ÉTATIQUES<sup>3</sup>**

21. Au sein des Nations Unies, l'OMS a, en vertu de sa Constitution, pour fonction d'agir « en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ». <sup>4</sup> L'OMS a pour responsabilité première de promouvoir et de réaliser la santé pour tous et la couverture sanitaire universelle dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs qui lui sont associés, tout en ne laissant personne de côté. En outre, l'OMS est l'organisme normatif chargé de la santé dans le système des Nations Unies ; son treizième programme général de travail, 2019-2023, détermine ses activités stratégiques, sur lesquelles ce Plan d'action mondial est aligné.

22. Pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial, le Secrétariat devra traiter et gérer la question de la santé des réfugiés et des migrants en coordonnant solidement les travaux à tous les niveaux et en étroite collaboration avec les États Membres, l'OIM, le HCR, d'autres institutions et réseaux des Nations Unies, ainsi que d'autres organisations internationales et parties prenantes concernées.

---

<sup>1</sup> Voir, par exemple, OMS, *Women on the Move: migration, care work and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259463/9789241513142-eng.pdf;jsessionid=74E54C79BA2766B73CF7DEE615602CF7?sequence=1>, consulté le 21 mars 2019).

<sup>2</sup> European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Paris, EURO-PERISTAT, 2013 ([http://europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](http://europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf), consulté le 21 mars 2019).

<sup>3</sup> Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS couvre les organisations non gouvernementales, les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires.

<sup>4</sup> Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, article 2.a). En outre, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) reconnaît, dans ses articles 2.2 et 12, le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.

23. L'OMS a collaboré avec l'OIM et le HCR dans le cadre de plusieurs initiatives visant à promouvoir la santé des réfugiés et des migrants.<sup>1</sup> Dans le cadre de la collaboration entre les organisations du système des Nations Unies, l'OMS est également membre du Réseau des Nations Unies sur les migrations, dont l'OIM assure la coordination et le secrétariat, et dont le mandat est d'apporter un soutien efficace à la mise en œuvre à l'échelle du système des Nations Unies, notamment le mécanisme de renforcement des capacités, en réponse aux besoins des États Membres.

24. L'OIM a pour mission, conformément à sa Constitution, d'améliorer la gestion humaine et ordonnée des migrations tout en veillant au respect effectif des droits humains des migrants conformément au droit international. L'Organisation a aussi pour mission de contribuer à relever concrètement les défis croissants que posent les migrations, de favoriser la compréhension des questions migratoires, de promouvoir le développement économique et social à travers les migrations, et d'œuvrer au respect de la dignité humaine et au bien-être des migrants. Elle considère que la santé est un élément essentiel de toutes les questions ou initiatives relatives aux migrations ou à la mobilité des populations.

25. L'Assemblée générale des Nations Unies a confié au HCR la mission de fournir une protection internationale aux réfugiés et de trouver des solutions durables à leurs problèmes, y compris le rapatriement volontaire, l'intégration dans le pays d'accueil ou la réinstallation volontaire dans des pays tiers. Pendant les périodes de déplacement, il fournit également une aide d'urgence, y compris des soins de santé, ainsi que de l'eau potable, des services d'assainissement, un logement, des produits non alimentaires et parfois alimentaires. L'Assemblée générale a adopté des résolutions qui ont élargi son mandat en lui octroyant la responsabilité des apatrides et des rapatriés. Dans des situations spécifiques, et pour donner suite à une demande du Secrétaire général ou d'un organe directeur compétent des Nations Unies, le HCR fournit protection et assistance aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Il considère la santé comme un élément essentiel de la protection des réfugiés.

## PORTÉE

26. L'objectif visé par ce Plan d'action mondial est d'affirmer la santé en tant qu'élément essentiel de l'aide aux réfugiés et de la bonne gouvernance en matière de migrations. Le but du Plan est d'améliorer la santé dans le monde en se préoccupant de la santé et du bien-être des réfugiés et des migrants de manière intégrée et complète, et dans le cadre des efforts globaux visant à répondre aux besoins en matière de santé de la population générale dans un lieu donné, quel qu'il soit, y compris la coordination des efforts internationaux visant à relier les soins de santé des réfugiés et des migrants aux programmes humanitaires. Il reconnaît que le droit des réfugiés et des migrants à accéder aux services de santé, et l'accès à ces derniers, varie d'un pays à l'autre et est déterminé par le droit national. La mise en œuvre du Plan, une fois adopté, tiendra compte des situations nationales particulières et sera conforme à la législation, aux priorités et aux circonstances nationales, ainsi qu'aux instruments internationaux relatifs à l'équité d'accès aux services publics de soins de santé.

27. Ce plan reconnaît que le secteur de la santé doit d'urgence se préoccuper plus efficacement de l'impact des migrations et des déplacements sur la santé, où que les gens se soient installés. Il est pleinement aligné sur les principes énoncés dans le treizième programme général de travail, 2019-2023, de l'OMS et les références particulières qui y sont faites.

---

<sup>1</sup> Voir, par exemple, les première et deuxième consultations mondiales sur la santé des migrants en 2010 et 2017, respectivement ; la seconde consultation (réunion de haut niveau de la Consultation mondiale sur la santé des migrants, Colombo, 23 février 2017) a abouti à la Déclaration de Colombo qui a été adoptée par les pays participants, et à la résolution CD55.R13 (2016) du Conseil directeur de l'OPS sur la santé des migrants. En outre, le 31 janvier 2019, l'OIM et l'OMS ont signé un mémorandum d'accord en vue de fournir un cadre propice à la coopération et à la compréhension, et de faciliter la collaboration entre les deux Parties.

## PRINCIPES DIRECTEURS

28. Les principes directeurs de la mise en œuvre du Plan d'action mondial sont présentés dans le cadre de priorités et de principes directeurs pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, et s'appuient sur les instruments et les résolutions existants,<sup>1</sup> par exemple la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants et la résolution WHA70.15 sur la promotion de la santé des réfugiés et des migrants dans laquelle, en particulier, l'Assemblée de la Santé a rappelé la nécessité d'une coopération internationale pour appuyer les pays qui accueillent des réfugiés, et reconnu les efforts des pays qui accueillent et reçoivent des populations importantes de réfugiés et de migrants.

29. Dans la réponse apportée face aux réalités des mouvements de réfugiés et de migrants, le Plan recommande au Secrétariat d'agir sur les priorités et de prendre les mesures suivantes, en coordination et en collaboration avec l'OIM, le HCR et d'autres partenaires concernés. Celles-ci sont alignées sur le cycle du treizième programme général de travail, 2019-2023, et seront mises en œuvre conformément aux besoins exprimés au niveau national, au contexte national, aux priorités et aux cadres juridiques, et à la situation financière, sans implications contraignantes pour les États Membres.

## PRIORITÉS DU PLAN D'ACTION MONDIAL

### **Priorité 1. Promouvoir la santé des réfugiés et des migrants moyennant des interventions de santé publique à court terme et à long terme**

#### **Objectifs**

30. Promouvoir la santé physique et mentale des réfugiés et des migrants en renforçant les services de soins de santé, comme il convient et comme cela est acceptable en fonction des contextes nationaux et des situations financières, et conformément aux priorités nationales, aux cadres juridiques et aux compétences, en veillant à inclure les composantes essentielles comme la vaccination des enfants et des adultes et la fourniture de services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic et de traitement rapides, de réadaptation et de soins palliatifs, pour les affections aiguës et chroniques et les maladies infectieuses, les traumatismes, les troubles de la santé mentale et du comportement, et les besoins en matière de soins et de services de santé sexuelle et reproductive et du point de vue du droit des femmes.

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

- a) soutenir la coordination et la collaboration afin d'atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle et mettre en œuvre le principe consistant à ne « laisser personne de côté » et à élaborer, dans le domaine de la santé en situation d'urgence et dans un cadre humanitaire, des réponses fondées sur les principes humanitaires et le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) et en s'appuyant sur le rôle de l'OMS en tant qu'organisme chef de file du Groupe sectoriel mondial pour la santé du Comité permanent interorganisations ;
- b) soutenir la préparation des interventions de santé publique face aux arrivées de réfugiés et de migrants, tout en continuant de répondre aux besoins de santé des populations existantes de

---

<sup>1</sup> Pour faciliter toute référence aux principes directeurs, ceux-ci sont reproduits ci-après : le droit de posséder le meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre ; l'égalité et la non-discrimination ; un accès équitable aux services de santé ; des systèmes de santé centrés sur la personne et sensibles aux besoins des réfugiés et des migrants des deux sexes ; des pratiques sanitaires non restrictives fondées sur les maladies ; des approches reposant sur l'ensemble du gouvernement et de la société ; la participation et l'inclusion sociale des réfugiés et des migrants ; et des partenariats et une coopération.

migrants et de réfugiés et de la population d'accueil en veillant à ce que, dans la plus large mesure possible, les services destinés aux réfugiés et aux migrants soient fournis par l'intermédiaire des systèmes de santé existants ;

c) soutenir les capacités de diagnostic pour la détection et la riposte face aux flambées de maladies transmissibles, par exemple en renforçant la surveillance, la préparation stratégique et l'administration des vaccins essentiels ; et favoriser l'accès aux services sanitaires d'urgence ainsi qu'à des médicaments et des produits médicaux sûrs, efficaces, abordables, de qualité et disponibles pour tous, autant d'activités qui s'inscrivent dans le cadre de politiques et de stratégies sanitaires nationales complètes, alignées sur les responsabilités et les engagements juridiques internationaux au titre du Règlement sanitaire international (2005), en portant attention au bon usage des antibiotiques et à la prévention de la résistance aux antimicrobiens ;

d) soutenir l'élaboration d'orientations, de modèles et de normes nationaux conçus pour appuyer la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles et des troubles de la santé mentale en mettant l'accent sur les groupes à risque, tels que les femmes et les filles ; les enfants, les adolescents et les jeunes non accompagnés et accompagnés ; les personnes âgées ; les personnes handicapées ; les personnes atteintes de maladies chroniques, dont la tuberculose et l'infection par le VIH ; les personnes ayant survécu au trafic d'êtres humains, à la torture, aux traumatismes ou à la violence, y compris à la violence sexuelle ou à d'autres formes de violence sexiste ; en conduisant ou en renforçant l'action menée dans certains domaines, y compris les évaluations de la situation, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prévention de la violence sexiste ; et en s'attaquant à des facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool et la mauvaise nutrition.

## **Priorité 2. Promouvoir la continuité et la qualité des soins essentiels tout en mettant au point, en renforçant et en appliquant des mesures pour la santé et la sécurité au travail**

### **Objectifs**

31. Améliorer la qualité, l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité des services de soins de santé, par exemple en surmontant les obstacles physiques, financiers, informationnels, linguistiques ainsi que les autres obstacles culturels, en portant une attention particulière aux services axés sur les affections chroniques et la santé mentale, qui souvent ne sont pas prises en compte de manière appropriée ni suivies pendant le parcours de migration et de déplacement ; et en s'efforçant de prévenir les maladies et traumatismes professionnels ou liés au travail parmi les travailleurs réfugiés et migrants et leur famille, en améliorant la couverture des services de soins de santé primaires et de santé au travail et des régimes de protection sociale, leur accessibilité et leur qualité, conformément au contexte national, aux priorités et aux cadres juridiques des États Membres.<sup>1</sup>

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

a) soutenir la mise au point de services de soins essentiels de bonne qualité, sur une base continue et à long terme, fondés sur des processus opérationnels d'orientation vers les services de soins secondaires et tertiaires appropriés et sur des réseaux de prestation de services pour les

---

<sup>1</sup> L'une des fonctions de l'Organisation au titre de l'article 2.i) de sa Constitution consiste à favoriser l'amélioration des conditions de travail. Dans sa résolution WHA60.26 (2007) : Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, l'Assemblée de la Santé a invité instamment les États Membres à concevoir des politiques et des plans nationaux pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs et à faire en sorte que tous les travailleurs, y compris les migrants et les travailleurs contractuels soient couverts par les interventions essentielles et les services de médecine du travail de base aux fins de prévention primaire des maladies et traumatismes d'origine professionnelle.

réfugiés et les migrants en ayant besoin, y compris, le cas échéant, de l'accès, de manière continue, à des services de protection sociale et de soins psychologiques ;

b) promouvoir le dialogue transfrontières et la collaboration afin d'améliorer la continuité et la qualité des soins apportés aux réfugiés et aux migrants, en collaboration avec l'OIT, l'OIM, le HCR et d'autres partenaires intéressés, et en vue de créer des protocoles uniformes pour assurer la continuité des soins et le suivi des patients, en réduisant ainsi les échecs dans le suivi dus aux déplacements des personnes ;

c) soutenir l'élaboration de politiques et des plans d'action nationaux et le renforcement des capacités institutionnelles en vue de promouvoir la santé des travailleurs réfugiés et migrants et de leur famille lors des forums internationaux, et dans le cadre des instruments de collaboration et des mécanismes de protection sociale, y compris de l'élaboration des outils, des options, des indicateurs et des supports d'information conformément aux dispositions de la résolution WHA60.26 (2007) intitulée « Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs ».

**Priorité 3. Défendre la prise en compte de la santé des réfugiés et des migrants dans les programmes d'action aux niveaux mondial, régional et national et promouvoir : des politiques sanitaires et une protection juridique et sociale qui tiennent compte des besoins des réfugiés et des migrants ; la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents qui sont des réfugiés et des migrants ; et l'égalité hommes-femmes et l'autonomisation des femmes et des filles réfugiées et migrantes ; et les partenariats et les mécanismes de coordination et de collaboration intersectoriels, interpays et interinstitutions**

### Objectifs

32. Contribuer à répondre aux besoins sanitaires des réfugiés et des migrants en prévenant et en atténuant l'impact des inégalités hommes-femmes en matière de santé et d'accès aux services de santé tout au long des migrations et des déplacements en défendant le droit des réfugiés et des migrants au meilleur état de santé physique et mentale qu'ils sont capables d'atteindre, conformément aux obligations internationales en matière de droits humains, et aux instruments internationaux et régionaux pertinents correspondants, et en s'efforçant de diminuer ou de supprimer les obstacles physiques, financiers, liés à l'information ou à la discrimination dans l'accès aux services de soins de santé en collaborant avec les partenaires de l'OMS, notamment les acteurs non étatiques.

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

a) soutenir l'élaboration de stratégies, de plans et de mesures en vue de renforcer les capacités nationales de répondre aux besoins et aux droits en matière de santé des réfugiés et des migrants, par des moyens incluant des approches multisectorielles avec les parties prenantes clés et des mesures visant à faciliter l'assistance technique, les partenariats stratégiques et la communication ;

b) soutenir l'élaboration et la mise en œuvre, sur la base de données factuelles, d'approches de santé publique et la mise en place de moyens favorisant la prestation des soins de santé ; un accès abordable et non discriminatoire ; et la réduction des obstacles à la communication ; et la formation des prestataires de soins à la fourniture de services tenant compte des différences culturelles et adaptés aux personnes handicapées ;

c) soutenir la prestation de services de soins de santé, selon différentes modalités, conformément à la législation nationale, y compris dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes, des soins de santé de la mère et de l'enfant, des soins prénatals et postnatals, de la planification familiale, en garantissant l'accès des enfants, quelle que soit leur situation, à des soins spécifiques et spécialisés et à un soutien psychologique ;

- d) soutenir l'élaboration, pour la gouvernance, la gestion et la prestation des services de soins de santé, des recommandations et des outils qui prennent en considération les facteurs épidémiologiques, les obstacles culturels et linguistiques, et les entraves juridiques, administratives et financières à l'accès, avec la participation des agents de santé réfugiés et migrants ;
- e) soutenir l'identification et le renforcement des compétences de soins dans les populations de réfugiés et de migrants, moyennant la formation et la certification, conformément à la législation nationale, aux normes et à l'évaluation ;
- f) soutenir les accords mondiaux existants ou, selon qu'il conviendra, nouveaux de coordination concernant les réfugiés et les migrations avec les États Membres, l'ONU, l'OIT, l'OIM, le HCR, le Réseau des Nations Unies sur les migrations, d'autres entités au sein du système des Nations Unies et les organisations extérieures au système des Nations Unies, y compris le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ainsi que d'autres acteurs du développement et de l'action humanitaire, la société civile et des organisations professionnelles ;
- g) fournir un soutien en vue de renforcer la mobilisation de ressources afin d'obtenir un financement souple et pluriannuel permettant aux pays et aux communautés de répondre aux besoins sanitaires immédiats, à moyen terme et à plus long terme des réfugiés et des migrants – parallèlement à des mesures visant à améliorer la santé et le bien-être des populations et des communautés d'accueil et en tenant compte des besoins sanitaires des réfugiés et des migrants dans le cadre des mécanismes de financement régionaux et mondiaux existants et nouveaux ;<sup>1</sup>
- h) fournir un soutien en vue de créer des mécanismes de coordination entre pays qui encouragent et favorisent l'échange d'informations et la mise en œuvre d'actions communes, et garantissent la continuité des soins, ou de s'appuyer sur ceux-ci ;
- i) fournir un soutien pour l'élaboration d'outils et de mécanismes de surveillance inter pays pour l'échange de données sur la santé des réfugiés et des migrants et l'échange d'informations sur les mesures prises et les méthodes employées pour recueillir et analyser des données ventilées par âge et par sexe qui serviront à la mise en place de programmes et de services tenant compte des questions de genre ;
- j) apporter un soutien aux États Membres en vue de promouvoir une santé optimale, d'ouvrir des possibilités d'amélioration de la santé et d'obtenir de bons résultats sanitaires, en particulier pour les jeunes et les femmes ;
- k) fournir un soutien afin de renforcer les capacités et le rôle des prestataires de soins de santé en matière d'identification, de prise en charge et d'orientation, en tenant compte des questions de genre, pour les cas de violence sexuelle et pour les autres formes de violence sexiste, notamment la discrimination sexiste, le trafic, la torture et les abus sexistes, ainsi que leurs capacités et leur rôle dans l'amélioration de la prévention de la violence sexuelle et des mutilations sexuelles féminines et de la protection contre ces pratiques, et dans la fourniture de soins et d'un soutien pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et de la malnutrition aiguë ; et
- l) fournir un soutien pour la mise en œuvre des 10 recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance

---

<sup>1</sup> Le secrétariat du Réseau des Nations Unies sur les migrations est en train de créer un Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies, dont le lancement est imminent.

économique,<sup>1</sup> l'une desquelles préconise explicitement d'aborder les questions liées au genre dans le processus de réforme de la santé et sur le marché du travail dans le secteur de la santé tout en veillant à la parité des sexes dans la répartition des personnels de santé et à l'élimination des discriminations sexistes au sein des personnels de santé.

#### **Priorité 4. Renforcer les capacités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de progresser plus vite vers la réalisation des objectifs de développement durable, y compris vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle**

##### **Objectifs**

33. Veiller à agir sur les déterminants sociaux de la santé des réfugiés et des migrants moyennant des mesures conjointes et cohérentes dans toutes les politiques de santé publique, en se fondant sur l'ensemble des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et l'objectif 10 (Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre), cible 10.7 (Faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sûre, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques migratoires planifiées et bien gérées).<sup>2</sup>

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

- a) soutenir, en collaboration avec l'OIT, l'OIM, le HCR et d'autres partenaires intéressés, la mise en œuvre des orientations et des outils d'évaluation et l'élaboration d'aide-mémoire et des normes spécifiques aux pays afin de mettre en évidence les facteurs économiques et sociaux liés à la santé des réfugiés et des migrants, et d'y apporter une réponse, dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable, et sur la base des partenariats et des meilleures pratiques ;
- b) contribuer à recenser les secteurs et les parties prenantes qui contribuent à agir sur les déterminants sociaux de la santé des réfugiés et des migrants, et à recenser les domaines spécifiques se prêtant au dialogue et à des actions communes en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle ;
- c) soutenir la formation du personnel travaillant avec les réfugiés et les migrants sur les déterminants sociaux de la santé, l'action requise des pouvoirs publics et la formation professionnelle des agents de santé, en veillant à offrir aux planificateurs et aux agents de santé soutien et partage des connaissances afin de mettre en place des interventions sanitaires appropriées et adaptées aux réfugiés et aux migrants qui permettent également un accès abordable et équitable pour tous ;
- d) renforcer l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et son suivi ; et l'établissement des rapports à ce sujet.

---

<sup>1</sup> Voir OMS. *S'engager pour la santé et la croissance : investir dans les personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250100>, consulté le 22 mars 2019).

<sup>2</sup> L'objectif 2 (Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable) est lui aussi pertinent.

## **Priorité 5. Renforcer les systèmes de suivi et d'information sanitaires**

### **Objectifs**

34. Veiller à la production d'informations et de données ventilées aux niveaux national, régional et mondial, et à la disponibilité d'informations appropriées, normalisées et comparables sur la santé des réfugiés et des migrants pour aider les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques à mettre en place des politiques, des plans et des interventions qui soient davantage fondés sur des bases factuelles.

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

- a) soutenir les travaux menés avec les États Membres pour élaborer et mettre en œuvre des mesures de surveillance de la santé des réfugiés et des migrants dans le cadre de la surveillance globale de la santé au niveau national, et établir des rapports de situation incluant des données sur la santé des réfugiés et des migrants, la répartition des risques de maladie et la réduction des risques, dans le contexte des objectifs de développement durable, en collaboration et en coordination avec l'OIT, l'OIM et le HCR ;
- b) soutenir les travaux menés avec les États Membres pour produire, aux niveaux national et local, des données ventilées sur la santé des réfugiés et des migrants, y compris sur les comportements en matière de recherche de soins, l'accès et l'utilisation des services de soins de santé ; et
- c) appuyer l'élaboration, en tenant compte des contextes et des cadres juridiques nationaux, des approches inter pays de la production de données et des bases de données sur les risques sanitaires dans les pays d'origine, de transit et de destination qui peuvent être communiquées, ainsi que des dossiers et des cartes de santé transférables, et envisager notamment la possibilité d'une carte de santé pour les groupes de population en déplacement, afin de faciliter la continuité des soins.

## **Priorité 6. Soutenir des mesures tendant à améliorer la communication à bases factuelles en matière de santé et à combattre les idées fausses concernant la santé des migrants et des réfugiés**

### **Objectifs**

35. Communiquer des informations exactes et dissiper, parmi les réfugiés et les migrants et dans les populations d'accueil, les craintes et les idées fausses concernant les conséquences sanitaires des migrations et des déplacements sur les populations de réfugiés et de migrants, et sur la santé des communautés et des systèmes de santé locaux.

Les mesures à envisager par le Secrétariat en réponse aux demandes des États Membres sont notamment les suivantes :

- a) apporter un soutien pour la transmission en temps voulu d'informations appropriées, factuelles, tenant compte des différences culturelles et adaptées aux usagers sur les droits humains et les besoins sanitaires des réfugiés et des migrants afin de combattre les actes d'exclusion, comme la stigmatisation et la discrimination ;

- 
- b) mener des actions de sensibilisation, d'éducation de l'opinion et dans les médias, au sein du secteur de la santé, pour renforcer le soutien et promouvoir une large participation du public, des autorités publiques et des autres parties prenantes ;
  - c) soutenir l'établissement d'un rapport mondial sur la situation sanitaire des réfugiés et des migrants, en collaboration avec l'OIT, l'OIM et le HCR ;
  - d) appuyer l'organisation, avec l'OIT, l'OIM, le HCR et d'autres parties prenantes importantes, d'une conférence mondiale sur la santé des réfugiés et des migrants, incluant le rôle du Plan d'action mondial, qui compléterait les forums existants sans faire doublon avec eux.

### **MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ**

36. [Ce paragraphe contenait le texte d'un projet de décision, qui a été adopté sous la cote WHA72(14).]
-

## ANNEXE 6

### AMENDEMENT AU CONTRAT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL<sup>1</sup>

[A72/43, annexe – 10 mai 2019]

LE PRÉSENT CONTRAT est conclu ce vingt-troisième jour de mai deux mille dix-sept entre l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation), d'une part, et le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus (ci-après dénommé le Directeur général), d'autre part.

#### ATTENDU QUE

1) L'article 31 de la Constitution de l'Organisation prévoit que le Directeur général de l'Organisation est nommé par l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Assemblée de la Santé), sur proposition du Conseil exécutif (ci-après dénommé le Conseil) et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer ; et

2) Le Directeur général a été dûment nommé par l'Assemblée de la Santé au cours de sa séance du vingt-troisième jour de mai deux mille dix-sept pour une durée de cinq ans.

EN CONSÉQUENCE, AUX TERMES DU PRÉSENT CONTRAT, il a été convenu ce qui suit :

I. 1) La durée du mandat du Directeur général court du premier jour de juillet deux mille dix-sept au trentième jour de juin deux mille vingt-deux, date à laquelle ses fonctions et le présent contrat prennent fin.

2) Sous l'autorité du Conseil, le Directeur général remplit les fonctions de chef des services techniques et administratifs de l'Organisation et exerce telles attributions qui peuvent être spécifiées dans la Constitution et dans les Règlements de l'Organisation et/ou qui peuvent lui être conférées par l'Assemblée de la Santé ou par le Conseil.

3) Le Directeur général s'engage pleinement à gérer de manière responsable et adéquate les ressources de l'OMS, notamment ses ressources financières, humaines et matérielles, avec efficacité et efficience, afin d'atteindre les objectifs de l'Organisation ; à instaurer une culture de l'éthique, de sorte que toutes les décisions et actions du Secrétariat reposent sur la responsabilisation, la transparence, l'intégrité et le respect ; à garantir une représentation géographique équitable et l'équilibre entre les sexes lors de l'engagement des membres du personnel et conformément à l'article 35 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; à appliquer les recommandations issues de la vérification intérieure et extérieure des comptes de l'Organisation ; et à garantir le respect des délais d'établissement des documents officiels et leur transparence.

4) Le Directeur général est soumis au Statut du personnel de l'Organisation dans la mesure où ce Statut lui est applicable. En particulier, il ne peut occuper aucun autre poste administratif, ni recevoir de sources extérieures quelconques des émoluments à titre de rémunération pour des activités relatives à l'Organisation. Il n'exerce aucune occupation et n'accepte aucun emploi ou activité incompatibles avec ses fonctions dans l'Organisation.

---

<sup>1</sup> Voir la décision WHA72(17), la résolution WHA70.3 et le document WHA70/2017/REC/1, annexe 1.

5) Le Directeur général, pendant la durée de son mandat, jouit de tous les privilèges et immunités afférents à ses fonctions en vertu de la Constitution de l'Organisation et de tous accords s'y rapportant déjà en vigueur ou à conclure ultérieurement.

6) Le Directeur général peut à tout moment, et moyennant préavis de six mois, donner sa démission par écrit au Conseil, qui est autorisé à accepter cette démission au nom de l'Assemblée de la Santé ; dans ce cas, à l'expiration dudit préavis, le Directeur général cesse de remplir ses fonctions et le présent contrat prend fin.

7) L'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après avoir entendu le Directeur général, a le droit, pour des raisons d'une exceptionnelle gravité susceptibles de porter préjudice aux intérêts de l'Organisation, de mettre fin au présent contrat, moyennant préavis par écrit d'au moins six mois.

II. 1) À compter du premier jour de juillet deux mille dix-sept, le Directeur général reçoit de l'Organisation un traitement annuel de deux cent quarante et un mille deux cent soixante-seize dollars des États-Unis avant imposition, de sorte que le traitement net, payable mensuellement, sera de cent soixante-douze mille soixante-neuf dollars des États-Unis par an ou son équivalent en telle autre monnaie que les parties pourront arrêter d'un commun accord.

2) En plus des ajustements et indemnités normalement accordés aux membres du personnel aux termes du Règlement du personnel, le Directeur général reçoit annuellement, à titre de frais de représentation, un montant de vingt et un mille dollars des États-Unis ou son équivalent en toute autre monnaie arrêtée d'un commun accord par les parties, cette somme étant payable mensuellement à partir du premier jour de juillet deux mille dix-sept. Il utilise le montant de l'indemnité de représentation uniquement pour couvrir les frais de représentation qu'il estime devoir engager dans l'exercice de ses fonctions officielles. Il a droit aux allocations versées à titre de remboursement, telles que celles qui se rapportent aux frais de voyage ou de déménagement entraînés par sa nomination, par un changement ultérieur de lieu d'affectation, ou par la fin de son mandat, de même que celles qui concernent les frais de voyages officiels et de voyages pour congé dans les foyers.

3) Le Directeur général participe et contribue à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies conformément aux Statuts et Règlement de ladite Caisse commune des pensions pendant la durée de son mandat.

III. Les clauses du présent contrat relatives au traitement et aux frais de représentation sont sujettes à révision et à adaptation par l'Assemblée de la Santé, sur la proposition du Conseil et après consultation du Directeur général, afin de les rendre conformes à toutes dispositions concernant les conditions d'emploi des membres du personnel que l'Assemblée de la Santé pourrait décider d'appliquer à ceux desdits membres du personnel déjà en fonction.

IV. Au cas où, à propos du présent contrat, viendraient à surgir une quelconque difficulté d'interprétation ou même un différend non résolu par voie de négociation ou d'entente amiable, l'affaire serait portée pour décision définitive devant le tribunal compétent prévu dans le Règlement du personnel.

EN FOI DE QUOI, nous avons apposé nos signatures le jour et l'année indiqués au premier alinéa ci-dessus.

.....

D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Directeur général

.....

Professeur Veronika Skvortsova  
Président de la Soixante-Dixième  
Assemblée mondiale de la Santé

## ANNEXE 7

### EXEMPLES D'EMPLOI D'UNE TERMINOLOGIE INTRODUISANT UNE CONSIDÉRATION DE SEXE DANS LA VERSION ANGLAISE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AMENDEMENTS<sup>1</sup>

[A72/50, annexe – 1<sup>er</sup> mai 2019]

| Cas dans lesquels une terminologie introduisant une considération de sexe est utilisée | Exemples tirés de la version anglaise du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé   |
|--|--|
|  | Version amendée  |
| Emploi de « he »<br>(pronom personnel sujet, masculin singulier)                       | The Director-General shall be ex officio Secretary of the Health Assembly and of any subdivision thereof. He or she may delegate these functions.<br><br>(Rule 16)   |
| Emploi de « his »<br>(pronom personnel possessif, masculin singulier)                  | In plenary meetings the chief delegate may designate another delegate who shall have the right to speak and vote in the name of her or his delegation on any question.<br><br>(Rule 19)  |
| Emploi de « him »<br>(pronom personnel objet, masculin singulier)                      | Moreover, upon the request of the chief delegate or any delegate so designated by her or him the President may allow an adviser to speak on any particular point.<br><br>(Rule 19)   |
| Emploi de « chairman » et de « vice-chairman »<br>(noms masculins singuliers)          | The chair of a main committee shall, in the case of absence, designate a vice-chair of the committee as her or his substitute, provided that this vice-chair shall not have the right to vote if he or she is of the same delegation as another member of the General Committee. ...<br><br>(Rule 29)  |
| Emploi de « Chairmen »<br>(nom masculin pluriel)                                       | The Chairs of these main committees shall be elected by the Health Assembly.<br><br>(Rule 32)  |
| Emploi de « Vice-Chairmen »<br>(nom masculin pluriel)                                  | Each main committee shall elect two Vice-Chairs and a Rapporteur.<br><br>(Rule 34)   |
| Emploi de « himself »<br>(pronom réfléchi masculin singulier)                          | Thus, within the scope of the Rules of Procedure, delegates or representatives are enabled to direct the attention of the presiding officer to violations or misapplications of the Rules by other delegates or representatives or by the presiding officer herself or himself.<br><br>(Description of the Concept of a Point of Order) <sup>a</sup> |

<sup>a</sup> Adopted as a supplement to the Rules of Procedure of the World Health Assembly through resolution WHA29.37 (1976).

<sup>1</sup> Voir la décision WHA72(21).

## ANNEXE 8

### TEXTE DES ARTICLES AMENDÉS DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ<sup>1</sup>

[A72/51, annexe – 13 mai 2019,  
A72/52, annexe – 16 mai 2019]

#### Établissement de l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé par le Conseil exécutif (décision WHA72(22))

##### *Article 5*

Le Conseil fait figurer dans l'ordre du jour provisoire de chaque session ordinaire de l'Assemblée de la Santé notamment :

- a) le rapport annuel du Directeur général sur les travaux de l'Organisation ;
- b) toutes les questions que l'Assemblée de la Santé, lors d'une session précédente, a décidé d'inscrire à son ordre du jour ;
- c) toutes questions relatives au budget de la période financière suivante et aux rapports sur les comptes de l'année ou de l'exercice précédent ;
- d) toute question proposée par un Membre ou par un Membre associé ;
- e) sous réserve de toute consultation préliminaire qui pourrait être nécessaire entre le Directeur général et le Secrétaire général des Nations Unies, toute question proposée par les Nations Unies ;
- f) toute question proposée par toute autre organisation du système des Nations Unies avec laquelle l'Organisation a établi des relations effectives.

Le Conseil peut recommander à l'Assemblée mondiale de la Santé de différer l'examen de tout point visé aux alinéas *d)*, *e)* et *f)* ci-dessus.

Toute proposition tendant à faire figurer à l'ordre du jour provisoire un point visé aux alinéas *d)*, *e)* et *f)* ci-dessus doit être accompagnée d'un memorandum explicatif qui doit parvenir au Directeur général au plus tard quatre semaines avant le début de la session à laquelle le Conseil est appelé à établir l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée de la Santé.

.....

---

<sup>1</sup> Voir les décisions WHA72(22) et WHA72(23).

*Article 11*

Sauf décision contraire de l'Assemblée de la Santé en cas d'urgence, les propositions tendant à ce que l'Organisation entreprenne de nouvelles activités ne peuvent figurer à l'ordre du jour supplémentaire d'une session que si elles parviennent au moins six semaines avant la date d'ouverture de la session, ou si ces propositions sont telles qu'il y ait lieu de les renvoyer pour examen à un autre organe de l'Organisation pour déterminer s'il convient que l'Organisation y donne suite. Toute proposition de cette nature doit être accompagnée d'un mémorandum explicatif.

.....

*Article 12*

Sous réserve des dispositions de l'article 11 concernant de nouvelles activités, ainsi que de l'article 96, une question supplémentaire peut être ajoutée à l'ordre du jour au cours d'une session, si l'Assemblée de la Santé en décide ainsi sur rapport du Bureau et pourvu que la demande d'adjonction de cette question supplémentaire parvienne à l'Organisation au plus tard six jours avant l'ouverture d'une session ordinaire ou au plus tard deux jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire. Toute proposition de cette nature doit être accompagnée d'un mémorandum explicatif.

.....

**Délais applicables à la présentation officielle des projets de résolution et de décision à l'Assemblée de la Santé (décision WHA72(22))***Article 48*

Les propositions formelles relatives à des points de l'ordre du jour doivent être présentées 15 jours au moins avant l'ouverture d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et ne peuvent, en tout état de cause, être présentées après le premier jour d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé et au plus tard deux jours avant l'ouverture d'une session extraordinaire. Toutes ces propositions sont renvoyées à la commission à laquelle le point en question de l'ordre du jour a été déféré, sauf si le point est examiné directement en séance plénière.

.....

**Harmonisation de la terminologie employée dans le Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé avec celle du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (décision WHA72(22))****Présentation des pouvoirs par voie électronique (décision WHA72(23))**

*Note* – Chaque fois que l'un des termes suivants apparaît dans le présent Règlement, sa signification est celle spécifiée ci-dessous :

« Constitution » – Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé

« Organisation » – Organisation mondiale de la Santé

« Assemblée de la Santé » – Assemblée mondiale de la Santé

« Conseil » – Conseil exécutif

« Membres » – Membres de l'Organisation mondiale de la Santé

« Membres associés » – Membres associés de l'Organisation mondiale de la Santé

« Exercice » – Période composée de deux années civiles consécutives et commençant par une année paire

« Relations officielles » – Privilège que le Conseil exécutif peut accorder à des organisations non gouvernementales, des associations internationales d'entreprises ou des fondations philanthropiques conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

---

### *Article 3*

Les convocations sont adressées par le Directeur général 60 jours au moins avant la date d'ouverture d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé, et 30 jours au moins avant celle d'une session extraordinaire, aux Membres et Membres associés, aux représentants du Conseil, ainsi qu'à toutes les organisations intergouvernementales participantes et aux organisations non gouvernementales, associations internationales d'entreprises et fondations philanthropiques en relations officielles avec l'Organisation<sup>a</sup> et invitées à se faire représenter à la session. Le Directeur général peut inviter des États ayant demandé leur admission en qualité de Membres, des territoires pour le compte desquels une demande d'admission en qualité de Membres associés a été présentée et des États qui ont signé mais n'ont pas accepté la Constitution, à envoyer des observateurs à des sessions de l'Assemblée de la Santé.

---

### *Article 14*

Des exemplaires de tous les rapports et autres documents relatifs à l'ordre du jour provisoire d'une session sont rendus accessibles sur Internet et envoyés par le Directeur général aux Membres et aux Membres associés, ainsi qu'aux organisations intergouvernementales invitées à participer à la session, en même temps que l'ordre du jour provisoire ou pas moins de six semaines avant le début d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé ; les rapports et documents appropriés sont également adressés de la même manière aux organisations non gouvernementales, aux associations internationales d'entreprises et aux fondations philanthropiques en relations officielles avec l'Organisation.

---

### *Article 19*

Sauf décision contraire de l'Assemblée de la Santé, ont accès aux séances plénières de l'Assemblée de la Santé tous les délégués, suppléants et conseillers nommés par les Membres conformément aux articles 10 à 12 inclusivement de la Constitution, les représentants des Membres associés nommés conformément à l'article 8 de la Constitution et à la résolution fixant le statut des Membres associés, les représentants du Conseil, les observateurs envoyés sur invitation par des États non Membres et des territoires pour le compte desquels une demande d'admission en qualité de Membres associés a été présentée, les représentants invités des Nations Unies, ainsi que ceux des autres organisations intergouvernementales participantes et organisations non gouvernementales, associations internationales d'entreprises et fondations philanthropiques en relations officielles.

Lors d'une séance plénière, le chef d'une délégation peut désigner un autre délégué qui aura le droit de parler et de voter sur toute question au nom de sa délégation. En outre, à la requête du chef de la délégation ou de tout délégué ainsi désigné par lui, le Président peut autoriser un conseiller à parler sur un point particulier quelconque, mais ce dernier ne peut voter au nom de sa délégation sur aucune question.

---

*Article 22*

Les noms des représentants de tous les Membres, Membres associés, organisations intergouvernementales et organisations non gouvernementales, associations internationales d'entreprises et fondations philanthropiques en relations officielles participantes sont communiqués au Directeur général, si possible 15 jours au moins avant l'ouverture de l'Assemblée de la Santé. Dans le cas des délégations des Membres et des Membres associés, ces communications prennent la forme de pouvoirs indiquant les noms des délégués, suppléants et conseillers, et sont établies par le chef de l'État, le chef du gouvernement, le ministre des affaires étrangères, le ministre de la santé, ou par toute autre autorité compétente. Les pouvoirs peuvent être envoyés sous forme électronique ou remis en main propre au Directeur général.

---

*Article 23*

Une Commission de vérification des pouvoirs, composée de représentants de 12 États Membres, est nommée par l'Assemblée de la Santé au début de chaque session, sur la proposition du Président. Cette Commission élit son propre bureau. Elle évalue si les pouvoirs des Membres et des Membres associés sont conformes aux prescriptions du Règlement intérieur et fait sans retard rapport à l'Assemblée de la Santé. En attendant que l'Assemblée de la Santé statue sur leurs pouvoirs, les représentants des Membres et des Membres associés siègent provisoirement avec tous les droits afférents à leur participation à l'Assemblée de la Santé. Le Président est habilité à recommander à l'Assemblée de la Santé l'acceptation des pouvoirs reçus après que la Commission de vérification des pouvoirs s'est réunie.

Les séances de la Commission de vérification des pouvoirs sont de caractère privé.

---

*Titre figurant entre les articles 43 et 44*

PARTICIPATION DES REPRÉSENTANTS DES MEMBRES ASSOCIÉS,  
D'ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES, D'ACTEURS NON ÉTATIQUES  
EN RELATIONS OFFICIELLES, AINSI QUE DES OBSERVATEURS D'ÉTATS  
NON MEMBRES ET DE TERRITOIRES

---

---

*Article 47*

Les représentants d'organisations non gouvernementales, d'associations internationales d'entreprises et de fondations philanthropiques en relations officielles peuvent être invités à assister aux séances plénières et aux séances des commissions principales de l'Assemblée de la Santé et, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, peuvent y prendre part sans droit de vote lorsqu'ils y sont invités par le Président de l'Assemblée de la Santé ou par le président d'une commission principale, respectivement.

.....

**Motion de suspension du débat (décision WHA72(23))***Article 59*

Au cours de la discussion de toute question, un délégué ou un représentant d'un Membre associé peut demander la suspension ou l'ajournement de la séance ou la suspension du débat. Ces motions ne sont pas discutées, mais sont immédiatement mises aux voix.

Aux fins du présent Règlement, l'expression « suspension de la séance » signifie l'interruption temporaire du travail de ladite séance ; l'expression « ajournement de la séance » signifie la cessation de tout travail jusqu'à ce qu'une nouvelle séance soit convoquée ; et l'expression « suspension du débat » signifie la remise à plus tard, pendant la même séance, de la discussion sur la question examinée.

.....

**Vote électronique pour les votes enregistrés (décision WHA72(23))***Article 72*

L'Assemblée de la Santé vote normalement à main levée, à moins qu'un délégué ne demande un vote enregistré. Lorsqu'elle dispose d'un système électronique adéquat, l'Assemblée de la Santé peut décider de procéder à un vote en vertu du présent article par des moyens électroniques.

.....

*Article 72 bis*

Lorsque l'Assemblée de la Santé procède à un vote enregistré sans utiliser de moyens électroniques, le vote se déroule par appel nominal, qui a lieu dans l'ordre alphabétique anglais ou français des noms des Membres. Le nom du Membre qui vote le premier est choisi par tirage au sort.

.....

*Article 73*

Le vote de chaque Membre prenant part à un vote enregistré est consigné au procès-verbal.

.....

---

## ANNEXE 9

### INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRÉTARIAT LES RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

|  |   |
|--|---|
| <b>Résolution WHA72.2 :</b> Soins de santé primaires   |   |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |   |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b>  | 4.2.1 Mise en place de systèmes de prestation de services équitables, intégrés et centrés sur la personne dans les pays et renforcement des approches en matière de santé publique  |
| <b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>   | Sans objet  |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Sans objet  |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b>   | 11 ans : phase préparatoire d'une année en 2019, plus 10 ans (cinq exercices au cours de la période 2019-2029)  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b>  | US \$376,5 millions<br>(l'élargissement aux Régions et aux pays pour 2018-2019 ne sera confirmé qu'à une date ultérieure)   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>  | US \$1,8 million  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>                | Sans objet  |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b>   | US \$54,0 millions  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b>   | US \$320,7 millions   |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :<br/>US \$1,6 million</li> <li>– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :<br/>US \$0,2 million</li> <li>– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :<br/>Sans objet</li> </ul> |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                         |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|-------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerrané e orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,2   | 0,2   |
|   | Activités | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 1,6   | 1,6   |
|   | Total     | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 1,8   | 1,8   |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Activités | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Total     | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 10,6    | 3,0       | 2,3             | 2,1    | 4,4                     | 2,0                  | 2,2   | 26,6  |
|   | Activités | 8,0     | 3,0       | 3,0             | 3,0    | 4,0                     | 3,2                  | 3,2   | 27,4  |
|   | Total     | 18,6    | 6,0       | 5,3             | 5,1    | 8,4                     | 5,2                  | 5,4   | 54,0  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 62,4    | 20,5      | 23,0            | 13,5   | 25,6                    | 18,6                 | 10,0  | 173,6 |
|   | Activités | 40,1    | 16,1      | 20,1            | 16,1   | 20,1                    | 20,1                 | 14,5  | 147,1 |
|   | Total     | 102,5   | 36,6      | 43,1            | 29,6   | 45,7                    | 38,7                 | 24,5  | 320,7 |

|  |
|--|
| <b>Résolution WHA72.3 :</b> Agents de santé communautaires dispensant des soins de santé primaires : perspectives et enjeux  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br>4.2.2 Mise en œuvre dans les pays de stratégies des ressources humaines axées sur la couverture sanitaire universelle |
| <b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet   |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>60 mois  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$11,62 millions, dans le cadre de la fourniture de ressources humaines intégrées pour les programmes de santé   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$2,28 millions  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$4,58 millions   |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$4,76 millions   |

|   |
|---|
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                                  |
| – <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$2,28 millions   |
| – <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet   |
| – <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                         |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|-------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerrané e orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 0,20    | 0,10      | 0,11            | 0,03   | 0,12                    | 0,13                 | 0,24  | 0,93  |
|   | Activités | 0,39    | 0,14      | 0,17            | 0,05   | 0,11                    | 0,21                 | 0,28  | 1,35  |
|   | Total     | 0,59    | 0,24      | 0,28            | 0,08   | 0,23                    | 0,34                 | 0,52  | 2,28  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                    | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
|   | Activités | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                    | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
|   | Total     | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                    | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 0,39    | 0,21      | 0,22            | 0,06   | 0,25                    | 0,26                 | 0,47  | 1,86  |
|   | Activités | 0,78    | 0,29      | 0,34            | 0,10   | 0,23                    | 0,43                 | 0,55  | 2,72  |
|   | Total     | 1,17    | 0,50      | 0,56            | 0,16   | 0,48                    | 0,69                 | 1,02  | 4,58  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 0,41    | 0,22      | 0,23            | 0,06   | 0,26                    | 0,27                 | 0,49  | 1,94  |
|   | Activités | 0,81    | 0,30      | 0,36            | 0,10   | 0,24                    | 0,44                 | 0,57  | 2,82  |
|   | Total     | 1,22    | 0,52      | 0,59            | 0,16   | 0,50                    | 0,71                 | 1,06  | 4,76  |

**Résolution WHA72.4 :** Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle

**A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019**

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :**
  - 4.2.1 Mise en place de systèmes de prestation de services équitables, intégrés et centrés sur la personne dans les pays et renforcement des approches en matière de santé publique
  - 4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux
  - 4.4.1 Suivi d'ensemble de la situation, des tendances, des inégalités et des facteurs déterminants de la santé aux niveaux mondial, régional et national, au moyen de normes mondiales, y compris la collecte et l'analyse des données pour remédier aux lacunes dans les données et évaluer les résultats des systèmes de santé
- 2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?**  
Sans objet
- 3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :**  
Sans objet

|  |
|--|
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>12 ans (couvrant la période 2019-2030)   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$435,9 millions   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$26,0 millions  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>0   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$59,6 millions   |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$350,3 millions  |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b><br>– <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$1,0 million<br>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$25,0 millions<br>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>0 |

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

| Exercice                               | Coûts     | Région  |           |                 |        |                         |                      | Siège | Total |
|--|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|-------------------------|----------------------|-------|-------|
|  |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerrané e orientale | Pacifique occidental |       |       |
| 2018-2019<br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 1,7     | 0,8       | 1,3             | 1,0    | 1,5                     | 1,2                  | 5,8   | 13,3  |
|  | Activités | 2,7     | 0,9       | 1,6             | 1,5    | 1,3                     | 1,4                  | 3,3   | 12,7  |
|  | Total     | 4,4     | 1,7       | 2,9             | 2,5    | 2,8                     | 2,6                  | 9,1   | 26,0  |
| 2018-2019<br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|  | Activités | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|  | Total     | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
| 2020-2021<br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 3,8     | 1,9       | 2,9             | 2,3    | 3,3                     | 2,8                  | 13,3  | 30,3  |
|  | Activités | 6,3     | 2,2       | 3,7             | 3,3    | 3,1                     | 3,2                  | 7,5   | 29,3  |
|  | Total     | 10,1    | 4,1       | 6,6             | 5,6    | 6,4                     | 6,0                  | 20,8  | 59,6  |
| Exercices futurs<br>Dépenses à prévoir | Personnel | 22,6    | 11,2      | 17,1            | 13,6   | 19,6                    | 16,6                 | 78,0  | 178,7 |
|  | Activités | 36,8    | 12,7      | 21,7            | 19,6   | 18,1                    | 18,8                 | 43,9  | 171,6 |
|  | Total     | 59,4    | 23,9      | 38,8            | 33,2   | 37,7                    | 35,4                 | 121,9 | 350,3 |

|  |  |
|--|--|
| <b>Résolution WHA72.5 : Résistance aux antimicrobiens</b>  |  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b>  | <p>1.6.1 Tous les pays disposent des capacités essentielles pour mettre en œuvre des plans d'action nationaux en vue de suivre, de prévenir et de combattre les infections causées par la résistance aux antimicrobiens</p> <p>1.6.2 Usage approprié et disponibilité des médicaments antimicrobiens pour la santé humaine et la production agroalimentaire dans le but d'améliorer l'accès aux traitements et de préserver l'efficacité des traitements</p> <p>1.6.3 Engagement politique de haut niveau et coordination durable et efficace au niveau mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable</p> |
| <b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>   | Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Dans la résolution, le Directeur général est prié d'accélérer la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens à tous les niveaux de l'OMS, et de renforcer sensiblement l'appui et l'assistance technique aux pays pour la mise en œuvre de leurs plans d'action nationaux multisectoriels pour combattre la résistance aux antimicrobiens.  |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b>   | Trois ans : 2019-2021  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |  |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b>  | US \$124,4 millions  |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>  | US \$41,7 millions   |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>                | US \$10 millions supplémentaires pour 2019   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b>   | US \$72,7 millions<br>L'estimation des dépenses à prévoir repose sur les coûts dans les pays, les coûts régionaux et les coûts au Siège prévus pour l'exercice, y compris ceux relatifs au renforcement des capacités pour apporter une assistance technique à la mise en œuvre de la résolution.  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b>   | Sans objet   |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :<br/>US \$38 millions</li> <li>– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :<br/>US \$13,7 millions</li> <li>– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :<br/>US \$8 millions en 2019, sur la base des projections actuelles</li> </ul>  |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                         |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|-------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerrané e orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 2,3     | 0,0       | 4,5             | 2,5    | 1,8                     | 2,7                  | 12,9  | 26,7  |
|   | Activités | 4,5     | 1,6       | 1,0             | 2,2    | 0,8                     | 0,8                  | 4,1   | 15,0  |
|   | Total     | 6,8     | 1,6       | 5,5             | 4,7    | 2,6                     | 3,5                  | 17,0  | 41,7  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,5     | 0,5       | 0,5             | 0,5    | 0,5                     | 0,5                  | 2,0   | 5,0   |
|   | Activités | 0,5     | 1,0       | 0,5             | 0,5    | 0,5                     | 0,5                  | 1,5   | 5,0   |
|   | Total     | 1,0     | 1,5       | 1,0             | 1,0    | 1,0                     | 1,0                  | 3,5   | 10,0  |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 2,5     | 4,2       | 3,3             | 1,8    | 1,5                     | 2,2                  | 16,0  | 31,5  |
|   | Activités | 8,4     | 6,0       | 5,6             | 2,3    | 4,0                     | 3,2                  | 11,7  | 41,2  |
|   | Total     | 10,9    | 10,2      | 8,9             | 4,1    | 5,5                     | 5,4                  | 27,7  | 72,7  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Activités | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Total     | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                     | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |

|  |
|--|
| <b>Résolution WHA72.6 :</b> Action mondiale pour la sécurité des patients  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br>4.2.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services, et autonomisation des patients dans le cadre de la couverture sanitaire universelle |
| <b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet   |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>Sept ans (couvrant la période 2019-2025) (2019 + 3 exercices supplémentaires)  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$39,37 millions (6 ans)   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$3,86 millions  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>0   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$12,16 millions  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$23,35 millions (2022-2025)  |

- 5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :**
- **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**  
US \$1,48 million
  - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**  
US \$2,38 millions
  - **Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**  
Levée de fonds en cours

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                         |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|-------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerrané e orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                    | 0,00                 | 1,00  | 1,00  |
|   | Activités | 0,42    | 0,08      | 0,22            | 0,21   | 0,26                    | 0,21                 | 1,46  | 2,86  |
|   | Total     | 0,42    | 0,08      | 0,22            | 0,21   | 0,26                    | 0,21                 | 2,46  | 3,86  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                       | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                       | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                       | –                    | –     | –     |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 1,01    | 0,20      | 0,52            | 0,52   | 0,62                    | 0,51                 | 2,21  | 5,59  |
|   | Activités | 1,52    | 0,29      | 0,79            | 0,78   | 0,94                    | 0,77                 | 1,48  | 6,57  |
|   | Total     | 2,53    | 0,49      | 1,31            | 1,30   | 1,56                    | 1,28                 | 3,69  | 12,16 |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 1,95    | 0,38      | 1,01            | 0,99   | 1,20                    | 0,98                 | 4,25  | 10,76 |
|   | Activités | 2,92    | 0,57      | 1,51            | 1,49   | 1,80                    | 1,47                 | 2,83  | 12,59 |
|   | Total     | 4,87    | 0,95      | 2,52            | 2,48   | 3,00                    | 2,45                 | 7,08  | 23,35 |

**Résolution WHA72.7 : Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé**

**A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019**

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :**
  - 3.1.1 Capacité donnée aux pays d'améliorer la santé maternelle au moyen d'un accès encore élargi aux interventions efficaces visant à mettre un terme aux décès maternels évitables avant la grossesse et jusqu'au post-partum et aux décès périnataux (mortinaissances et décès néonataux précoces), privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance, et au moyen d'une amélioration de la qualité de ces interventions
  - 3.5.1 Renforcement de la capacité des pays à évaluer les risques pour la santé et à élaborer et appliquer des politiques, des stratégies ou une réglementation visant à éviter, atténuer et gérer les conséquences des risques environnementaux et professionnels pour la santé
  - 4.2.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services, et autonomisation des patients dans le cadre de la couverture sanitaire universelle
- 2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?**  
Sans objet
- 3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :**  
Sans objet

|   |
|---|
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>Six ans au total. L'application dans un pays prend deux ans environ ; elle peut intervenir en parallèle dans plusieurs pays.  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>  |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$9,83 millions sur six ans (jusqu'à mi-2025)   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$2,71 millions   |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$3,56 millions  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$3,56 millions  |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br/>US\$ 2,71 millions</li> <li>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br/>Sans objet</li> <li>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br/>Sans objet</li> </ul> |

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 0,22    | 0,05      | 0,20            | 0,07   | 0,05                   | 0,19                 | 1,16  | 1,94  |
|   | Activités | 0,11    | 0,01      | 0,05            | 0,03   | 0,01                   | 0,05                 | 0,51  | 0,77  |
|   | Total     | 0,33    | 0,06      | 0,25            | 0,10   | 0,06                   | 0,24                 | 1,67  | 2,71  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                   | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
|   | Activités | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                   | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
|   | Total     | 0,00    | 0,00      | 0,00            | 0,00   | 0,00                   | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 0,63    | 0,05      | 0,16            | 0,07   | 0,06                   | 0,19                 | 1,20  | 2,36  |
|   | Activités | 0,14    | 0,04      | 0,08            | 0,04   | 0,02                   | 0,10                 | 0,78  | 1,20  |
|   | Total     | 0,77    | 0,09      | 0,24            | 0,11   | 0,08                   | 0,29                 | 1,98  | 3,56  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 0,63    | 0,05      | 0,16            | 0,07   | 0,06                   | 0,19                 | 1,20  | 2,36  |
|   | Activités | 0,14    | 0,04      | 0,08            | 0,04   | 0,02                   | 0,10                 | 0,78  | 1,20  |
|   | Total     | 0,77    | 0,09      | 0,24            | 0,11   | 0,08                   | 0,29                 | 1,98  | 3,56  |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Résolution WHA72.8 :</b> | Améliorer la transparence des marchés de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires   |
| <b>A.</b>                   | <b>Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>   |
| <b>1.</b>                   | <b>Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br>4.3.1 Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies sanitaires et de leur usage, moyennant des orientations mondiales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'outils nationaux  |
| <b>2.</b>                   | <b>En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet  |
| <b>3.</b>                   | <b>Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet  |
| <b>4.</b>                   | <b>Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>Quatre ans et demi, conformément à l'alignement sur le treizième programme général de travail, 2019-2023  |
| <b>B.</b>                   | <b>Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>  |
| <b>1.</b>                   | <b>Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$3 millions  |
| <b>2.a</b>                  | <b>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$0,5 million  |
| <b>2.b</b>                  | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>3.</b>                   | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$1,5 million  |
| <b>4.</b>                   | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$1 million  |
| <b>5.</b>                   | <b>Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b><br>– <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$0,25 million<br>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$0,25 million<br>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                               | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|--|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|  |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| 2018-2019<br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,5   | 0,5   |
|  | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,0   | 0,0   |
|  | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,5   | 0,5   |
| 2018-2019<br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|  | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|  | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
| 2020-2021<br>Dépenses à prévoir        | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 1,0   | 1,0   |
|  | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,5   | 0,5   |
|  | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 1,5   | 1,5   |
| Exercices futurs<br>Dépenses à prévoir | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,7   | 0,7   |
|  | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,3   | 0,3   |
|  | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 1,0   | 1,0   |

|   |
|---|
| <b>Résolution WHA72.13 :</b> Traitements du personnel hors classes et du Directeur général  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>   |
| <p><b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br/> <b>Réalisation 6.4</b> Gestion et administration efficaces, efficientes et cohérentes dans toute l'Organisation<br/> <b>Produit 6.4.2</b> Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines</p>  |
| <p><b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br/> Sans objet</p>   |
| <p><b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br/> Sans objet</p>   |
| <p><b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br/> Les modifications de la rémunération sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.<br/> Il n'y a aucune date définie de fin d'application.</p>   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>  |
| <p><b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br/> Les dépenses afférentes sont déjà prévues dans le budget programme 2018-2019.<br/> Concernant les modifications des traitements du personnel, le coût des traitements est toujours soumis à une certaine variabilité en raison, entre autres facteurs, de l'ajustement de poste, des taux de change et de la situation des différents membres du personnel en termes de personnes à charge et de droits à l'allocation pour frais d'études des enfants. Ces coûts supplémentaires seront donc absorbés dans les fluctuations du budget global alloué aux traitements.</p> |
| <p><b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br/> Sans objet</p>  |
| <p><b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br/> Sans objet</p>  |

|           |  |
|-----------|--|
| <b>3.</b> | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>4.</b> | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>5.</b> | <b>Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b><br>– <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet<br>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet<br>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

|  |  |
|--|--|
| <b>Résolution WHA72.15 :</b> Onzième Révision de la Classification internationale des maladies       |  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>                                      |  |
| <b>1.</b>  | <b>Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br>4.4.1 Suivi d'ensemble de la situation, des tendances, des inégalités et des facteurs déterminants de la santé aux niveaux mondial, régional et national, au moyen de normes mondiales, y compris la collecte et l'analyse des données pour remédier aux lacunes dans les données et évaluer les résultats des systèmes de santé |
| <b>2.</b>  | <b>En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet  |
| <b>3.</b>  | <b>Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet  |
| <b>4.</b>  | <b>Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>La CIM-11 devrait être examinée pour adoption à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019.  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b> |  |
| <b>1.</b>  | <b>Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$3,65 millions   |
| <b>2.a</b>   | <b>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$3,65 millions  |
| <b>2.b</b>   | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet. Aucune dépense supplémentaire n'est à prévoir, les travaux relatifs à la CIM-11 ayant toujours fait partie des activités essentielles et du mandat de l'OMS.  |
| <b>3.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |

|   |
|---|
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                                  |
| – <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$3,65 millions   |
| – <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet   |
| – <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice              | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|-----------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|                       |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b>      | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 1,90  | 1,90  |
| Dépenses déjà prévues | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 1,75  | 1,75  |
|                       | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 3,65  | 3,65  |

|  |
|--|
| <b>Résolution WHA72.16 :</b> Systèmes de soins d'urgence en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle : assurer des soins rapides pour les personnes gravement malades ou blessées  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette résolution contribuera :</b><br>2.3.1 Élaboration et mise en œuvre de plans et de programmes multisectoriels de prévention des traumatismes, l'accent étant mis sur l'atteinte des cibles fixées dans le cadre de la Décennie d'action pour la sécurité routière (2011-2020)<br>2.3.4 Amélioration des systèmes de soins d'urgence préhospitaliers et hospitaliers pour la prise en charge des traumatismes<br>4.2.1 Mise en place de systèmes de prestation de services équitables, intégrés et centrés sur la personne dans les pays et renforcement des approches en matière de santé publique |
| <b>2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet   |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :</b><br>Cinq ans   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat</b>   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la résolution, en millions de US \$ :</b><br>US \$25,69 millions   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$:</b><br>US \$0,34 million  |

|            |   |
|------------|---|
| <b>2.b</b> | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>0  |
| <b>3.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$12,67 millions  |
| <b>4.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$12,67 millions  |
| <b>5.</b>  | <b>Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$0,34 million</li> <li>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br/>0</li> <li>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br/>Sans objet</li> </ul> |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)<sup>a</sup>**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,25  | 0,25  |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,09  | 0,09  |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,34  | 0,34  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 2,86    | 1,50      | 0,85            | 1,19   | 1,14                   | 1,25                 | 1,39  | 10,17 |
|   | Activités | 0,36    | 0,36      | 0,36            | 0,36   | 0,36                   | 0,36                 | 0,36  | 2,50  |
|   | Total     | 3,21    | 1,86      | 1,21            | 1,55   | 1,50                   | 1,61                 | 1,74  | 12,67 |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 2,86    | 1,50      | 0,85            | 1,19   | 1,14                   | 1,25                 | 1,39  | 10,17 |
|   | Activités | 0,36    | 0,36      | 0,36            | 0,36   | 0,36                   | 0,36                 | 0,36  | 2,50  |
|   | Total     | 3,21    | 1,86      | 1,21            | 1,55   | 1,50                   | 1,61                 | 1,74  | 12,67 |

<sup>a</sup> Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

|  |   |
|--|---|
| <b>Décision WHA72(8) :</b>   | Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |   |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b>  | <p>6.1.1 Leadership et gestion efficaces de l'OMS et capacités renforcées du Secrétariat de l'OMS et des États Membres de promouvoir, d'aligner, de coordonner et de mettre en œuvre les efforts en vue de la réalisation des objectifs de développement durable</p> <p>6.1.2 Collaboration efficace avec les autres organismes des Nations Unies et les acteurs non étatiques en vue de bâtir un programme sanitaire commun correspondant aux priorités des États Membres</p> <p>6.4.1 Bonnes pratiques financières gérées au moyen d'un cadre de contrôle adéquat</p> <p>6.4.2 Mise en place d'une gestion et d'une coordination efficaces et efficientes des ressources humaines</p> <p>6.4.3 Fourniture efficace et efficiente d'infrastructures informatiques, de systèmes et d'applications institutionnels et liés à la santé</p> <p>6.4.4 Fourniture d'un appui opérationnel et logistique, de services d'achats, d'entretien des infrastructures, de gestion des actifs et maintien d'un environnement sécurisé pour le personnel et les biens de l'OMS</p> <p>Interventions en cas d'épidémies ou de crises</p> |
| <b>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>     | Sans objet  |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Sans objet  |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b>   | Un an : juin 2019-mai 2020  |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b>   |   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions de US \$ :</b>  | US \$35,5 millions  |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>  | US \$17,8 millions  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>                | Sans objet  |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b>   | US \$17,7 millions  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b>   | Sans objet  |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :<br/>US \$17,8 millions</li> <li>– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :<br/>Sans objet</li> <li>– Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :<br/>Sans objet</li> </ul>   |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | –       | –         | –               | –      | 3,8                    | –                    | –     | 3,8   |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | 14,0                   | –                    | –     | 14,0  |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | 17,8                   | –                    | –     | 17,8  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | –       | –         | –               | –      | 3,7                    | –                    | –     | 3,7   |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | 14,0                   | –                    | –     | 14,0  |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | 17,7                   | –                    | –     | 17,7  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |

**Décision WHA72(11) :** Suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

**A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019**

**1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :**

- 2.1.1 Accélération de l'élaboration et de l'application de politiques et de plans multisectoriels nationaux pour la lutte contre les maladies non transmissibles
- 2.1.2 Capacité donnée aux pays d'appliquer des stratégies visant à réduire les facteurs de risque modifiables de maladies non transmissibles (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool), y compris les déterminants sociaux sous-jacents
- 2.1.3 Capacité donnée aux pays d'améliorer la couverture sanitaire pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des affections respiratoires chroniques et la gestion de leurs facteurs de risque, y compris dans les situations de crise et d'urgence

**2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?**

Sans objet

**3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :**

Sans objet

**4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**

Sept ans. Toutes les activités mentionnées dans le projet de décision seront menées, à partir de 2019, au cours des exercices 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023 et 2024-2025, jusqu'à la Quatrième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2025.

**B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat**

**1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions de US \$ :**

US \$602 millions (2019-2025)

|            |   |
|------------|---|
| <b>2.a</b> | <b>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$86 millions   |
| <b>2.b</b> | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet   |
| <b>3.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$172 millions  |
| <b>4.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>US \$344 millions  |
| <b>5.</b>  | <b>Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$10 millions (12 % de US \$86 millions) au moment de la rédaction</li> <li>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$76 millions (88 % de US \$86 millions)</li> <li>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$76 millions – le montant augmente progressivement pendant tout l'exercice, compte tenu des efforts constants de mobilisation de ressources.</li> </ul> |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | 11,5    | 5,5       | 5,5             | 5,5    | 5,5                    | 5,5                  | 18,0  | 57,0  |
|   | Activités | 5,5     | 3,0       | 3,0             | 3,0    | 3,0                    | 3,0                  | 8,5   | 29,0  |
|   | Total     | 17,0    | 8,5       | 8,5             | 8,5    | 8,5                    | 8,5                  | 26,5  | 86,0  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                    | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Activités | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                    | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
|   | Total     | 0,0     | 0,0       | 0,0             | 0,0    | 0,0                    | 0,0                  | 0,0   | 0,0   |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | 23,0    | 11,0      | 11,0            | 11,0   | 11,0                   | 11,0                 | 36,0  | 114,0 |
|   | Activités | 11,0    | 6,0       | 6,0             | 6,0    | 6,0                    | 6,0                  | 17,0  | 58,0  |
|   | Total     | 34,0    | 17,0      | 17,0            | 17,0   | 17,0                   | 17,0                 | 53,0  | 172,0 |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | 46,0    | 22,0      | 22,0            | 22,0   | 22,0                   | 22,0                 | 72,0  | 228,0 |
|   | Activités | 22,0    | 12,0      | 12,0            | 12,0   | 12,0                   | 12,0                 | 34,0  | 116,0 |
|   | Total     | 68,0    | 34,0      | 34,0            | 34,0   | 34,0                   | 34,0                 | 106,0 | 344,0 |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Décision WHA72(12) :</b> | Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages  |
| <b>A.</b>                   | <b>Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>   |
| <b>1.</b>                   | <b>Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b><br>Sans objet   |
| <b>2.</b>                   | <b>En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (ou « Cadre PIP ») n'est pas actuellement inclus dans le budget programme. La présente décision découle de la décision WHA71(11) (2018). Le Cadre PIP devrait être inclus dans le budget programme 2020-2021.   |
| <b>3.</b>                   | <b>Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Le Secrétariat prévoit d'élaborer une approche pour apporter un soutien aux pays afin qu'ils adoptent une législation sur l'échange et l'accès aux avantages et d'autres mesures pour la santé publique.  |
| <b>4.</b>                   | <b>Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b><br>Une année, un rapport de situation étant présenté à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-sixième session.  |
| <b>B.</b>                   | <b>Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b>  |
| <b>1.</b>                   | <b>Dépenses totales pour appliquer la décision, en US \$ :</b> US \$722 950<br>Dépenses de personnel (US \$622 950) + coût des activités (US \$100 000)  |
| <b>2.a</b>                  | <b>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>2.b</b>                  | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en US \$ :</b><br>US \$722 950  |
| <b>3.</b>                   | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>4.</b>                   | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>5.</b>                   | <b>Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en US \$ :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$502 100</li> <li>– <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br/>US \$220 850</li> <li>– <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br/>Chiffre non encore connu</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Décision WHA72(13) :</b> Incidences pour la santé publique de la mise en œuvre du Protocole de Nagoya   |   |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |   |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b>  | E.1.1 Stratégies de lutte, plans et capacités mis en place contre des maladies telles que le choléra, la fièvre hémorragique virale, la méningite et la grippe et les maladies provoquées par des agents pathogènes à support vectoriel, émergents et réémergents<br>E.1.2 Réseaux d'experts mondiaux et mécanismes innovants mis au point pour gérer les risques infectieux majeurs nouveaux ou qui évoluent (par exemple pour la prise en charge clinique, les laboratoires, les sciences sociales et la modélisation de données) |
| <b>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>     | Sans objet  |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Sans objet  |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b>   | 30 mois   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b>   |   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions de US \$ :</b>  | US \$1,02 million   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>  | US \$0,10 million   |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>                | 0   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b>   | US \$0,92 million   |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b>   | 0   |
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                         |   |
| – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :   | 0   |
| – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :   | US \$0,10 million   |
| – Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :           | US \$0,10 million   |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,03  | 0,03  |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,07  | 0,07  |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,10  | 0,10  |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,10  | 0,10  |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,82  | 0,82  |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,92  | 0,92  |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |

|  |  |
|--|--|
| <b>Décision WHA72(19) :</b> 2020 : Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier |  |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>                                    |  |
| <b>1.</b>  | <b>Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b><br>4.2.2 Mise en œuvre dans les pays de stratégies des ressources humaines axées sur la couverture sanitaire universelle |
| <b>2.</b>  | <b>En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet  |
| <b>3.</b>  | <b>Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet  |
| <b>4.</b>  | <b>Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b><br>12 mois   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b> |  |
| <b>1.</b>  | <b>Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions de US \$ :</b><br>US \$2,2 millions  |
| <b>2.a</b>   | <b>Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>US \$0,6 million  |
| <b>2.b</b>   | <b>Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |
| <b>3.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b><br>US \$1,6 million  |
| <b>4.</b>  | <b>Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b><br>Sans objet  |

|   |
|---|
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                                    |
| – <b>Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$0,6 million   |
| – <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet   |
| – <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice                                      | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|---|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|   |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses déjà prévues     | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,5   | 0,5   |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,1   | 0,1   |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,6   | 0,6   |
| <b>2018-2019</b><br>Dépenses supplémentaires  | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
| <b>2020-2021</b><br>Dépenses à prévoir        | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | 0,1     | 0,1       | 0,1             | 0,1    | 0,1                    | 0,1                  | 1,0   | 1,6   |
|   | Total     | 0,1     | 0,1       | 0,1             | 0,1    | 0,1                    | 0,1                  | 1,0   | 1,6   |
| <b>Exercices futurs</b><br>Dépenses à prévoir | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |
|   | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | –     | –     |

|  |
|--|
| <b>Décision WHA72(20) : Journée mondiale de la maladie de Chagas</b>   |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b><br>1.4.1 La mise en œuvre et le suivi de la feuille de route de l'OMS sur les maladies tropicales négligées sont facilités<br>1.4.3 De nouvelles connaissances, de nouvelles solutions et de nouvelles stratégies de mise en œuvre répondant aux besoins sanitaires des pays d'endémie sont développées grâce à un renforcement de la recherche et de la formation |
| <b>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b><br>Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b><br>Sans objet   |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b><br>Un an  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Décision WHA72(21) :</b>  | Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (pour remplacer ou compléter la terminologie introduisant une considération de sexe)   |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |  |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b>  | 6.1.3 Gouvernance renforcée de l'OMS avec une supervision efficace des sessions des organes directeurs et des ordres du jour efficaces et harmonisés<br>6.5.1 Informations sanitaires exactes, disponibles en temps opportun et accessibles grâce à une plateforme permettant une communication efficace et à des pratiques connexes   |
| <b>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>     | Sans objet   |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Sans objet   |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b>   | Option 1 : Pas de délai, car la pratique actuelle ne serait pas modifiée.<br>Option 2 : Jusqu'à 12 mois suivant la clôture de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé/de la cent quarante-cinquième session du Conseil exécutif (délai nécessaire pour produire la prochaine édition des <i>Documents fondamentaux</i> ).<br>Option 3 : Trois mois (délai nécessaire pour établir la version amendée des Règlements intérieurs des organes directeurs à soumettre au Conseil exécutif à sa cent quarante-cinquième session).   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b>   |  |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en US \$ :</b>  | Option 1 : Aucune dépense, car aucun changement ne serait nécessaire.<br>Option 2 : US \$60 000 pour produire la prochaine édition des <i>Documents fondamentaux</i> .<br>Les coûts liés à la mise à jour des Règlements intérieurs des organes directeurs dans les <i>Documents fondamentaux</i> seraient intégrés à ceux de la production prévue de la prochaine édition. Les coûts de la production de la prochaine édition sont présentés aux sections B.2 à B.5.<br>Option 3 : Aucune dépense, car la mise à jour des Règlements intérieurs des organes directeurs pour examen par le Conseil exécutif à sa cent quarante-cinquième session relèverait de la présentation d'un document aux organes directeurs et, donc, des activités de base. |
| <b>Les sections B.2 à B.5 se rapportent uniquement à l'option 2</b>  |  |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en US \$ :</b>  | US \$30 000  |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en US \$ :</b>                            | Sans objet   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en US \$ :</b>   | US \$30 000  |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en US \$ :</b>   | Sans objet   |

|   |
|---|
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en US \$ :</b>  |
| – <b>Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$30 000  |
| – <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet   |
| – <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

|  |   |
|--|---|
| <b>Décision WHA72(22) :</b>  | Réforme de l'OMS : amendements au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé (rapport de la Présidente du Conseil exécutif sur les résultats de la consultation informelle sur la réforme de la gouvernance) |
| <b>A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2018-2019</b>  |   |
| <b>1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 au(x)quel(s) cette décision contribuera :</b>  | 6.1.3 Gouvernance renforcée de l'OMS avec une supervision efficace des sessions des organes directeurs et des ordres du jour efficaces et harmonisés  |
| <b>2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 ?</b>     | Sans objet  |
| <b>3. Toute prestation supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2018-2019 qui n'est pas déjà prévue dans le budget programme approuvé pour 2018-2019 :</b> | Sans objet  |
| <b>4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :</b>   | 11 mois   |
| <b>B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat</b>   |   |
| <b>1. Dépenses totales pour appliquer la décision, en millions de US \$ :</b>  | US \$0,08 million   |
| <b>2.a Dépenses estimatives déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>  | US \$0,08 million   |
| <b>2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas prévues dans le budget programme approuvé pour 2018-2019, en millions de US \$ :</b>                | 0   |
| <b>3. Estimation des dépenses à prévoir dans le budget programme 2020-2021, en millions de US \$ :</b>   | 0   |
| <b>4. Estimation des dépenses à prévoir dans les futurs budgets programmes, en millions de US \$ :</b>   | 0   |

|   |
|---|
| <b>5. Volume des ressources disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions de US \$ :</b>                                    |
| – <b>Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :</b><br>US \$0,08 million  |
| – <b>Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :</b><br>0  |
| – <b>Le cas échéant, estimation des ressources non encore disponibles qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :</b><br>Sans objet |

**Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions de US \$)**

| Exercice              | Coûts     | Région  |           |                 |        |                        |                      | Siège | Total |
|-----------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|                       |           | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est | Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental |       |       |
| <b>2018-2019</b>      | Personnel | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,02  | 0,02  |
| Dépenses déjà prévues | Activités | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,06  | 0,06  |
|                       | Total     | –       | –         | –               | –      | –                      | –                    | 0,08  | 0,08  |