



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 27 MAI-1^{er} JUIN 2024

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES**

**GENÈVE
2024**

ABRÉVIATIONS

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

AIEA	– Agence internationale de l'énergie atomique
ASEAN	– Association des nations de l'Asie du Sud-Est
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
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
OMSA	– Organisation mondiale de la santé animale
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-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 27 mai au 1^{er} juin 2024, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent cinquante-troisième session.¹

¹ Décision EB153(10) (2023).



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
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	xxi

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Résolutions

WHA77.1	Quatorzième programme général de travail, 2025-2028	3
WHA77.2	Participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être	4
WHA77.3	Renforcer le soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres	8
WHA77.4	Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance	14
WHA77.5	Accélération des efforts entrepris pour réduire la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable	18
WHA77.6	Résistance aux antimicrobiens : accélérer les ripostes nationales et mondiales	25
WHA77.7	Renforcement de la gestion des risques biologiques en laboratoire	30
WHA77.8	Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels	34
WHA77.9	Initiative mondiale Santé et Paix	39
WHA77.10	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 de l'Organisation mondiale de la Santé	41

	Pages
<u>WHA77.11</u> Congé parental	42
<u>WHA77.12</u> Renforcer la santé et le bien-être dans le cadre des manifestations sportives.....	42
<u>WHA77.13</u> Économie de la santé pour tous	47
<u>WHA77.14</u> Changements climatiques et santé	52
<u>WHA77.15</u> Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies	57
<u>WHA77.16</u> Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est	59
<u>WHA77.17</u> Renforcer la préparation et la riposte face aux urgences de santé publique par des amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005)	62
 <u>Décisions</u>	
<u>WHA77(1)</u> Composition de la Commission de vérification des pouvoirs.....	127
<u>WHA77(2)</u> Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé	127
<u>WHA77(3)</u> Élection du bureau des commissions principales.....	127
<u>WHA77(4)</u> Constitution du Bureau de l'Assemblée	128
<u>WHA77(5)</u> Adoption de l'ordre du jour	128
<u>WHA77(6)</u> Vérification des pouvoirs.....	128
<u>WHA77(7)</u> Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	129
<u>WHA77(8)</u> Élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035	129
<u>WHA77(9)</u> Plan d'action mondial et cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse	130
<u>WHA77(10)</u> Examen universel de l'état de santé et de préparation.....	130
<u>WHA77(11)</u> Rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023	131
<u>WHA77(12)</u> Rapport du Commissaire aux comptes	131
<u>WHA77(13)</u> Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS	132
<u>WHA77(14)</u> Le point sur le Fonds pour les infrastructures.....	132

	Pages
<u>WHA77(15)</u> Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet	132
<u>WHA77(16)</u> Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne	133
<u>WHA77(17)</u> Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie	133
<u>WHA77(18)</u> Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé	135
<u>WHA77(19)</u> Projet d'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques	139
<u>WHA77(20)</u> Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies	139

ANNEXES

<u>1.</u> Priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035.....	143
<u>2.</u> Amendements au Statut du personnel.....	151
<u>3.</u> Plan d'action mondial et cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse, 2024-2030 : mesures, indicateurs et cibles au niveau national et infranational et dans les établissements.....	152
<u>4.</u> Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé	177

ORDRE DU JOUR¹

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, élection 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 cinquante-troisième et cent cinquante-quatrième sessions, et sur sa septième session extraordinaire
3. Allocution du D^r 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

¹ Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

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

11.1 Couverture sanitaire universelle

11.2 Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

- Renforcer les synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

11.3 Projet de plan d'action mondial pour la lutte anti-infectieuse

11.4 Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

11.5 Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

11.6 Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030

11.7 Accélération des efforts entrepris pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable en matière de santé maternelle et de mortalité de l'enfant

11.8 Résistance aux antimicrobiens : accélérer les ripostes nationales et mondiales

12. Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030

Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

13. Urgences de santé publique : préparation et action

13.1 Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

13.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)

13.3 Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005)

13.4 Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies

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

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

14.1 Action de l’OMS dans les situations d’urgence sanitaire

14.2 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022)

14.3 Initiative mondiale Santé et Paix

14.4 Poliomyélite

- Éradication de la poliomyélite
- Planification de la transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification

14.5 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

Pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d’un meilleur état de santé et d’un plus grand bien-être

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

15.1 Déterminants sociaux de la santé

15.2 La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

15.3 Promotion du bien-être et de la santé

15.4 Changements climatiques, pollution et santé

- Incidence des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine
- Changements climatiques et santé

15.5 Économie et santé pour tous

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

16. Financement et exécution du budget programme 2024-2025

17. Projet de quatorzième programme général de travail, 2025-2028

18. Financement durable : cycle d’investissement de l’OMS

COMMISSION B

19. Ouverture des travaux de la Commission¹
 20. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
- Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays
21. Questions budgétaires et financières
 - 21.1 Rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023
 - 21.2 [Supprimé]
 - 21.3 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
 - 21.4 [Supprimé]
 - 21.5 [Supprimé]
 - 21.6 [Supprimé]
 22. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance
 - 22.1 Rapport du Commissaire aux comptes
 - 22.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes
 - 22.3 Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
 23. Questions relatives au personnel
 - 23.1 Ressources humaines : rapport annuel
 - 23.2 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel
 - 23.3 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale
 - 23.4 Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

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

24. Questions administratives, juridiques et relatives à la gouvernance
 - 24.1 Prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels
 - 24.2 Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre de directeurs généraux de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet
 - 24.3 Plan de mise en œuvre de la réforme établi par le Secrétariat
25. Le point sur le Fonds pour les infrastructures
 - Stratégie de rénovation des bâtiments de l'OMS à Genève et chantiers régionaux
26. Accords avec des organisations intergouvernementales
27. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
28. Mises à jour et rapports futurs : renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne
29. Questions soumises pour information : rapports de situation

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

- A. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (résolution WHA75.20 (2022))
- B. Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle (résolution WHA72.4 (2019))
- C. Santé reproductive : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12 (2004))
- D. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))
- E. Soins oculaires intégrés centrés sur la personne, cécité et déficience visuelle évitables comprises (résolution WHA73.4 (2020))
- F. Transplantation d'organes et de tissus humains (décision WHA75(18) (2022))
- G. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (décision WHA75(17) (2022))
- H. Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique (décision WHA75(20) (2022))

Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

- I. Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages (résolution WHA64.5 (2011))

- J. Renforcement de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines (résolution WHA75.7 (2022))

Pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

- K. Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments (décision WHA75(22) (2022))
- L. Réduction des risques pour la santé publique associés à la vente de mammifères sauvages vivants sur les marchés alimentaires traditionnels dans le cadre de la lutte anti-infectieuse (décision WHA75(23) (2022))
- M. Déclaration finale du Sommet des PEID sur la santé : pour un avenir sain et résilient dans les petits États insulaires en développement (résolution WHA75.18 (2022))
- N. Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (résolution WHA75.14 (2022))

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

- O. 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))

LISTE DES DOCUMENTS

A77/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
A77/1 Add.1	Proposition de point supplémentaire de l'ordre du jour
A77/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent cinquante-troisième et cent cinquante-quatrième sessions, et sur sa septième session extraordinaire
A77/3	Allocution du D ^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
A77/4	Rapport de synthèse du Directeur général ²
A77/5	Résistance aux antimicrobiens : accélérer les ripostes nationales et mondiales Priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035 ³
A77/6	Lutte contre le paludisme : Stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030
A77/7	Urgences de santé publique : préparation et action Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
A77/8, Add.1, Add.2, Add.3 et Add.4	Application du Règlement sanitaire international (2005)
A77/9	Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005)
A77/10	Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies
A77/11	Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire Urgences de santé publique : préparation et riposte
A77/12	Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est

¹ Voir la page ix.

² Voir les annexes 2 et 3.

³ Voir l'annexe 1.

A77/13	Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022)
A77/14	Financement et exécution du budget programme 2024-2025
A77/15	Financement et exécution du budget programme 2024-2025 Compte rendu des gains d'efficacité opérationnelle
A77/16	Projet de quatorzième programme général de travail, 2025-2028
A77/17	Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS
A77/18	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé Résumé de l'appui et de l'assistance technique liée à la santé fournis à la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, au cours de la période allant du 1 ^{er} janvier au 7 octobre 2023
A77/19	Rapport sur les résultats 2023 ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023 Rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution)
A77/20	États financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023
A77/21	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
A77/22	Rapport du Commissaire aux comptes
A77/23	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A77/24	Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
A77/25	Ressources humaines : rapport annuel
A77/26	Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS
A77/27 Rev.1	Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre de directeurs généraux de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet
A77/27 Rev.1 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A77/28	Plan de mise en œuvre de la réforme établi par le Secrétariat

¹ Voir l'annexe 4.

LISTE DES DOCUMENTS

A77/29	Le point sur le Fonds pour les infrastructures Stratégie de rénovation des bâtiments de l'OMS à Genève et chantiers régionaux
A77/29 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A77/30	Accords avec des organisations intergouvernementales Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques
A77/30 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A77/31	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A77/32	Mises à jour et rapports futurs : renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne
A77/32 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A77/33 et Add.1	Questions soumises pour information : rapports de situation
A77/34	Projet de quatorzième programme général de travail, 2025-2028 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A77/35	Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A77/36	Rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A77/37	Financement et exécution du budget programme 2024-2025 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé

¹ Voir l'annexe 4.

- A77/38 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
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/39 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-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/40 Plan de mise en œuvre de la réforme établi par le Secrétariat
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/41 Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre de directeurs généraux de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/42 Prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/43 Ressources humaines : rapport annuel
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/44 Le point sur le Fonds pour les infrastructures
Stratégie de rénovation des bâtiments de l'OMS à Genève et chantiers régionaux
Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
- A77/45 Premier rapport de la Commission A (Projet)
- A77/46 Commission de vérification des pouvoirs
- A77/47 Premier rapport de la Commission B (Projet)

LISTE DES DOCUMENTS

A77/48	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A77/49	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A77/50	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A77/51	Troisième rapport de la Commission A (Projet)
A77/52	Troisième rapport de la Commission B (Projet)
A77/53	Quatrième rapport de la Commission B (Projet)

Documents d'information

A77/INF./1	Distinctions
A77/INF./2	Contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2023
A77/INF./3	Suivi de la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles Renforcer les synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Documents divers

A77/DIV./1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A77/DIV./2	Guide à l'usage des délégués à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé
A77/DIV./3	Liste des décisions et résolutions
A77/DIV./4	Liste des documents

PRÉSIDENCE ET SECRÉTARIAT DE L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS¹

Président

D^r Edwin DIKOLOTI (Botswana)

Vice-Présidents

D^r Frank C. S. ANTHONU (Guyana)
D^{re} JEE Youngmee (République de Corée)
D^r P. G. MAHIPALA (Sri Lanka)
D^{re} Ala NEMERENCO (République de Moldova)
D^r Ali Haji Adam ABUBAKAR (Somalie)

Secrétaire

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des 12 États Membres suivants : Albanie, Bhoutan, Guinée-Bissau, Haïti, Iran (République islamique d'), Kirghizistan, Madagascar, Mongolie, Ouganda, Slovaquie, Uruguay et Vanuatu.

Présidente :

M^{me} Elena JABLONICKA (Slovaquie)

Vice-Président :

M. Orgil BURENTUVSHIN (Mongolie)

Secrétaire :

M. Xavier DANEY, juriste principal

Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 États Membres suivants en tant que membres du Bureau de l'Assemblée : Bahamas, Belgique, Bolivie (État plurinational de), Burundi, Chine, Cuba, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, France, Guinée, Guinée équatoriale, Monaco, Mozambique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Soudan du Sud et Tadjikistan.

Président :

D^r Edwin DIKOLOTI (Botswana)

Secrétaire :

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président :

M. Apurva CHANDRA (Inde)

Vice-Présidents :

M^{me} Katarzyna DRAŻEK-LASKOWSKA
(Pologne)
M. Alexandre Peña GHISLENI (Brésil)

Rapporteur :

M. Lombo Emma TIAHO (Burkina Faso)

Secrétaire :

M. Ian ROBERTS, Coordonnateur,
Bibliothèque et réseaux d'information à
l'appui des connaissances

Commission B

Président :

D^r Feras HAWARI (Jordanie)

Vice-Présidents :

D^r Masami SAKOI (Japon)
M. James NGANGO (Rwanda)

Rapporteuse :

M^{me} Marcela Arias MONCADA (Honduras)

Secrétaire :

M^{me} Ivana MILOVANOVIC,
Responsable principale des politiques,
Bureau de l'Envoyé du Directeur général
pour les affaires multilatérales

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL EXÉCUTIF

D^{re} Hanan Mohamed AL KUWARI (Qatar)
D^{re} Élia A. A. dos Reis AMARAL (Timor-Leste)

¹ En outre, la liste des délégués et autres participants figure dans le document A77/DIV./1 Rev.1.

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

RÉSOLUTIONS

WHA77.1 Quatorzième programme général de travail, 2025-2028

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

Ayant examiné le projet de quatorzième programme général de travail, 2025-2028 ;¹

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Notant que l'approbation du quatorzième programme général de travail, 2025-2028 n'implique pas l'approbation de l'estimation financière qui y figure,

1. **APPROUVE** le quatorzième programme général de travail, 2025-2028 ;
2. **PRIE INSTAMMENT** les États Membres d'appuyer l'action menée en vue de parvenir aux objectifs stratégiques et aux résultats communs du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, et de faciliter la mise en œuvre de ce dernier en participant activement au cycle d'investissement de l'OMS à la fin de 2024 ;
3. **PRIE** le Directeur général :
 - 1) de se servir du quatorzième programme général de travail, 2025-2028 comme d'un socle pour orienter stratégiquement la planification, la hiérarchisation, le suivi et l'évaluation de l'action de l'OMS durant la période 2025-2028, et d'élaborer les budgets programmes en concertation avec les États Membres, en se fondant sur une évaluation réaliste des recettes et des capacités de l'OMS ;
 - 2) de fournir des orientations et un appui aux bureaux régionaux et de pays pour la mise en œuvre du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, en tenant compte des différents contextes ;
 - 3) de mobiliser les partenaires et de faciliter et favoriser leur action en vue de parvenir aux résultats communs du quatorzième programme général de travail, 2025-2028 ;
 - 4) de prendre en compte les évolutions à l'œuvre en santé mondiale dans l'exécution du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, en tenant les États Membres informés des progrès à cet égard ;
 - 5) de faire rapport à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixante-quatrième session, sur les progrès accomplis durant la période couverte par le quatorzième programme général de travail, 2025-2028.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, premier rapport)

¹ Document A77/16, annexe.

² Document A77/34.

WHA77.2 Participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Réaffirmant le principe inscrit dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé selon lequel 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 ; la cible 16.7 des objectifs de développement durable qui vise à faire en sorte que le dynamisme, l'ouverture, la participation et la représentation à tous les niveaux caractérisent la prise de décisions ; et l'importance qu'il y a à mettre en place un environnement sûr et propice à une participation sociale à l'appui de la couverture sanitaire universelle dans le respect des principes d'égalité, d'équité et de non-discrimination ;³

Rappelant la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle de 2023,⁴ qui appelle à promouvoir des approches participatives et inclusives de la gouvernance en matière de santé en vue de mettre en place une couverture sanitaire universelle, notamment en explorant les modalités permettant de renforcer une approche mobilisant l'ensemble de la société et d'améliorer la participation sociale, en associant toutes les parties concernées, y compris les communautés locales, les personnels de santé et le personnel d'aide à la personne du secteur de la santé, les bénévoles, les organisations de la société civile et les jeunes dans la conception, la mise en place et l'examen de la couverture sanitaire universelle, afin d'éclairer systématiquement les décisions qui ont une incidence sur la santé publique, de sorte que les politiques, les programmes et les plans répondent mieux aux besoins de santé des individus et des communautés, tout en renforçant la confiance dans les systèmes de santé ;

Réaffirmant l'importance de l'autonomisation des personnes et des communautés dans le cadre de l'approche des soins de santé primaires, ce qui comprend 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, conformément à la Déclaration d'Astana, dont s'est félicitée l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA72.2 (2019) et qui s'appuie sur la Déclaration d'Alma-Ata (1978) ;

Vivement préoccupée par le creusement des inégalités à l'intérieur des pays et entre eux, en raison de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), des changements climatiques et des conflits, ainsi que par l'insuffisance des progrès accomplis pour agir sur tous les déterminants de l'équité en santé et du bien-être,⁵ ainsi que sur les facteurs structurels qui les influencent,⁶ et rappelant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), qui fait de la promotion de la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques l'un des cinq domaines d'action principaux pour aborder la question des inégalités en matière de santé et qui prend l'engagement de promouvoir une prise de décisions, une mise en œuvre et une responsabilisation pour la santé et la gouvernance sanitaire participatives

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Voir la résolution 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Annexe de la résolution 78/4 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁵ Y compris, mais sans s'y limiter, les déterminants sociaux, commerciaux, économiques et culturels.

⁶ Les facteurs structurels sont liés à la gouvernance, aux cadres directeurs et aux normes culturelles dont résultent les déterminants sociaux de la santé.

et transparentes à tous les niveaux, y compris en renforçant la participation publique, de donner un rôle prépondérant aux communautés et de renforcer la contribution de la société civile à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en adoptant des mesures permettant leur participation effective ;

Rappelant la nécessité de promouvoir la participation de toutes les femmes¹ ainsi que de toutes les personnes vulnérables et/ou marginalisées,² y compris, entre autres, des personnes handicapées³ et des peuples autochtones⁴ aux processus de prise de décisions concernant la santé, de sorte que les politiques et les plans liés à la santé répondent à leurs besoins tout au long de la vie, en tant que stratégie visant à tenir la promesse des objectifs de développement durable d'aider en premier lieu les plus défavorisés et de promouvoir l'égalité des genres ;⁵

Notant l'importance d'une participation communautaire soutenue à long terme pour garantir la confiance et des interventions efficaces en matière de santé publique,⁶ se déclarant préoccupée par l'érosion de la confiance, en particulier pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que par les effets néfastes de la désinformation, de la désinformation, des discours de haine et de la stigmatisation liés à la santé, propagés au travers de multiples plateformes, sur la santé physique et mentale des personnes, et rappelant la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ;⁷

Reconnaissant les efforts déployés par l'OMS pour renforcer sa propre collaboration avec la société civile au niveau du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays, notamment au travers d'initiatives telles que la Commission de la société civile de l'OMS, le Conseil des jeunes de l'OMS, les dialogues entre le Directeur général de l'OMS et les organisations de la société civile et l'Équipe spéciale sur la collaboration entre l'OMS et la société civile, qui viennent en complément de la participation sociale à la prise de décisions en matière de santé dans les pays ;

Notant que selon la définition qu'en donne l'OMS, la participation sociale consiste à garantir l'autonomisation des personnes, des communautés et de la société civile au travers d'une participation inclusive aux processus de prise de décision qui ont une incidence sur la santé tout au long du cycle d'élaboration des politiques et à tous les niveaux du système ;^{8,9}

Notant également les efforts déployés par l'OMS pour élaborer des orientations techniques pratiques sur la participation sociale ;¹⁰

¹ Voir la résolution 58/142 (2003) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

² Cette formulation suit le texte de la résolution 76/136 (2021) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Promouvoir l'intégration sociale par l'inclusion sociale » – « personnes vulnérables ou marginalisées ».

³ Voir la résolution WHA74.8 (2021).

⁴ Voir la résolution WHA76.16 (2023).

⁵ Voir la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁶ Voir la résolution WHA73.8 (2020).

⁷ Annexe de la résolution 78/3 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁸ *Social participation for universal health coverage: technical paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375276>, consulté le 1^{er} janvier 2024).

⁹ Le cycle d'élaboration des politiques comprend l'analyse de la situation, la définition des priorités, la planification, la budgétisation, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et l'examen des progrès accomplis au niveau local, infranational et national. *Stratégies nationales en santé au XXI^e siècle : guide pratique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549745>, consulté le 10 novembre 2023).

¹⁰ *Favoriser la prise de parole, de pouvoir et l'action des populations : manuel sur la participation sociale à la couverture sanitaire universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/364290>, consulté le 29 août 2024).

Notant par ailleurs la diversité des mécanismes de participation sociale¹ destinés à faciliter le dialogue bilatéral entre les pouvoirs publics et les personnes, les communautés et la société civile, qui peuvent être mis en œuvre en ligne ou en présentiel, et notant qu'il est important d'associer plusieurs mécanismes utiles pour parvenir à une participation large et significative susceptible d'améliorer la santé et le bien-être ;

Reconnaissant que l'autonomisation des personnes, des communautés et de la société civile à l'appui d'une participation équitable, diversifiée et inclusive suppose de renforcer leurs capacités à collaborer de manière significative, de financer leur participation, d'accorder de la valeur à ce qu'elles vivent ou ont vécu, et de remédier aux déséquilibres de pouvoir dans la conception d'espaces participatifs ;

Notant la nécessité de prévenir, de gérer et d'atténuer les conflits d'intérêts afin de préserver l'intégrité de la participation sociale grâce à une représentation légitime et de veiller à ce que les intérêts privés et personnels ne l'emportent pas sur les objectifs de santé publique ;

Notant également que les politiques publiques et la législation peuvent contribuer à la mise en œuvre, au financement et au maintien de la participation sociale à l'appui de la santé et du bien-être, promouvoir la transparence et faciliter une représentation inclusive, équitable et diversifiée de la population ;

Notant par ailleurs l'importance du suivi et de l'évaluation de la participation sociale au sein des pays, y compris la qualité de la collaboration, les intérêts qui sont représentés et la question de savoir si, comment et dans quelle mesure les recommandations influencent les décisions de haut niveau qui ont une incidence sur la santé et le bien-être ;

Soulignant qu'il importe de mettre en œuvre, de renforcer et de maintenir une participation sociale régulière et significative aux décisions relatives à la santé dans l'ensemble du système afin de favoriser le respect mutuel et la confiance, qui peuvent être mis à profit lors d'urgences sanitaires et d'autres crises qui ont des répercussions sur la santé dans le cadre d'une démarche faisant intervenir l'ensemble de la société pour renforcer la confiance, la préparation, la riposte et la résilience ;²

Reconnaissant que la participation sociale et des services de santé communautaires solides peuvent contribuer de façon importante à l'amélioration de la prestation des services de santé, à la promotion de la santé, aux connaissances en matière de santé, à la résilience face aux urgences sanitaires, à une communication sur les risques et une mobilisation communautaire qui soient efficaces, à la lutte contre la réticence à la vaccination, à la prise en considération des déterminants sociaux de la santé, à la promotion du vieillissement en bonne santé, à l'accélération des progrès dans la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé et à la mise en avant de l'égalité des genres et de l'équité et de la justice en matière de santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres³ à mettre en œuvre, à renforcer et à maintenir une participation sociale régulière et significative aux décisions relatives à la santé dans l'ensemble du système, selon qu'il convient, en tenant compte du contexte et des priorités nationales, par :

¹ Un espace participatif, qu'il soit physique ou en ligne, est un lieu où des personnes se retrouvent pour y interagir les unes avec les autres. Le terme « mécanisme de participation sociale » englobe diverses modalités, techniques, instruments et méthodes utilisés par les organisateurs afin de faciliter la communication et le débat dans un espace participatif. *Favoriser la prise de parole, de pouvoir et l'action des populations : manuel sur la participation sociale à la couverture sanitaire universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/364290>, consulté le 29 août 2024).

² Voir, entre autres, les résolutions WHA73.1 (2020) et WHA73.8, la résolution 48/2 (2021) du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, ainsi que la résolution 78/3 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 1) le renforcement des capacités du secteur public à l'appui de la conception et de la mise en œuvre d'une participation sociale significative ;
 - 2) la mise en place des conditions permettant une participation équitable, diversifiée et inclusive, en veillant tout particulièrement à faire entendre la voix de toutes les personnes vulnérables et/ou marginalisées ;
 - 3) des efforts pour faire en sorte que la participation sociale influence la prise de décisions transparente en matière de santé tout au long du cycle d'élaboration des politiques, à tous les niveaux du système ;
 - 4) la mise en œuvre et le maintien d'une participation sociale régulière et transparente au moyen d'une série de mécanismes soutenus par les politiques publiques et la législation ;
 - 5) l'allocation de ressources adéquates et durables au secteur public à l'appui d'une participation sociale effective ;
 - 6) la facilitation du renforcement des capacités de la société civile afin de permettre une participation sociale diversifiée, équitable, transparente et inclusive ;
 - 7) le soutien à la recherche connexe et la mise à l'essai de projets et/ou de programmes ainsi que leur suivi et leur évaluation afin de promouvoir la mise en œuvre de la participation sociale ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de plaider en faveur de la mise en œuvre régulière et soutenue d'une participation sociale significative tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs et organisations multilatérales qui ont une incidence sur l'équité et le bien-être en matière de santé, de manière à progresser plus rapidement et de manière équitable vers la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et les objectifs de développement durable liés à la santé ;
 - 2) d'élaborer des orientations techniques et des outils opérationnels pour renforcer et soutenir la participation sociale, y compris le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre dans les pays, et de fournir des formations et un appui technique à la demande des États Membres ;
 - 3) de recueillir, de publier et de diffuser les expériences acquises par les États Membres en matière de mise en œuvre d'une participation sociale significative au moyen de différents types de mécanismes, à différents stades du cycle d'élaboration des politiques et aux différents niveaux du système ;
 - 4) de faciliter la mise en commun et l'échange réguliers des expériences acquises par les États Membres en matière de participation sociale ;
 - 5) d'harmoniser l'appui technique en matière de participation sociale parmi les divisions de l'OMS et aux trois niveaux de l'Organisation ;
 - 6) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2026, 2028 et 2030 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

WHA77.3 Renforcer le soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Réaffirmant que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;

Rappelant la résolution 77/300 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mentale et le soutien psychosocial, la résolution 52/12 (2023) du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur la santé mentale et les droits de l'homme, ainsi que la résolution 2668 (2022) du Conseil de sécurité des Nations Unies, dans laquelle est soulignée l'importance des services de santé mentale pour le personnel de maintien de la paix des Nations Unies ;

Rappelant la résolution 46/182 (1991) de l'Assemblée générale des Nations Unies et les résolutions ultérieures, notamment la résolution 78/119 (2023), sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations Unies ;

Rappelant les résolutions 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, WHA65.20 (2012) intitulée « Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires » et WHA73.1 (2020) sur la riposte à la COVID-19, ainsi que la décision WHA74(14) (2021) intitulée « Préparation et action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19 » ;

Prenant acte de l'adoption, à la XXXIII^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de la résolution 33IC/19/R2 (2019) intitulée « Répondre aux besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial des personnes touchées par les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence » ;

Notant également le rôle du Comité permanent interorganisations consistant à élaborer des orientations sur les questions humanitaires³ ainsi que les lignes directrices et outils intersectoriels pertinents qu'il a publiés, notamment l'ensemble de services minimaux en matière de santé mentale et de soutien psychosocial ;

Prenant note en outre de l'appel à l'action conjoint interinstitutions sur la santé mentale et le soutien psychosocial⁴ lancé en 2020 et du rôle joué par le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, lequel soutient la coordination intersectorielle au niveau national, les guides normatifs et les capacités de renforcement ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Voir la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁴ Joint Interagency Call for Action on MHPSS 2020. Genève, Comité permanent interorganisations, 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-12/Joint%20Interagency%20Call%20for%20Action%20on%20MHPSS%202020.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2023).

Consciente du rôle du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, adopté par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA65.4 (2012) et actualisé dans la décision WHA74(14), réaffirmant ses buts et objectifs, et notant que les besoins psychosociaux et en santé mentale des personnes touchées par les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine, les urgences sanitaires et autres nécessitent des mesures allant au-delà de celles qui figurent dans le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 ;

Profondément préoccupée par le fait que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et des besoins psychosociaux, qui sont particulièrement vulnérables aux effets des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'origine humaine, des urgences sanitaires et autres, continuent de faire l'objet dans une large mesure de discrimination, de stigmatisation, de stéréotypes, de préjugés, de violence, d'abus, d'exclusion sociale et de ségrégation, de négligence, de privation illégale et arbitraire de liberté, de placement en institution, de surmédicalisation et de pratiques thérapeutiques contraires à leurs droits humains ;

Soulignant qu'il importe de mettre en œuvre des services intégrés de santé mentale de qualité, qui soient disponibles, accessibles et abordables pour toutes et tous, y compris dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité, et qu'il faut introduire, par la formation et la normalisation des services, des approches fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial, fournir des services de santé mentale et de soutien psychosocial, et prévenir les problèmes de santé mentale et les comportements néfastes, les addictions ou le suicide ;

Prenant note du Rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde intitulé « Transforming Mental Health for All » qui, s'appuyant sur les dernières données probantes disponibles, montre clairement pourquoi et où des changements sont indispensables et contient des recommandations sur la manière d'opérer au mieux ces changements, pour que la santé mentale et le bien-être psychosocial se voient accorder plus de valeur et suscitent un plus large engagement, pour repenser les environnements influant sur la santé mentale et le bien-être psychosocial, et pour renforcer les systèmes de santé mentale, y compris dans les situations d'urgence et de crise humanitaire ;

Se déclarant profondément préoccupée par les besoins accrus, mais non satisfaits en matière de santé mentale et de soutien psychosocial des personnes touchées par des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'origine humaine, des urgences sanitaires et autres, notant que les affections préexistantes peuvent refaire surface ou être exacerbées, et soulignant qu'il est urgent de redoubler d'efforts pour se préparer à faire face à ces besoins et y répondre par la prévention, l'atténuation, la promotion, la protection et l'assistance ;

Consciente que la santé mentale et le bien-être psychosocial sont essentiels à la survie, au rétablissement et au fonctionnement quotidien des personnes touchées par des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'origine humaine, des urgences sanitaires et autres, à l'exercice de leurs droits humains et libertés fondamentales, et à leur accès à la protection et à l'assistance ;

Notant les six principes fondamentaux du Comité permanent interorganisations concernant l'exploitation et les abus sexuels ;¹

Constatant les incidences négatives à long terme, sur les plans humain, social, économique et du développement, des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'origine humaine, des urgences sanitaires et autres pour la santé mentale et le bien-être psychosocial, en particulier lorsque les ressources humaines et financières limitées, la fragilité des infrastructures et les vulnérabilités socioéconomiques exacerbent les difficultés rencontrées par les individus pour accéder aux services et au soutien ;

¹ Voir le rapport du Groupe de travail du Comité permanent interorganisations chargé de la prévention de l'exploitation et de la violence sexuelles dans les situations de crise humanitaire du 13 juin 2022, Plan d'action, section I.A (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2018-10/iasc%20poa%20and%20report%20french.pdf>, consulté le 22 octobre 2024).

Considérant aussi, en particulier, le risque accru auquel sont confrontés les enfants, les femmes, les aidants, les personnes handicapées et les survivants de toutes les formes de violence, y compris la violence fondée sur le genre, ainsi que les autres personnes en situation de vulnérabilité ou de marginalisation tout au long de leur vie ;

Constatant également l'impact grave et multidimensionnel des conflits armés, des catastrophes naturelles et d'origine humaine et des urgences sanitaires et autres sur la santé mentale des enfants et des jeunes, qui sont exposés de manière disproportionnée au risque de subir des événements potentiellement traumatisants et à d'autres facteurs de stress, notamment l'exposition à la violence et à la perte, la perturbation de leur développement cognitif et émotionnel, ainsi que l'augmentation de l'exclusion sociale, et soulignant qu'il est urgent de s'intéresser aux moyens de soulager leurs souffrances et d'améliorer leur santé mentale et leur bien-être psychosocial, et de mener une action concertée à cet égard ;

Reconnaissant en outre l'impact profond et durable des conflits armés sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des anciens combattants, des enfants associés à des forces et groupes armés, et des prisonniers de guerre, ainsi que les difficultés particulières auxquelles ils sont confrontés pour se réinsérer dans la société et surmonter la stigmatisation liée à leurs expériences, soulignant à cet égard l'importance de répondre à leurs besoins psychosociaux et en santé mentale spécifiques, et admettant combien il est important de mettre en place des services complets à l'appui de leur rétablissement psychologique ;

Consciente par ailleurs de la nécessité de répondre aux besoins psychosociaux et en santé mentale des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des migrants, en fonction des capacités et des politiques de chaque pays, et de l'importance de prendre des mesures actives pour lutter contre les inégalités de genre et aborder les différents besoins et différentes perspectives au moyen de politiques et d'approches qui favorisent une participation constructive à la société et l'égalité des genres ;

Soulignant qu'il est impératif de renforcer les systèmes de santé dans les pays, notamment en veillant à la mise à disposition de services de santé mentale et de soutien psychosocial acceptables, de qualité, durables, accessibles et abordables, qui non seulement répondent aux besoins immédiats, mais aussi favorisent la résilience à long terme, dans la mesure où cela contribue au rétablissement global des personnes et des communautés touchées, ce qui est essentiel pour parvenir à une couverture sanitaire universelle qui accorde une valeur et un degré de priorité identiques à la santé mentale et à la santé physique et permette l'accès à des services de qualité et abordables ;

Reconnaissant que les personnels et les bénévoles qui interviennent dans les domaines de l'action humanitaire et de la santé et de l'aide à la personne travaillent dans des conditions très stressantes et sont souvent exposés à des risques et à des événements et facteurs de stress potentiellement traumatisants, ce qui a une incidence sur leur santé mentale et leur bien-être psychosocial, et que leur sûreté, leur sécurité, leur santé et leur bien-être sont essentiels à la prestation de services de qualité, tout comme le leadership est important en matière de santé mentale, y compris pour doter les services psychosociaux et de santé mentale des capacités et compétences nécessaires et pour favoriser la résilience ;

Reconnaissant en outre que les technologies numériques sûres, y compris la télémédecine et les approches de qualité encourageant les personnes à se prendre en charge, peuvent contribuer de manière substantielle aux efforts déployés à l'échelle nationale pour parvenir à une couverture sanitaire universelle qui accorde une valeur et un degré de priorité identiques à la santé mentale et à la santé physique, et peuvent également améliorer l'accès aux services de santé mentale, en tenant compte de la protection des données et de l'éthique au moment de leur conception et de leur mise en œuvre ;

Notant les initiatives et travaux pertinents menés par le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés et d'autres organismes et secteurs compétents du système des Nations Unies, ainsi que par le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des organisations régionales, des États, des organisations humanitaires et d'autres acteurs concernés en vue de répondre aux besoins

psychosociaux et en santé mentale, et soulignant qu'il importe de coordonner les interventions, y compris la mise en commun d'informations, avec d'autres acteurs locaux et internationaux, en tenant compte des besoins locaux et en s'appuyant sur les ressources disponibles ;

Reconnaissant que les situations d'urgence, malgré leur nature tragique et leurs effets néfastes sur la santé mentale, constituent des occasions inégalées de mettre en place de meilleurs systèmes de santé mentale pour toutes les personnes ayant besoin d'y recourir,

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

- 1) à continuer de mettre en œuvre le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, en intégrant ses buts et objectifs de renforcement du soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres dans leurs stratégies, plans d'investissement et programmes en matière de santé et de soins au niveau national et infranational ;
- 2) à faire du soutien psychosocial et en santé mentale un élément à part entière des activités de préparation, de riposte et de relèvement, quelles que soient les situations d'urgence et dans tous les secteurs, y compris la santé, la protection, l'éducation, le logement, l'alimentation, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et les moyens de subsistance, en s'appuyant sur des évaluations des besoins¹ et en tenant compte, selon qu'il convient, des dispositions de l'ensemble des services minimaux en matière de soutien psychosocial et en santé mentale recommandé par le Comité permanent interorganisations ;
- 3) à investir à long terme, eu égard au contexte national, dans les services locaux et communautaires afin de prévenir les problèmes mentaux et psychosociaux, de s'y préparer et de répondre aux besoins dans ce domaine, notamment en renforçant la résilience locale et communautaire et les capacités du personnel local, y compris sa capacité à repérer les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et ayant des besoins psychosociaux et à les orienter vers le niveau approprié des services de soutien psychosocial et en santé mentale par la voie de systèmes d'orientation établis ;
- 4) à améliorer la coordination pour répondre à ces besoins et à faire en sorte que les interventions en matière de soutien psychosocial et en santé mentale comprennent une gamme de services et d'aides complémentaires, comme des dispositifs d'entraide au niveau communautaire, des technologies numériques sûres, des soins de santé mentale intégrés aux services de santé généraux, l'offre d'un soutien psychosocial et en santé mentale dans les écoles et les services sociaux, ainsi que des services de santé mentale spécialisés ;
- 5) à encourager et à faciliter la création, au niveau national, de groupes de travail techniques intersectoriels sur le soutien psychosocial et en santé mentale dans les situations d'urgence pour favoriser la coordination et la collaboration entre les secteurs, élaborer des stratégies globales d'action pour le soutien psychosocial et en santé mentale, y compris dans les plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de catastrophe, surveiller la qualité de la riposte intégrée, et recueillir des données d'expérience et les intégrer ;

¹ Dans le cadre de l'évaluation des besoins, il s'agit d'évaluer les impacts, les ressources, les risques et les vulnérabilités. Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA). Genève, Comité permanent interorganisations, 2015 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-needs-assessment-task-force/iasc-multi-clustersector-initial-rapid-assessment-mira-manual-2015>, consulté le 29 août 2024).

- 6) à œuvrer pour que le soutien psychosocial et en santé mentale fasse partie intégrante des systèmes nationaux d'intervention d'urgence, y compris de la législation sur les catastrophes, des plans de gestion des risques ou de préparation ainsi que des mécanismes de coordination de la riposte en cas d'urgence, et à œuvrer pour que le soutien psychosocial et en santé mentale soit inclus dans les systèmes de riposte internationaux en tenant compte, selon qu'il convient et eu égard au contexte national, du document du Comité permanent interorganisations intitulé « Note technique sur le lien entre la réduction des risques de catastrophe (RRC) et la santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) » ;¹
- 7) à prendre des mesures pour lutter contre toutes les formes de discrimination, de stigmatisation et d'exclusion qu'engendrent les besoins psychosociaux et en santé mentale dans les situations d'urgence, y compris chez les femmes et les filles, selon des approches participatives qui respectent la dignité des personnes et le principe de consentement éclairé et renforcent l'égalité d'accès des personnes touchées, en particulier les personnes qui ont une expérience directe de ces problèmes ;
- 8) à prendre des mesures pour protéger et promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnels qui interviennent dans les domaines de l'action humanitaire et de la santé et de l'aide à la personne, y compris les bénévoles, en élaborant et en mettant en œuvre des politiques institutionnelles (concernant, par exemple, la sécurité, l'encadrement, le repos, la discrimination et le harcèlement, y compris l'inconduite sexuelle) qui protègent leur santé mentale, tout en dotant ces travailleurs et bénévoles ainsi que le personnel qui les dirige des outils et compétences nécessaires, avec l'encadrement voulu, pour faire face aux situations stressantes et en répondant à leurs besoins spécifiques en matière de santé mentale et de soutien psychosocial ;
- 9) à s'efforcer de mobiliser et d'allouer des ressources durables et prévisibles au soutien psychosocial et en santé mentale par des voies nationales, bilatérales ou multilatérales, notamment la coopération internationale et l'aide au développement, ainsi que les partenariats avec le secteur privé ;
- 10) à appuyer la continuité de l'éducation et l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les écoles et les établissements d'enseignement, en tenant compte, selon qu'il convient, des dispositions de l'ensemble de services minimaux en la matière élaboré par le Comité permanent interorganisations, pour contribuer à un apprentissage efficace et adapté dans le but de protéger les populations des effets négatifs et durables des situations d'urgence, et à doter le personnel enseignant des capacités et compétences nécessaires pour comprendre les contextes difficiles et mieux y faire face et pour reconnaître les besoins en santé mentale et en soutien psychosocial chez les enfants de tous âges ;
- 11) à répondre aux besoins à long terme en matière de santé mentale, qu'ils soient ou non liés à des situations d'urgence immédiate, et à utiliser à cette fin les situations d'urgence et la préparation aux situations d'urgence comme catalyseur de la réforme de la santé mentale en tirant parti de l'attention portée à court terme à la santé mentale et au bien-être psychosocial pour stimuler la mise en place de systèmes de santé qui offrent des services de santé mentale et de soutien psychosocial durables et de qualité axés sur la communauté ;

¹ Note technique sur le lien entre la réduction des risques de catastrophe (RRC) et la santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS). Outils pratiques, approches et études de cas. Genève, Comité permanent interorganisations, 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2023-07/Technical%20Note%2C%20Linking%20Disaster%20Risk%20Reduction%20%28DRR%29%20and%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20%28MHPSS%29-%20Practical%20Tools%2C%20Approaches%20and%20Case%20Studies%20%28French%29.pdf>, consulté le 22 octobre 2024).

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de soutenir les initiatives visant à célébrer la Journée mondiale de la santé mentale le 10 octobre, en tenant compte de la santé mentale des personnes touchées par des situations d'urgence, et de collaborer avec les États Membres et les parties prenantes concernées en les encourageant à envisager de prendre des mesures appropriées à cet égard ;
- 2) de fournir aux États Membres qui le demandent des orientations et des avis techniques à l'appui de la mise en œuvre du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, particulièrement en ce qui concerne la gestion des difficultés à mettre en place un système intégré de santé mentale et de soutien psychosocial pour toutes et tous ;
- 3) de veiller à ce que l'OMS dispose des capacités et ressources nécessaires à tous les niveaux pour faciliter la coordination interinstitutions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial afin d'apporter un appui aux États Membres ;
- 4) de prêter assistance aux États Membres en faisant de la santé mentale et du soutien psychosocial un aspect clé de la préparation et en l'intégrant dans tous les piliers des activités d'intervention d'urgence et de relèvement menées par l'OMS, ainsi qu'aux mécanismes, groupes et secteurs pertinents de coordination humanitaire, et de prévoir à cette fin des postes budgétaires spéciaux dans les limites des ressources allouées et des indicateurs, tout en s'appuyant, selon qu'il convient, sur l'ensemble de services minimaux en matière de santé mentale et de soutien psychosocial établi par le Comité permanent interorganisations ;
- 5) d'appuyer le renforcement des capacités d'évaluation et de recherche dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial dans des contextes de crise humanitaire afin d'assurer des mesures de soutien et des interventions fondées sur des données probantes ;
- 6) d'assister les États Membres lorsqu'ils prennent des mesures de gestion des risques de situation d'urgence et de catastrophe, de préparation et d'intervention en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, afin de renforcer les capacités en la matière dans les situations d'urgence de sorte à contribuer au développement de services de santé mentale durables, y compris de services communautaires, au sein du système de santé ;
- 7) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution et du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 mis à jour, approuvé par l'Assemblée de la Santé dans sa décision WHA74(14), dans un rapport annuel à soumettre à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, de 2025 à 2031, ce qui vient s'ajouter à la demande visant à inclure la santé mentale dans les rapports de synthèse sur les maladies non transmissibles, formulée par l'Assemblée de la Santé dans sa décision WHA72(11) (2019) intitulée « 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 ».

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA77.4 Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant les résolutions WHA40.13 (1987) sur l'élaboration de principes directeurs pour les transplantations d'organes humains, WHA42.5 (1989) sur l'interdiction de l'achat et de la vente d'organes humains, WHA44.25 (1991) sur la transplantation d'organes humains, WHA57.18 (2004) sur la transplantation d'organes et de tissus humains et WHA63.22 (2010) sur la transplantation d'organes et de tissus humains (portant approbation des Principes directeurs de l'OMS actualisés sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains) ;³

Prenant note des initiatives prises par les Régions de l'OMS pour faire progresser la mise en œuvre des résolutions actuelles sur la transplantation, y compris les initiatives du Comité régional de l'OMS pour les Amériques⁴ et du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ;⁵

Prenant note également du rapport du Secrétariat relatif aux principes sur le don et la gestion du sang, de ses constituants et des autres produits médicaux d'origine humaine, qui prône le respect de la dignité humaine, la disponibilité et la sécurité, ainsi que la bonne gouvernance ;⁶

Saluant la résolution 77/236 (2022) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'adoption de mesures efficaces et le renforcement et la promotion de la coopération internationale concernant le don et la transplantation d'organes pour prévenir et combattre la traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains ;

Prenant note de la résolution de Madrid sur le don et la transplantation d'organes (2011), issue de la Troisième Consultation mondiale de l'OMS sur le don et la transplantation d'organes, où sont formulées des recommandations à l'intention des pays pour qu'ils progressent en vue de satisfaire les besoins des patients en matière de transplantation ;

Sachant que la transplantation est actuellement l'option thérapeutique privilégiée, sinon la seule, pour les patients atteints d'insuffisance d'organe terminale, que l'utilisation clinique de cellules et de tissus humains est bénéfique dans de nombreuses autres maladies et que ces traitements dépendent du don altruiste de cellules, de tissus et d'organes ;

Consciente que, même si de nombreux États Membres privilégient les stratégies de prévention, la charge des maladies non transmissibles pouvant être traitées par la transplantation continue d'augmenter, de même que le besoin correspondant de transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Voir la résolution WHA63.22 dans le document WHA63/2010/REC/1, et l'annexe 8.

⁴ Voir, par exemple, le document CD57/11 et la résolution CD57.R11 (2019).

⁵ Voir, par exemple, le document AFR/RC70/12.

⁶ Document A70/19.

Consciente également que faciliter l'accès à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains permet de réduire le nombre de décès prématurés associés aux maladies non transmissibles et autres, d'améliorer la qualité de vie de milliers de patients dans le monde et d'aider les communautés à faire baisser les coûts élevés des autres modalités de traitement ;

Notant que l'élargissement de l'accès aux thérapies reposant sur la transplantation pourrait contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable, en particulier des cibles 3.4 (réduction de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles) et 3.8 (instauration de la couverture sanitaire universelle) ;

Consciente que, malgré les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies, la transplantation n'est pas pleinement développée dans tous les États Membres et que l'accès aux thérapies reposant sur la transplantation n'est donc ni universel ni équitable, ce problème touchant les pays quel que soit leur niveau de développement ;¹

Notant avec préoccupation que la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a eu un effet négatif marqué sur les activités de don et de transplantation, ce qui montre la nécessité d'envisager d'inclure les thérapies reposant sur la transplantation dans les approches conçues pour renforcer la résilience des systèmes de santé ;

Convaincue que l'accès insuffisant aux thérapies reposant sur la transplantation est l'une des causes profondes de la traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains, pratiques qui portent atteinte aux droits humains et présentent de graves risques pour la santé publique ;

Inquiète du fait que les conflits armés, les catastrophes naturelles et les urgences humanitaires alimentent les migrations, en particulier parmi les populations défavorisées et les personnes les plus vulnérables, augmentant ainsi le risque de traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains, et creusant les inégalités dans l'accès aux thérapies reposant sur les cellules, les tissus et les organes humains ;

Notant avec préoccupation que les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ne sont pas totalement mis en œuvre, en particulier en ce qui concerne la transparence de la communication des données et la surveillance des pratiques de transplantation par les autorités sanitaires ;

Consciente que les innovations technologiques applicables aux cellules, aux tissus et aux organes humains permettent de plus en plus de recourir à des thérapies qui, compte tenu de l'origine tout à fait particulière de ces nouveaux traitements, nécessitent une réglementation spécifique, notamment en matière d'éthique,²

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon leur contexte national :

- 1) à mettre en œuvre ou à renforcer les stratégies de prévention existantes visant à réduire la charge des maladies non transmissibles et d'autres maladies pouvant être traitées par la transplantation ;
- 2) à intégrer le don, la transplantation et les activités de suivi de la transplantation dans les systèmes de santé, de sorte que le don d'organes soit systématiquement considéré comme une possibilité après le décès et que la transplantation soit intégrée dans le continuum de soins des patients atteints de maladies ou d'affections non transmissibles et autres pour lesquelles on peut

¹ Voir le document A75/41.

² *WHO Expert Committee on Biological Standardization: seventy-seventh report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (WHO Technical Report Series, No. 1048, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373128/9789240078116-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 29 août 2024).

avoir recours à cette thérapie, en mettant en œuvre des politiques qui favorisent la couverture sanitaire universelle et visent à éliminer les obstacles financiers entravant l'accès à des services de santé essentiels de qualité, sûrs, efficaces et abordables ;¹

3) à protéger les donneurs vivants en exigeant un consentement éclairé et une évaluation médicale et psychosociale appropriée, ainsi qu'en prodiguant des soins de suivi adéquats ;

4) à accroître la disponibilité des cellules, des tissus et des organes humains à des fins de transplantation, en veillant particulièrement à développer le don après le décès jusqu'à son potentiel thérapeutique maximal, y compris le don après le diagnostic de mort encéphalique et, le cas échéant, le don après le diagnostic de mort par arrêt circulatoire, conformément aux Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

5) à instaurer, le cas échéant, une coopération internationale officielle pour l'échange de cellules, de tissus et d'organes humains ou de services de transplantation, fondée sur les principes de réciprocité et de solidarité, afin de faciliter l'accès universel aux thérapies reposant sur la transplantation ;

6) à élaborer et à mettre en œuvre des cadres réglementaires conformes aux Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, notamment en encourageant le don en tant qu'acte altruiste, volontaire et non rémunéré et en favorisant l'accès équitable aux thérapies reposant sur la transplantation ;

7) à désigner des autorités et à améliorer les capacités pour assurer la gouvernance et la mise en œuvre des activités de don et de transplantation sur leur territoire ;

8) à faire en sorte que les activités de don et de transplantation se déroulent dans des centres expressément autorisés, accrédités ou enregistrés, et à mettre en place des mesures de contrôle, telles que des inspections périodiques ou fondées sur les risques, ainsi que la collecte et la communication en temps opportun de données sur chaque procédure de don et de transplantation, y compris les transplantations effectuées sur des résidents à l'étranger ;

9) à favoriser l'innocuité et l'efficacité de la transplantation en recueillant des données sur l'état de santé des receveurs et des donneurs vivants, en assurant une biovigilance et une surveillance appropriée, en garantissant la traçabilité des cellules, des tissus et des organes du donneur jusqu'au receveur, et vice versa, et en encourageant l'utilisation de systèmes de codage cohérents à l'échelle mondiale pour les cellules, les tissus et les organes humains ;

10) à envisager d'inclure le don et la transplantation dans les plans nationaux et régionaux de préparation visant à accroître la résilience des systèmes de santé et à faciliter une réponse efficace aux besoins de transplantation en cas de crise ;

11) à prendre des mesures pour prévenir et combattre la traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains, et pour protéger les victimes et les survivants de ces infractions en renforçant les cadres législatifs, en appliquant des protocoles cliniques pour l'évaluation psychosociale des donneurs vivants potentiels, en incitant les professionnels de santé, les gouvernements et les autres parties prenantes à signaler les cas suspects ou confirmés de traite et de trafic aux organismes chargés de l'application de la loi, à promouvoir la coopération internationale, et à recueillir des données et à mener des recherches sur les tendances concernant ces deux infractions ;

¹ Voir la résolution 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 12) à promouvoir la recherche et l'innovation afin de maximiser le recours à la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains et d'en optimiser les résultats, et de permettre la mise au point de thérapies remplaçant celles fondées sur l'utilisation clinique de cellules, de tissus et d'organes humains ;
- 13) à mettre en œuvre des cadres réglementaires applicables aux thérapies novatrices mises au point à partir de cellules, de tissus et d'organes considérablement manipulés afin d'assurer la protection des donneurs et des receveurs, et de favoriser l'équité dans l'accès à ces nouvelles thérapies et à des systèmes de soins de santé durables ;
- 14) à participer aux consultations organisées par l'OMS en vue de l'élaboration d'une stratégie mondiale sur le don et la transplantation ;
- 15) à envisager d'apporter un soutien approprié à l'OMS pour l'application de la présente résolution ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir aux États Membres, à leur demande, une assistance technique pour élaborer une législation et une réglementation nationales conformes aux Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, évaluer les besoins en matière de transplantation, mettre en place ou renforcer les autorités nationales, développer les capacités permettant d'accroître la disponibilité des cellules, des tissus et des organes, et mettre en œuvre des programmes de transplantation conformes à l'éthique, efficaces et sûrs ;
- 2) d'apporter son concours aux États Membres qui en font la demande pour renforcer la capacité réglementaire leur permettant de surveiller efficacement les pratiques de don et de transplantation, notamment en suivant et en évaluant la performance des programmes de transplantation et les résultats pour les donneurs et les receveurs ;
- 3) de continuer à recueillir, à analyser et à mettre à la disposition des États Membres des données mondiales sur la législation, la réglementation, les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'épidémiologie et l'éthique concernant le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;
- 4) de réviser les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains afin d'y intégrer des principes supplémentaires qui répondent aux nouveaux problèmes éthiques posés par les progrès scientifiques dans ce domaine, en particulier des principes visant à préserver la valeur intrinsèque des nouveaux produits et traitements mis au point à partir de cellules, de tissus et d'organes humains ;
- 5) de poursuivre et de renforcer la coopération avec les organismes des Nations Unies, y compris l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, les mécanismes interinstitutions, les ministères des États Membres et les autres parties prenantes, afin d'améliorer la capacité nationale, régionale et mondiale à donner suite aux cas identifiés de traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains ;
- 6) de fournir, en coopération avec les principales associations professionnelles internationales et d'autres parties prenantes, des orientations de référence aux États Membres sur le diagnostic des décès selon des critères neurologiques et circulatoires ;

- 7) d'élaborer, en consultation avec les États Membres, les organisations non gouvernementales et les autres parties prenantes, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et dans les limites des ressources existantes, une stratégie mondiale sur le don et la transplantation devant être examinée par la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, qui aide les États Membres à intégrer le don et la transplantation dans les systèmes de santé et qui favorise la mise en œuvre des Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;
- 8) d'étudier plus avant, dans le cadre de la stratégie mondiale visée au paragraphe 2.7) du dispositif, et conformément au cadre actuel des journées mondiales de la santé, s'il est possible d'instaurer une journée mondiale du donneur, et quel en serait l'impact potentiel, afin de sensibiliser le grand public et de mieux faire comprendre la nécessité d'un don altruiste de cellules, de tissus et d'organes humains, et d'inciter les États Membres à prendre des mesures à l'échelle mondiale pour structurer des systèmes de don et de transplantation appropriés, en tenant compte de l'existence d'autres événements organisés par l'OMS ou institués par d'autres entités internationales sur cette question ;
- 9) de mettre en place, conformément au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts, un comité d'experts chargé d'aider le Secrétariat à élaborer la stratégie mondiale proposée sur le don et la transplantation et d'appuyer sa mise en œuvre ;
- 10) de présenter un rapport de synthèse sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, ainsi que sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA63.22.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA77.5 Accélération des efforts entrepris pour réduire la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Estimant que la couverture sanitaire universelle est essentielle pour réaliser les objectifs de développement durable liés à la santé et au bien-être, y compris les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable relatives à la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et qu'elle contribuera à la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale et du plus grand bien-être possibles ainsi qu'à l'avènement d'un monde plus équitable et durable ;³

Rappelant l'engagement mondial pris en vue d'atteindre d'ici à 2030 les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable, portant respectivement sur la mortalité maternelle (faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, sans que le taux de mortalité maternelle ne soit supérieur au double de la moyenne mondiale dans aucun pays) et sur

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ *Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage*. New York, Organisation des Nations Unies, 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, consulté le 27 août 2024).

la mortalité du nouveau-né et de l'enfant (éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus) ;

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 ;¹

Soulignant qu'au vu des tendances actuelles, il est probable que plus de quatre pays sur cinq (80 %) n'atteindront pas leur cible nationale relative à la mortalité maternelle, que 64 pays n'atteindront pas la cible relative à la mortalité néonatale et que 59 pays n'atteindront pas la cible relative à la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à 2030 ; et soulignant également qu'une action ciblée, urgente et coordonnée visant à mettre en œuvre des mesures correctives et dirigées par les pays est nécessaire dans ces pays pour assurer la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'atteindre les objectifs de développement durable ;

Constatant avec une profonde préoccupation qu'en dépit d'améliorations significatives des résultats en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents au cours des dernières décennies, les progrès ont stagné et que cette tendance est encore accentuée par l'augmentation des taux de malnutrition ; le manque d'approvisionnement en eau, de moyens d'assainissement et d'hygiène ; les faibles connaissances des jeunes en matière de santé ; et les conséquences des conflits, des changements climatiques et de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), ainsi que par d'autres déterminants sociaux de la santé,² qui entravent les efforts visant à honorer les engagements pris en vue d'atteindre les objectifs et les cibles fixés dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), et de respecter les feuilles de route connexes³ pour orienter et soutenir les efforts que font les pays en vue de mesurer et d'accélérer les améliorations des résultats en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;

Vivement préoccupée également par les tragédies évitables que constituent les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants, et consciente des principales causes directes de mortalité maternelle que sont l'hémorragie du post-partum, l'éclampsie et la prééclampsie, le sepsis, l'embolie et l'avortement non sécurisé,⁴ qui, selon la définition de l'OMS, a été déterminé comme responsable en grande partie de

¹ Voir la résolution WHA72.4 (2019).

² Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs non médicaux qui influent sur les résultats sanitaires. La liste qui suit contient des exemples de déterminants sociaux de la santé susceptibles d'influer de manière positive ou négative sur l'équité en santé : les revenus et la protection sociale ; l'éducation, le chômage et l'insécurité de l'emploi ; les conditions de travail ; l'insécurité alimentaire ; le logement ; les équipements de base et l'environnement ; le développement du jeune enfant ; l'inclusion sociale et la non-discrimination ; les conflits structurels ; et l'accès à des services de santé abordables et de qualité décente.

³ Il s'agit notamment de l'Initiative pour mettre un terme à la mortalité maternelle évitable ; de la Feuille de route pour lutter contre l'hémorragie du postpartum entre 2023 et 2030 ; du Plan d'action « Chaque nouveau-né » ; du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 ; du Cadre de soins attentifs ; de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents ; du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, et des documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ; ainsi que de la résolution WHA72.7 (2019) sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. *WHA Agenda Item 11.7 - Accelerate progress towards reducing maternal, newborn and child mortality in order to achieve SDG targets 3.1 and 3.2*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://www.who.int/publications/m/item/wha-agenda-item-11.7--accelerate-progress-towards-reducing-maternal--newborn-and-child-mortality-in-order-to-achieve-sdg-targets-3.1-and-3.2>, consulté le 1^{er} juin 2024).

⁴ Selon la définition de l'OMS, un avortement n'est pas sécurisé lorsqu'il est pratiqué par une personne qui n'a pas les compétences nécessaires ou dans un environnement où les normes médicales minimales ne sont pas respectées, ou les deux. Pour garantir l'interprétation correcte de l'expression « avortement non sécurisé », nous recommandons de toujours accompagner la définition d'une note explicative, comme suit : « Les personnes, compétences et normes médicales considérées comme garantissant un avortement sûr sont différentes selon qu'il s'agit d'un avortement médical ou d'un avortement chirurgical et dépendent également de la durée de la grossesse. La notion de « sécurisé » doit être interprétée conformément aux orientations techniques et politiques actuelles de l'OMS. »

la mortalité maternelle associée à l'avortement ; et constatant que les causes indirectes de mortalité maternelle, notamment le VIH/sida, l'anémie, le paludisme, le diabète, les affections cardiorespiratoires, la tuberculose et la malnutrition représentent une proportion des décès maternels en augmentation constante et qu'il faut donc renforcer les infrastructures et les institutions nationales de santé et améliorer l'accès aux soins d'urgence ; que la prématurité, les traumatismes à la naissance et l'asphyxie, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la diarrhée et les anomalies congénitales sont les principales causes directes de décès d'enfants de moins de cinq ans ; et que nous ne parviendrons pas à réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 si nous ne mettons pas en place des interventions efficaces et de qualité là et au moment où elles sont le plus nécessaires ;

Reconnaissant que 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 la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux (cible 3.7 des objectifs de développement durable) contribuent à la survie des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents ;

Notant la cible 5.6 des objectifs de développement durable, qui consiste à assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et à 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 dans le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ;

Rappelant la cible 5.3 des objectifs de développement durable, qui consiste à éliminer le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine ; et sachant que le mariage des enfants favorise la grossesse chez les adolescentes ; que les mères adolescentes courent des risques plus élevés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques ; et que les enfants nés de mères adolescentes sont exposés à des risques plus élevés d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissance prématurée et de maladies néonatales graves ;

Sachant que la grossesse et les deux premières décennies de la vie offrent une occasion unique de favoriser une croissance et un développement sains, de s'attaquer aux facteurs de risque liés à la santé et de promouvoir la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie ;

Consciente que les enfants et les adolescents devraient avoir des chances équitables de s'épanouir, ce qui permettra de constituer un capital humain qui réduira efficacement les inégalités et profitera aux générations actuelles et futures, conformément aux objectifs de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) (survivre, s'épanouir et transformer) ;

Considérant qu'il est crucial de privilégier les mesures visant à protéger, à promouvoir et à soutenir l'allaitement maternel et à renforcer les services de nutrition¹ en tant que partie intégrante des services et politiques essentiels de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, étant donné que près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans sont attribuables à la sous-nutrition ainsi qu'aux effets intergénérationnels néfastes d'une mauvaise nutrition maternelle, laquelle contribue à l'insuffisance pondérale des nouveau-nés à la naissance ;

Considérant également qu'environ 50 % des décès de mères, de nouveau-nés, d'enfants et des mortinaissances dans le monde surviennent dans des situations de fragilité et de crise humanitaire, ce qui souligne l'urgence, dans les situations de fragilité, d'accroître les investissements, notamment en renforçant la coopération internationale, afin d'étendre la couverture et d'améliorer la qualité des

¹ Les services de nutrition couvrent les mesures essentielles en matière de nutrition fondées sur le système de santé qui permettent d'évaluer et d'améliorer la nutrition ainsi que de promouvoir et de maintenir une nutrition optimale pour les individus tout au long de la vie.

services de soins de santé primaires ; et notant que les services de soins de santé primaires, y compris les services de nutrition, doivent être de qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout, afin de progresser plus vite dans la réalisation des objectifs de développement durable ;

Reconnaissant que le manque d'accès aux services essentiels d'urgence, critiques, de chirurgie, d'anesthésie et de soins infirmiers pour les traumatismes ; les malformations congénitales structurales, qui augmenteront proportionnellement à mesure que la survie de l'enfant s'améliorera ; et d'autres urgences aiguës entraîneront des disparités inacceptables en matière de survie et de handicap et une forte prévalence des maladies négligées pouvant être traitées chirurgicalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et que les personnes ayant accès à des soins chirurgicaux dans ces pays devront faire face à des dépenses de santé catastrophiques ;

Reconnaissant également l'importance cruciale du leadership des gouvernements et d'une approche faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et de la société pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, élargir l'accès équitable aux services intégrés de soins de santé primaires et étendre la couverture de ces services, tout en garantissant un appui de la législation et du budget national et une supervision ; et reconnaissant la nécessité de mettre régulièrement à jour les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé et de financement afin d'améliorer plus vite la santé des femmes, des enfants et des adolescents,

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

- 1) à prendre des mesures pour réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales, infantiles et juvéniles, et améliorer l'accès à des services de santé de qualité pour les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants, ainsi que pour toutes les femmes avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement, notamment grâce à des soins prénatals et postnatals, à un personnel de santé qualifié¹ en nombre suffisant et à des structures de maternité correctement équipées ;
- 2) à réorienter les systèmes de santé vers une approche fondée sur les soins de santé primaires qui repose sur une forte capacité de leadership et de gestion des pays afin d'améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents tout au long de leur vie, qui prévoit une protection adéquate contre les risques financiers et qui mobilise les communautés et la collaboration d'autres secteurs, par exemple les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi que les services d'éducation et de nutrition ;
- 3) à intensifier, le cas échéant, les interventions fondées sur des données probantes et rentables afin d'atteindre les cibles actuelles et futures de couverture des services fixées dans les stratégies et plans d'action mondiaux et régionaux pertinents qui permettront d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable, y compris l'accès à des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien qui soient de bonne qualité ;
- 4) à promouvoir l'accès à des soins abordables, de qualité et respectueux lors d'un accouchement normal ou en cas de complications obstétricales, y compris les soins prénatals, intrapartum et postnatals prodigués en temps opportun ; une surveillance du travail de bonne qualité ; et des soins obstétriques d'urgence, y compris la mise en œuvre de la feuille de route pour lutter contre l'hémorragie du post-partum, en fournissant les ressources humaines nécessaires, notamment à l'aide de modèles de soins obstétricaux, d'équipements, de fournitures, de systèmes de données et de la comptabilisation des décès maternels, afin d'atteindre les cibles programmatiques nationales ;

¹ Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272818>, consulté le 1^{er} juin 2024).

- 5) à développer des services de soins néonataux essentiels abordables et de qualité pour chaque nouveau-né et à investir dans des unités de soins spéciaux pour les nouveau-nés de petite taille et malades au niveau des districts, y compris en prévoyant les ressources humaines, les équipements, les fournitures et les systèmes de données nécessaires pour atteindre les cibles programmatiques nationales ;¹
- 6) à envisager de mettre en œuvre un programme universel de dépistage néonatal, y compris le dépistage complet des malformations congénitales, qui tienne compte des besoins et d'éléments spécifiques pour le diagnostic, la prise en charge et les soins au long cours chez les enfants atteints de malformations congénitales ;
- 7) à développer des services intégrés et de qualité en matière de santé de l'enfant pour chaque enfant au niveau des districts, des établissements et des communautés, y compris en prévoyant les ressources humaines, les équipements, les fournitures et les systèmes de données nécessaires pour atteindre les cibles programmatiques nationales, tout en appuyant les efforts visant à regagner le terrain perdu en matière de vaccination des enfants et à atteindre les objectifs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 ;
- 8) à investir dans la mise en place de réseaux de soins dotés de solides mécanismes d'orientation, y compris des services de soutien tels que des systèmes de transport nationaux pour l'orientation des patients et des services préhospitaliers, des laboratoires et des banques du sang qui soient opérationnels ;
- 9) à faciliter l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive (cible 3.7 des objectifs de développement durable), y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et à veiller à la prise en compte de la santé reproductive comme facteur contribuant à la survie des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents ;²
- 10) à renouveler, par des lois et des règlements, leur engagement en faveur de la cible 5.6 des objectifs de développement durable ;
- 11) à repérer et à éliminer les obstacles qui limitent l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent qui soient sûrs, de qualité et abordables, au niveau tant du système de santé que de la société, tels que, entre autres, la maltraitance pendant l'accouchement, la pauvreté, la pollution de l'air, le manque d'instruction et le manque d'accès à l'eau potable et aux moyens d'assainissement, les effets des événements climatiques, et les normes sociales néfastes et/ou les inégalités pour parvenir à l'égalité des genres et à l'autonomisation de toutes les femmes et les filles ;
- 12) à investir dans des systèmes efficaces de gestion de l'information sanitaire qui soient dirigés par les pays, notamment dans le cadre d'une coopération internationale renforcée dans les situations de fragilité, afin de soutenir la planification et la prestation de services de santé fondées sur des données probantes, et de surveiller la mise en œuvre, de mesurer les progrès et de mieux responsabiliser à l'égard des objectifs nationaux et infranationaux grâce à un suivi systématique des enquêtes menées auprès des établissements de santé et/ou de la population sur les principaux indicateurs relatifs à la santé sexuelle et reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent ;

¹ Document A67/21.

² Voir la résolution WHA72.4.

- 13) à investir dans l'éducation, l'emploi, la réglementation et le maintien en poste des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris les sages-femmes et le personnel infirmier, qui sont nécessaires pour assurer l'accès universel à l'ensemble de services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent déterminés au niveau national et conformes au principe du travail décent, ainsi que leur couverture ;
 - 14) à permettre l'accès à des médicaments essentiels sûrs et de qualité pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les mères, les nouveau-nés et les enfants en accélérant la mise en œuvre des mesures énoncées dans les résolutions WHA69.20 (2016) et WHA75.8 (2022) et en favorisant, en soutenant et en finançant la recherche, la mise au point, la fabrication, l'homologation et la fourniture accélérées de formulations pharmaceutiques adaptées à l'âge et de qualité garantie pour les maladies qui touchent les mères, les nouveau-nés et les enfants ;
 - 15) à envisager, dans le cas des pays où le paludisme est endémique et compte tenu de la disponibilité accrue de vaccins antipaludiques, d'introduire en priorité ces vaccins dans les programmes de vaccination systématique, dans le cadre des plans globaux de lutte contre le paludisme, et d'intensifier le dépistage et le traitement du paludisme ainsi que d'autres interventions efficaces telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la chimioprévention chez les femmes enceintes et les enfants afin de réduire la morbidité palustre et la mortalité de l'enfant ;
2. INVITE les parties prenantes concernées, le cas échéant, à soutenir, à coordonner et à aligner les investissements et l'assistance technique à l'appui de la mise en œuvre efficace des plans nationaux et à contribuer à la réalisation plus rapide des cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable ;
 3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de donner la priorité à ce programme inachevé et, sur demande, d'intensifier le soutien technique apporté aux États Membres dans la mise à jour de la législation, des politiques, des stratégies et des plans nationaux en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent selon une approche fondée sur les soins de santé primaires ; de promouvoir la mise en œuvre d'interventions sanitaires fondées sur des données probantes afin de progresser plus vite vers les cibles pertinentes des objectifs de développement durable en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; et d'aider à mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de ces interventions afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable ;
 - 2) d'élaborer des orientations pertinentes en vue d'améliorer les services de soins de santé sexuelle et reproductive et le bien-être maternel, de prévenir les mortinaissances, de réduire l'insuffisance pondérale à la naissance et la prématurité, et de traiter les malformations congénitales ;
 - 3) d'apporter un soutien aux États Membres qui en font la demande en ce qui concerne les modèles de soins, y compris les modèles de soins obstétricaux, et la formation, l'emploi, la réglementation et le maintien en poste des personnels de santé et d'aide à la personne ; pour renforcer les approches différenciées en fonction des risques visant à prévenir les décès d'enfants ; pour répondre aux besoins prioritaires des enfants de 5 à 9 ans en matière de santé ; pour promouvoir les services de soins de santé pour le développement de l'enfant ; et pour investir dans le bien-être des adolescents en ayant recours à la santé scolaire, à des services de santé scolaire et à des solutions numériques pour des soins primaires adaptés aux adolescents ;
 - 4) d'améliorer les orientations relatives aux services destinés aux femmes enceintes ou allaitantes, aux femmes en âge de procréer et aux adolescentes ainsi qu'aux nourrissons et aux jeunes enfants, tout en répondant spécifiquement aux besoins des groupes mal desservis,

y compris les adolescentes enceintes et les mères adolescentes ; de renforcer l'intégration des services nutritionnels, surtout pendant les 1000 premiers jours de la vie, et des interventions de santé mentale dans les services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent ; et d'exploiter les synergies avec l'action que mène l'OMS pour éliminer à la fois l'infection à VIH, la syphilis et l'hépatite B ;

5) d'accélérer la mise en œuvre des mesures relatives au personnel énoncées dans les résolutions WHA69.19 (2016), WHA74.14 (2021), WHA74.15 (2021) et WHA75.17 (2022) visant à renforcer la capacité du personnel de santé à tous les niveaux à fournir des services de soins de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent ;

6) d'accélérer la mise en œuvre des mesures énoncées dans les résolutions WHA69.20 et WHA75.8, de renforcer et d'élargir les efforts de collaboration tels que ceux promus par les départements techniques de l'OMS et le réseau de l'Accélérateur mondial pour les formulations pédiatriques pour assurer un meilleur accès aux médicaments pour enfants, y compris le traitement antirétroviral contre le VIH, et de faire rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, et aux suivantes le cas échéant, sur les progrès accomplis, les lacunes restantes et les mesures spécifiques à prendre pour promouvoir un meilleur accès des femmes enceintes et allaitantes à des médicaments et à des produits de qualité, abordables et adaptés à l'âge, ainsi qu'aux services de santé de la mère, de l'adolescent, de l'enfant et du nouveau-né ;

7) de fournir, sur demande, des indicateurs recommandés en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'énergie pour les établissements de soins de santé qui seront utilisés dans le cadre d'un suivi des systèmes de santé, et d'encourager les pays à intégrer les données sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la gestion des déchets et l'énergie dans les établissements de santé dans le suivi des systèmes de santé, et à analyser et à communiquer régulièrement les données afin de fournir des éléments utiles pour la planification, les investissements et la programmation ;

8) de continuer de sensibiliser les législateurs à l'importance de la santé sexuelle et reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, sur la base de données et d'éléments factuels de qualité, et de les faire participer pleinement à la fois à l'action de plaider et à la fourniture d'un soutien législatif et politique durable en vue d'atteindre, conformément aux priorités et aux plans nationaux, les objectifs et les cibles de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ;

9) de faire rapport sur l'application de la présente résolution à l'Assemblée de la Santé dans le cadre du rapport de fond biennal sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent,¹ en mettant l'accent sur les efforts visant à faire baisser plus rapidement la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les pays qui ne sont pas en voie d'atteindre les objectifs d'ici à 2030.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, troisième rapport)

¹ Résolution WHA69.2 (2016).

WHA77.6 Résistance aux antimicrobiens : accélérer les ripostes nationales et mondiales¹

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

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;²

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 antimicrobiens³ et a invité instamment les États Membres, entre autres, à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action nationaux alignés sur le Plan d'action mondial ;

Consciente de la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la résistance aux agents antimicrobiens⁴ et de l'engagement qui y est pris d'élaborer des plans d'action nationaux multisectoriels conformes au Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens adopté par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA68.7 ;

Notant les contributions à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens apportées par les Conférences ministérielles mondiales de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens tenues en 2014 et 2019 au Royaume des Pays-Bas et en 2022 au Sultanat d'Oman, qui ont abouti à l'approbation par 47 États Membres du Manifeste ministériel de Mascate sur la résistance aux antimicrobiens ; et se félicitant de la quatrième Conférence ministérielle mondiale de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens, qui se tiendra au Royaume d'Arabie saoudite en novembre 2024, et de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux antimicrobiens, qui aura lieu en septembre 2024 ;

Rappelant les recommandations que le groupe spécial de coordination interinstitutions sur la résistance aux antimicrobiens, créé en application de la résolution 71/3 (2016) de l'Assemblée générale des Nations Unies, a adressées au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies en avril 2019 et la résolution WHA72.5 (2019), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de faire un effort unifié et d'éviter les doublons ;

Notant la création de la Plateforme de partenariat multipartite sur la résistance aux antimicrobiens destinée à mobiliser l'action mondiale en favorisant la coopération entre un large éventail de parties prenantes concernées à tous les niveaux ; les efforts déployés par le Groupe de direction mondial sur la résistance aux antimicrobiens intégrant le principe « Une seule santé » pour donner plus d'importance et de visibilité politiques à la résistance aux antimicrobiens et pour agir plus rapidement dans ce domaine ; les travaux menés par les organisations qui constituent l'Alliance quadripartite (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé, Organisation mondiale de la santé animale et Programme des Nations Unies pour l'environnement) ; le Groupe d'experts de haut niveau pour l'approche « Une seule santé » ; le Fonds multipartenaires contre la résistance aux antimicrobiens ; et le Groupe intergouvernemental spécial du Codex sur la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant l'urgence que constitue le risque croissant de résistance aux antimicrobiens à l'échelle mondiale, l'incidence grandissante des infections résistantes et la perte d'efficacité d'un nombre croissant d'antimicrobiens en raison de facteurs tels que leur utilisation inadaptée dans les secteurs de la santé humaine, de la production alimentaire, de la santé animale et de l'environnement ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/5.

³ Par « résistance aux antimicrobiens » on entend la résistance des micro-organismes bactériens, viraux, parasitaires et fongiques aux médicaments antimicrobiens qui étaient auparavant efficaces pour le traitement des infections.

⁴ Résolution 71/3 (2016) de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Reconnaissant également les facteurs de résistance aux antimicrobiens, notamment l'absence de réglementation pour l'usage des antimicrobiens en vente libre ; la surprescription par les agents de santé ; l'absence de guides thérapeutiques normalisés fondés sur des données probantes ; le recours excessif aux antimicrobiens pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ; les médicaments antimicrobiens de qualité inférieure et falsifiés, ce qui suppose des autorités nationales de réglementation qu'elles assurent une surveillance et fassent appliquer les dispositions légales ; le manque de tests de diagnostic abordables, y compris les tests rapides et les tests sur les lieux de prestation de soins ; et des lacunes en matière de disponibilité des antimicrobiens essentiels et de qualité garantie et d'accès à ceux-ci ;

Notant qu'il est important de disposer de programmes de lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de santé, et notant avec préoccupation la charge croissante que représentent les infections nosocomiales, souvent causées par des agents pathogènes résistants aux antibiotiques, qui nuisent aux patients et aux prestataires de soins de santé et se propagent généralement à la communauté ; et constatant qu'au moins la moitié des établissements de soins de santé dans le monde ne disposent pas de services d'hygiène des mains de base ;

Notant également qu'en décembre 2023, 178 États Membres de l'OMS avaient élaboré un plan d'action national multisectoriel sur la résistance aux antimicrobiens, mais que les données tirées de l'enquête d'autoévaluation nationale de 2023 sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens montrent que seuls 27 % des États Membres ont assuré un suivi et une mise en œuvre efficaces de leur plan d'action national et que seuls 11 % des États Membres ont alloué un budget national à sa mise en œuvre ; et notant que les progrès ont été entravés par l'absence de coordination entre les secteurs et au sein du secteur de la santé, de capacités de mise en œuvre et d'appui technique et financier ;

Notant en outre que la classification AWaRe (accessibilité essentielle/utilisation sélective/ dernier recours) des antibiotiques de l'OMS fournit des orientations fondées sur des données probantes et peut être appliquée pour améliorer la prescription et la délivrance d'antibiotiques pour les infections cliniques les plus courantes chez l'enfant et l'adulte ;

Reconnaissant que la Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse, adoptée par l'Assemblée de la Santé dans sa décision WHA76(11) (2023), doit être intégralement mise en œuvre par les États Membres de l'OMS afin de concrétiser l'ambition visant à « garantir que d'ici à 2030, toutes les personnes qui reçoivent ou dispensent des soins de santé sont protégées des infections associées » ;

Notant que, dans le rapport de situation qu'il a fait à la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé,¹ le Directeur général a insisté sur la nécessité d'accélérer la mise en œuvre des plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens et a proposé que soit élaboré un cadre stratégique et opérationnel de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine ;

Notant également que le Secrétariat de l'OMS a élaboré des priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035,² qui traitent notamment des besoins d'une riposte concertée à l'échelle nationale et mondiale, et fixent des priorités pour : a) la prévention des infections ; b) un accès universel à des outils de diagnostic de qualité abordables et à des traitements appropriés des infections ; et c) l'information stratégique, la science et l'innovation, notamment la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de la consommation et de l'utilisation des antimicrobiens, ainsi que la recherche-développement de nouveaux vaccins, produits de diagnostic et agents antimicrobiens ; et d) la gouvernance et le financement efficaces de l'action du secteur de la santé humaine face à la résistance aux antimicrobiens, qui concourront à garantir une large riposte à la résistance aux antimicrobiens à l'échelle des systèmes de santé ;

¹ Document A76/37.

² Document A77/5.

Notant en outre que le Secrétariat de l'OMS a mené une consultation mondiale en ligne sur le projet de priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035, dont les résultats ont été examinés par le Conseil exécutif à sa cent cinquante-quatrième session ;

Notant que l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 76/257 (2022), a décidé de tenir en 2024 une réunion de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens, en collaboration avec les organisations de l'Alliance quadripartite et avec l'appui du Groupe de direction mondial sur la résistance aux antimicrobiens intégrant le principe « Une seule santé »,

1. INVITE les organisations de l'Alliance quadripartite (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé, Organisation mondiale de la santé animale et Programme des Nations Unies pour l'environnement) au niveau national, régional et mondial à continuer de travailler en concertation avec leurs États Membres pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens en appliquant une approche « Une seule santé », et à faire en sorte que ces efforts soient alignés, s'il y a lieu, sur ceux déployés par d'autres organismes du système des Nations Unies et organisations internationales, et qu'ils soient menés en collaboration avec eux ;

2. ACCUEILLE FAVORABLEMENT les priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035 ;

3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) à participer pleinement aux préparatifs de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2024 sur la résistance aux antimicrobiens, y compris à l'élaboration d'une déclaration politique concise, centrée sur l'action et consensuelle, susceptible d'être assortie de cibles et d'indicateurs mesurables et pertinents ; et à prendre part à cette réunion, au plus haut niveau, de préférence au niveau des chefs d'État et de gouvernement ;

2) à continuer de renforcer leurs mécanismes nationaux de gouvernance multisectorielle à l'appui de la surveillance, du suivi et de l'amélioration de la performance des plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens ; à fournir un soutien financier pour la mise en œuvre de ces plans ; et à renforcer la collaboration multisectorielle avec les partenaires concernés au niveau national, régional et mondial, afin de tirer parti des synergies dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens ;

3) à appliquer, dans leur plan d'action national, les quatre priorités stratégiques parmi les priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035 (prévention des infections donnant lieu à l'utilisation d'antibiotiques ; accès universel à des outils de diagnostic de qualité abordables et à des traitements appropriés des infections ; information stratégique, science et innovation ; et gouvernance et financement efficaces) ; à établir des objectifs, des cibles, des indicateurs et des calendriers ambitieux, mais réalistes pour leur exécution ; à fournir des financements à l'appui d'une mise en œuvre efficace ; à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation dans le cadre du plan d'action national ; à intégrer aux programmes de prestations dans le cadre de la couverture sanitaire universelle l'ensemble des interventions de base figurant dans l'approche de l'OMS centrée sur les personnes pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens dans la santé humaine ; à participer à l'enquête d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens afin de suivre les progrès de la mise en œuvre du plan d'action national ; et à entreprendre toutes les actions susmentionnées en fonction du contexte national ;

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

- 4) à renforcer la prévention de la résistance aux antimicrobiens, notamment par la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS de lutte anti-infectieuse, du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et de la Stratégie de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène 2018-2025, ainsi que par la surveillance et la lutte contre les agents antimicrobiens de qualité inférieure et falsifiés ;
- 5) à renforcer les capacités des laboratoires et les normes s'appliquant à ces derniers, y compris en ce qui concerne la main-d'œuvre qualifiée et les systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens ; à participer au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage ; à surveiller la consommation et l'utilisation des antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine et à contribuer aux décisions prises par les établissements de santé et aux décisions politiques nationales dans le but de renforcer le bon usage des antimicrobiens ; à recueillir des données représentatives à l'échelle nationale sur la prévalence et les profils de la résistance aux antimicrobiens, ainsi que sur la mortalité qui lui est attribuable ; et à entreprendre toutes les actions susmentionnées en fonction du contexte national ;
- 6) à promouvoir un approvisionnement rapide et équitable en vaccins, en produits de diagnostic et en antimicrobiens essentiels de qualité et abordables, et à assurer leur bonne utilisation, y compris en appliquant la classification AWaRe (accessibilité essentielle/utilisation sélective/ dernier recours) des antibiotiques de l'OMS ; à renforcer les services de diagnostic, de lutte anti-infectieuse et d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé ; à favoriser l'accès aux services pour les patients ; et à entreprendre toutes les actions susmentionnées en fonction du contexte national ;
- 7) à étendre la couverture des programmes nationaux de vaccination et à maximiser leurs avantages pour la prévention des infections, y compris par une réduction du risque d'infections secondaires et par un soutien aux efforts déployés pour garantir un bon usage des antimicrobiens ;
- 8) à soutenir des mesures de sensibilisation ciblées, y compris des campagnes de communication et d'information et des initiatives de changement de comportement à l'intention tant des agents de santé que des communautés ; à renforcer les compétences des professionnels de la santé en matière de bon usage des antimicrobiens ; à développer les compétences techniques du personnel de santé en intégrant des modules consacrés à la résistance aux antimicrobiens dans les programmes d'éducation et de formation initiales et continues ; à sensibiliser le grand public à l'importance d'une bonne utilisation des agents antimicrobiens ; et à entreprendre toutes les actions susmentionnées en fonction du contexte national ;
- 9) à soutenir des initiatives novatrices qui favorisent la recherche-développement de nouveaux vaccins, outils de diagnostic, antimicrobiens et produits thérapeutiques et de solutions de substitution aux antibiotiques classiques, y compris la recherche fondamentale, la recherche appliquée et la recherche sur la mise en œuvre, ainsi que la recherche sur de nouvelles approches de lutte anti-infectieuse et de bon usage des antimicrobiens ; à préserver l'efficacité des médicaments antimicrobiens existants grâce à une collaboration avec les institutions universitaires, les organisations de la société civile et le secteur privé au moyen de mécanismes appropriés ; et à promouvoir la production locale d'antimicrobiens et d'autres produits de santé pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens ;
- 10) à renforcer la coopération internationale pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, en particulier en vue d'améliorer les capacités de mise en œuvre ;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir appui et conseils aux États Membres pour les préparatifs de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux antimicrobiens qui se tiendra en 2024 ;

- 2) d'appuyer les négociations de la déclaration politique et les travaux de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux antimicrobiens qui se tiendra en 2024 en rédigeant un rapport actualisé sur les progrès, les réalisations et les enjeux de la mise en œuvre des plans d'action nationaux, y compris les mécanismes de coordination multisectoriels et multipartites, et en proposant des solutions sous forme d'avis techniques ; et de coordonner les séances d'information des États Membres afin de faciliter des discussions éclairées ;
- 3) de continuer à travailler avec les organisations de l'Alliance quadripartite et d'autres organisations internationales et du système des Nations Unies compétentes afin de lutter contre la résistance aux antimicrobiens au travers d'approches multisectorielles et conformément au principe « Une seule santé », notamment dans une optique d'harmonisation et de réduction des doubles emplois et pour préparer la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux antimicrobiens qui se tiendra en 2024 ;
- 4) de fournir un appui technique aux États Membres qui en font la demande en ce qui concerne l'application, dans les plans d'action nationaux, des priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035 ; d'établir des objectifs, des cibles et des indicateurs nationaux ambitieux, mais réalistes, qui aillent dans le sens des quatre priorités stratégiques ; d'appliquer l'approche de l'OMS centrée sur les personnes pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine et sa classification AWaRe (accessibilité essentielle/utilisation sélective/dernier recours) des antibiotiques, de manière à renforcer le bon usage des antimicrobiens ; et d'estimer la mortalité attribuable à la résistance aux antimicrobiens ;
- 5) d'aider les États Membres qui en font la demande à mobiliser des financements nationaux et internationaux à l'appui de la mise en œuvre des plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens, et de faciliter l'apprentissage et la mise en commun des expériences et des bonnes pratiques entre les États Membres ;
- 6) de continuer à appuyer le renforcement des capacités des États Membres en tirant parti des compétences en matière de résistance aux antimicrobiens des pays, des bureaux régionaux de l'OMS, de ses centres collaborateurs et des départements compétents du Secrétariat, y compris, entre autres, l'Académie de l'OMS ;
- 7) d'aider les États Membres qui en font la demande à participer au Système mondial de l'OMS de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage, notamment pour surveiller la résistance aux antimicrobiens, leur consommation et leur utilisation dans le secteur de la santé humaine, et pour éclairer les politiques générales au niveau des établissements de santé et des pays ;
- 8) de continuer à soumettre à l'Assemblée de la Santé des rapports biennaux communs sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution, conformément aux dispositions des résolutions WHA68.7 et WHA72.5, en présentant des rapports aux Soixante-Dix-Huitième (2025), Quatre-Vingtième (2027) et Quatre-Vingt-Deuxième (2029) Assemblées mondiales de la Santé.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, troisième rapport)

WHA77.7 Renforcement de la gestion des risques biologiques en laboratoire^{1,2}

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;³

Consciente du risque croissant d'épidémies de maladies émergentes et réémergentes et de la nécessité de renforcer la préparation à l'échelle mondiale, y compris dans le domaine de la recherche en sciences de la vie et de la microbiologie en santé publique ;

Rappelant la résolution WHA58.29 (2005) sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, dans laquelle étaient proposées des mesures pour mettre en œuvre une approche intégrée de la sécurité biologique en laboratoire, ainsi que les autres résolutions pertinentes ;⁴

Constatant les efforts et les progrès accomplis à la fois par les États Membres et le Secrétariat pour renforcer la sécurité biologique en laboratoire et améliorer les conditions de confinement biologique sur le plan structurel, conformément aux orientations techniques de l'OMS en la matière, comme le prévoit la résolution WHA58.29 ;

Prenant note de la mise en œuvre de programmes spécifiques conformes aux orientations de l'OMS,⁵ comme de l'élaboration de plans nationaux de préparation, de la mobilisation de ressources nationales et internationales, et des efforts de collaboration ;

Notant également que l'OMS fournit un appui technique aux États Membres par la mise à jour et la publication de documents d'orientation en la matière ;

Soulignant qu'il importe de continuer à mettre en œuvre et à renforcer la gestion des risques biologiques en laboratoire, qui suppose des mesures de sécurité biologique au niveau institutionnel et du personnel ;

Consciente du rôle essentiel que jouent les laboratoires des secteurs concernés⁶ dans la sécurité sanitaire mondiale, et du fait que le nombre croissant d'installations de confinement maximal menant des travaux de recherche sur des agents pathogènes ayant de graves conséquences⁷ et touchant

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Dans la présente résolution, l'expression « gestion des risques biologiques en laboratoire » s'entend des principes, technologies et pratiques mis en œuvre pour empêcher l'exposition involontaire à des agents biologiques ou leur libération accidentelle (c'est-à-dire la sécurité biologique en laboratoire) et pour assurer la protection, le contrôle et la redevabilité quant aux matériels biologiques et/ou aux équipements, aux compétences et aux données se rapportant à leur manipulation, en visant à empêcher leur accès non autorisé, leur perte, leur vol, leur usage abusif, leur détournement ou leur diffusion (c'est-à-dire la sûreté biologique en laboratoire). *Manuel de sécurité biologique en laboratoire, Quatrième édition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374880>, consulté le 5 novembre 2024).

³ Document A77/4.

⁴ Y compris, entre autres, les résolutions WHA58.3 (2005), WHA71.16 (2018), WHA74.7 (2021) et WHA76.5 (2023).

⁵ Y compris les Directives de sûreté biologique de Tianjin pour l'élaboration de codes de conduite à l'intention des scientifiques.

⁶ *Advanced global health security: from commitments to actions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/251417>, consulté le 28 août 2024).

⁷ Par matériel, technologie et informations ayant de graves conséquences, on entend tout agent biologique, matériel biologique ainsi que la technologie et les informations qui s'y rapportent, susceptibles de provoquer chez les humains, les animaux, les plantes et/ou dans l'environnement, directement ou indirectement, une maladie ou d'autres effets nocifs importants. *Laboratory biosecurity guidance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377754>, consulté le 28 août 2024).

les humains, les animaux et d'autres organismes vivants,¹ ainsi que l'utilisation généralisée de nouvelles technologies, modifient le paysage de la sécurité et de la sûreté biologiques en laboratoire ;²

Notant que pour passer de l'atténuation et de la gestion des risques biologiques en laboratoire à une approche davantage fondée sur les risques et les données probantes, les États Membres doivent mettre en place des mesures, des pratiques et des compétences efficaces en matière de surveillance et les activités doivent être menées de manière plus responsable à tous les niveaux institutionnels ;

Considérant que la recherche-développement utilisant, le cas échéant, des agents biologiques, notamment ceux ayant de graves conséquences, en laboratoire, est essentielle pour prévenir, détecter et maîtriser les flambées de maladies émergentes et réémergentes et que leur dissémination à partir de tout type d'installation de confinement, y compris celles appartenant à des fabricants de produits pharmaceutiques et à des entités privées, peut avoir des répercussions mondiales ;

Se déclarant préoccupée par les lacunes dans l'application des mesures de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire, mises en lumière par les rapports établis et les évaluations effectuées au titre du Règlement sanitaire international (2005),³ et des mesures appropriées supplémentaires requises pour réduire au minimum les risques biologiques associés aux laboratoires ;

Consciente que les progrès rapides de la technologie, notamment l'accès plus aisé au génie génétique, de la biologie synthétique et de la recherche impliquant des micro-organismes pathogènes génétiquement modifiés, et ceux qui ont un potentiel hautement contagieux et/ou virulent pour les humains, les animaux et les autres organismes vivants, ou qui permettent la transmission interespèces, ne sont pas entièrement caractérisés et prévisibles ;

Soulignant qu'il importe que les États Membres s'engagent à combler les lacunes mises en lumière par les évaluations effectuées au titre du Règlement sanitaire international (2005) et à renforcer et mettre en avant l'atténuation et la gestion des risques biologiques en laboratoire comme l'une des capacités nécessaires en matière de sécurité sanitaire pour prévenir les urgences sanitaires, s'y préparer et y riposter, y compris les pandémies et autres situations d'urgence,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁴ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à renforcer pleinement la mise en œuvre de la résolution WHA58.29 en incluant des éléments essentiels d'atténuation et de gestion des risques biologiques dans leurs stratégies, politiques, programmes et mécanismes nationaux relatifs à la sécurité et à la sûreté biologiques en laboratoire ;
 - 2) à approuver, à renforcer et à mettre en œuvre, dans les limites des capacités et des priorités de chaque État Membre, des stratégies, des politiques, des programmes et des mécanismes

¹ Par travaux de recherche ayant de graves conséquences, on entend les travaux de recherche censés offrir des avantages qui utilisent ou créent du matériel, une technologie ou des informations qui pourraient causer des préjudices importants aux humains ou à leurs systèmes sociaux (par exemple à l'économie), aux animaux, aux plantes et/ou à l'environnement. *Laboratory biosecurity guidance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377754>, consulté le 28 août 2024).

² La sûreté biologique en laboratoire consiste à assurer la protection, le contrôle et la redevabilité quant aux matériels biologiques et/ou aux équipements, aux compétences et aux données se rapportant à leur manipulation et vise à empêcher leur accès non autorisé, leur perte, leur vol, leur usage abusif, leur détournement ou leur diffusion. *Manuel de sécurité biologique en laboratoire, Quatrième édition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374880>, consulté le 28 août 2024).

³ Y compris au moyen de l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties (SPAR) et d'autres outils volontaires, le cas échéant.

⁴ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

nationaux multisectoriels et pangouvernementaux en matière de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire, couvrant notamment la recherche et le transport, conformément aux lignes directrices de l’OMS, portant sur les agents biologiques ayant de graves conséquences¹ qui, en cas de dissémination ou d’exposition, causeraient des préjudices importants ou entraîneraient des conséquences potentiellement catastrophiques ;

3) à renforcer la formation et le perfectionnement continu de ressources humaines compétentes, y compris dans les domaines de la recherche, des systèmes de données et de gestion des incidents, pour l’atténuation et la gestion des risques biologiques en laboratoire ;

4) à promouvoir une approche fondée sur les risques à l’appui d’une solide base technique au moyen de mesures fondées sur des données probantes, une culture rationnelle de la sécurité et de la sûreté biologiques² à tous les niveaux institutionnels, et un travail de sensibilisation adapté, prévoyant entre autres des approches, des pratiques et des interventions culturelles et comportementales qui favorisent la transparence de la communication, parallèlement à la prévention de la mésinformation et de la désinformation et à la résilience face à celles-ci ;

5) à élaborer, et à harmoniser le cas échéant avec les normes internationales pertinentes, la législation et/ou la réglementation et les politiques relatives à l’atténuation et à la gestion des risques biologiques en laboratoire, y compris en ce qui concerne la possession, l’utilisation ou le transfert d’agents biologiques ayant de graves conséquences et les installations de confinement concernées, le traitement des données de recherche, les méthodologies dans les domaines de la biologie synthétique et d’autres domaines de la biologie nouvellement créés et leurs produits, étant entendu que la législation, la réglementation et les politiques devraient favoriser l’inclusivité dans le contexte de la promotion d’une santé centrée sur la personne, de la prévention des maladies, de la détection précoce des urgences sanitaires et de la riposte à celles-ci, et de la réduction de la charge pesant sur les systèmes de santé ;

6) à améliorer et à renforcer la coopération internationale, la mise au point d’outils techniques et l’échange d’informations relatives aux laboratoires et aux incidents afin de mettre en œuvre concrètement, conformément au Règlement sanitaire international (2005), l’atténuation et la gestion des risques biologiques en laboratoire en tenant compte de la sécurité de l’information et des risques potentiels de propagation internationale ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui technique et des orientations normatives aux États Membres, à leur demande, pour élaborer des stratégies et des mesures de gestion des risques biologiques ainsi que des systèmes de surveillance complets, y compris en ce qui concerne le confinement en laboratoire, la recherche et l’utilisation responsable des sciences, et pour porter la mise en œuvre à plus grande échelle en fonction des besoins et des priorités des États Membres ;

¹ WHO consultative meeting high/maximum containment (biosafety level 4) laboratories networking: meeting report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/311625>, consulté le 28 août 2024) ; et *Manuel de sécurité biologique en laboratoire, Quatrième édition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/337956>, consulté le 28 août 2024).

² La culture de la biosécurité est définie comme l’ensemble de valeurs, de croyances et de comportements inculqués et facilités dans une atmosphère ouverte et confiante par des personnes et des organisations travaillant ensemble pour soutenir ou améliorer les meilleures pratiques en matière de sécurité biologique au laboratoire. *Manuel de sécurité biologique en laboratoire, Quatrième édition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374880>, consulté le 17 janvier 2024).

- 2) de soutenir les États Membres désireux d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies nationales en matière de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire, conformément à la législation nationale et au programme général de travail applicable, prévoyant une structure, des ressources, des actifs et des capacités appropriés, le soutien financier étant fourni en fonction de la structure de la stratégie au niveau national ;
- 3) de veiller à ce que l'OMS tire parti de ses atouts en mettant au point des orientations pour la gestion des risques biologiques en laboratoire, et en les actualisant, en coopération avec d'autres organisations internationales, y compris, mais sans s'y limiter, en organisant des discussions en vue de proposer des données de référence consensuelles pour permettre l'évaluation objective et le signalement des incidents en application du Règlement sanitaire international (2005), pour les établissements travaillant avec des agents microbiologiques, moyennant l'identification et la promotion des meilleures pratiques, telles que les interventions fondées sur les données probantes et sur les risques, en fonction du contexte propre à chaque État Membre et de la phase d'élaboration du programme national de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire ;
- 4) de suivre à tous les niveaux de l'OMS, et d'en rendre compte à l'Assemblée de la Santé, les faits nouveaux, les données probantes et les tendances concernant les outils, les technologies, les méthodologies et les normes en matière de sûreté et de sécurité biologiques en laboratoire dans les systèmes de santé ; les programmes de formation en santé publique de toutes les parties prenantes, y compris les universités et le secteur privé ; et la science des données, et d'analyser leurs conséquences et leur utilisation possible pour la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, avec la participation de tous les secteurs concernés ;
- 5) de promouvoir la collaboration de l'OMS avec d'autres organisations et parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, d'une manière qui favorise le renforcement de la mise en œuvre de l'atténuation et de la gestion des risques biologiques en laboratoire, en tirant parti de leurs capacités par l'intermédiaire des centres collaborateurs de l'OMS et d'autres partenaires techniques compétents ou de partenariats volontaires au niveau national et international ;
- 6) de favoriser la poursuite des discussions entre les États Membres et les organisations internationales ou parties prenantes concernées en vue d'éventuelles propositions supplémentaires visant à renforcer pleinement l'atténuation et la gestion des risques biologiques en laboratoire ;
- 7) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2026, 2028 et 2030 sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, troisième rapport)

WHA77.8 Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant le Règlement sanitaire international (2005), le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) et les Principes de Bangkok pour la mise en œuvre des composantes santé du Cadre de Sendai, l'Accord de Paris et la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement, le Nouveau Programme pour les villes issu de la troisième Conférence des Nations Unies sur le logement et le développement urbain durable (Habitat III) et le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2025 dont l'une des priorités stratégiques consiste à ce qu'un milliard de personnes supplémentaires soient mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ;

Rappelant également les résolutions 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, WHA65.20 (2012) sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires, 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 », WHA73.8 (2020) intitulée « Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005) », WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, WHA75.17 (2022) sur les ressources humaines pour la santé et WHA76.2 (2023) sur les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés à l'appui de la couverture sanitaire universelle et de la protection contre les urgences sanitaires ;

Rappelant par ailleurs les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies 75/124 (2020) intitulée « Coopération internationale en matière d'aide humanitaire à la suite de catastrophes naturelles : de la phase des secours à celle de l'aide au développement » et 77/28 (2022) sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies ;

Notant avec préoccupation que la fréquence et l'intensité accrues des phénomènes météorologiques extrêmes liés au climat, ainsi que leurs répercussions sur la santé, font peser une pression supplémentaire sur les systèmes de santé, et qu'il faut donc progresser dans les domaines de l'adaptation, de la réduction des risques et de la préparation pour protéger les populations, en particulier celles qui courent un risque élevé de subir les effets dévastateurs des phénomènes météorologiques extrêmes ;

Notant également avec préoccupation l'exposition continue aux aléas naturels, aux urgences sanitaires croisées, à leurs conséquences multiples et à long terme sur la santé publique et à leurs effets néfastes sur le bien-être des populations du monde entier, notamment de celles qui vivent dans des situations de vulnérabilité et de fragilité ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

Sachant que les pays continuent de faire face à des situations d'urgence résultant d'aléas naturels, tels qu'ils sont classés à l'annexe 1 du Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé établi par l'OMS ;¹

Sachant également que les effets dévastateurs de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur la santé, la société et l'économie, ainsi que les enseignements tirés des mesures prises pour y faire face, ont montré qu'il fallait renforcer la préparation, la riposte et la résilience face aux urgences sanitaires consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels, car les situations d'urgence concomitantes et convergentes mettent à rude épreuve les communautés et les systèmes de santé ;

Soulignant que la préparation et la riposte aux urgences sanitaires relèvent essentiellement de la responsabilité et du rôle des gouvernements, mesurant l'importance d'intégrer la préparation, la riposte et la résilience en matière de santé dans le cadre plus large de la préparation aux situations d'urgence consécutives à des catastrophes, et considérant le rôle que joue la coopération internationale pour ce qui est d'appuyer les efforts nationaux et de gérer les risques transfrontières ;

Consciente que le secteur de la santé occupe un rôle fondamental dans la préparation, la prévention, la riposte et le relèvement face aux situations d'urgence et que, dans le cadre de la gestion globale des situations d'urgence et catastrophes majeures, il faut, à titre prioritaire et en toute efficacité, accorder une attention particulière aux besoins sanitaires des personnes vivant dans des situations de vulnérabilité et de fragilité ;

Soulignant qu'il importe de disposer de personnels de santé et d'aide à la personne formés, équipés et diversifiés en première ligne de la préparation, de la prévention, de la riposte et du relèvement face aux situations d'urgence, y compris, mais non exclusivement, des agents de santé communautaires et des bénévoles communautaires habilités, et mettant en évidence le rôle essentiel que ces personnels jouent en mobilisant l'ensemble de la société et en appuyant les efforts déployés pour renforcer la résilience globale des communautés face aux catastrophes résultant d'aléas naturels ;

Prenant en considération les aspects multidimensionnels des catastrophes, les interdépendances complexes entre les différentes parties prenantes et le rôle primordial que jouent les communautés et la société civile dans la prévention, la préparation, la riposte et le relèvement face aux catastrophes résultant d'aléas naturels ;

Sachant que, compte tenu des progrès technologiques et des avancées dans les capacités de prévision, il est de plus en plus important de prévoir, de hiérarchiser et de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques et de préparation opérationnelle pour atténuer les effets néfastes que les catastrophes résultant d'aléas naturels ont sur la santé, y compris par des systèmes d'alerte précoce multidangers permettant aux pays d'être prêts à réagir rapidement et efficacement ;

Constatant les effets immédiats, à court terme et permanents que les catastrophes résultant d'aléas naturels ont sur la santé, y compris les conséquences qu'entraînent les blessures, maladies et décès, la destruction des infrastructures sanitaires et la perturbation des services, ainsi que les répercussions à plus long terme sur la santé liées à l'interruption de la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles et de la lutte en la matière, y compris la prise en charge des problèmes de santé mentale et des troubles psychosociaux, et d'autres programmes de santé publique ;

¹ *Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé* (p. 26-36). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348822/9789240019706-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 17 janvier 2024).

Sachant qu'une riposte adéquate aux urgences sanitaires consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels passe par un système de soins de santé résilient et fonctionnel, qui englobe les soins primaires, les soins d'urgence, intensifs, chirurgicaux et d'anesthésie intégrés, les services de réadaptation, les technologies d'assistance, les soins de santé sexuelle et procréative, et les services de santé mentale et de soutien psychosocial, y compris l'accès équitable et rapide à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi qu'à des produits et technologies de santé, qui sont des éléments essentiels à la fois des soins de santé intégrés et d'un système de soins de santé d'urgence robuste ;

Sachant également qu'il est essentiel de mettre en place des systèmes de santé publique résilients au niveau local ou communautaire, infranational, national et régional aux fins de la préparation et de la riposte aux catastrophes résultant d'aléas naturels ;

Mesurant l'importance que revêtent la communication sur les risques, la lutte contre la désinformation et la désinformation, et la mobilisation communautaire pour ce qui est de promouvoir des approches plus centrées sur la communauté et plus équitables face aux catastrophes résultant d'aléas naturels, ce qui suppose notamment d'informer, de mobiliser et d'autonomiser les communautés pour qu'elles prennent des mesures proactives et renforcent leur résilience ;

Considérant l'énorme potentiel que présentent les technologies numériques et l'innovation pour ce qui est d'accroître l'accessibilité, la sécurité et la rentabilité des services de santé, en particulier dans les situations d'urgence ;

Notant avec préoccupation que les personnes vulnérables et marginalisées sont souvent touchées de manière disproportionnée par les effets des catastrophes résultant d'aléas naturels et qu'elles sont sous-représentées dans le processus décisionnel régissant la préparation aux situations d'urgence,

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

1) à s'assurer que les efforts visant à renforcer la préparation aux urgences sanitaires et la riposte aux catastrophes résultant d'aléas naturels sont fondés sur une évaluation intersectorielle systématique et régulière des risques, reposant sur des données probantes ;

2) à s'assurer que les efforts de préparation et de riposte aux urgences sanitaires s'appuient fermement sur des approches de réduction et d'atténuation des risques et de renforcement de la résilience des systèmes de santé qui fassent progresser la couverture sanitaire universelle et soient orientées vers les soins de santé primaires, permettant la prestation durable de services de santé essentiels pendant et après les catastrophes résultant d'aléas naturels ;

3) à renouveler leur engagement politique, à fournir des ressources humaines et financières, selon qu'il convient, et à suivre des approches systématiques et globales pour renforcer et maintenir les capacités en matière de prévention, de préparation, de riposte et de relèvement face aux urgences sanitaires, à des fins de résilience et de sécurité sanitaire accrue, y compris par les moyens suivants : en consolidant et en étoffant les politiques/stratégies de gestion des risques d'urgence ; en planifiant et en coordonnant les services de santé essentiels et les services connexes ; en formant les personnels de santé et d'aide à la personne ; en informant, en éduquant et en assurant la gestion des connaissances ; en renforçant les capacités communautaires ; et en mettant en place des infrastructures et moyens logistiques sanitaires qui soient sûrs, accessibles et résilients ;

4) à renforcer la riposte, la coordination et la gestion opérationnelles axées sur les risques à tous les niveaux, y compris la coopération internationale, afin d'assurer, de manière rapide, sûre, accessible et efficace, une compréhension des risques sanitaires et de leurs conséquences et la prestation aux personnes et populations touchées de services de santé qui répondent de manière

adéquate aux besoins urgents en matière de santé et de relèvement, et à intégrer des normes techniques, des bonnes pratiques, des systèmes de gestion des incidents clairs et des plans d'intervention d'urgence multidangers propres au secteur de la santé qui tiennent compte des questions de genre, d'âge et de handicap et soient régulièrement évalués et mis à jour pour permettre de faire face aux catastrophes résultant d'aléas naturels ;

5) à s'engager, le cas échéant, au niveau local ou communautaire, infranational, national, régional et mondial pour progresser dans les domaines de la réduction des risques, de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux urgences sanitaires consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels, ainsi qu'en ce qui concerne le relèvement des communautés et des systèmes de santé ;

6) à faciliter une collaboration efficace entre les partenaires, les experts et les principales parties prenantes au niveau national et international afin de s'assurer que les connaissances et l'expertise sont à jour et pertinentes, ainsi qu'à diffuser ces connaissances et à apporter un appui technique approprié aux programmes internationaux et nationaux de préparation, de riposte et d'atténuation en matière de santé de sorte à façonner le cadre mondial de la préparation aux urgences sanitaires en vue d'un meilleur état de préparation à la riposte ;

7) à élaborer, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes qui donnent la priorité aux investissements visant à améliorer la sécurité, l'accessibilité et la résilience des établissements de santé, en veillant notamment à ce que ces derniers soient situés dans des lieux sûrs, correctement construits et capables de continuer à fonctionner pendant et après les situations d'urgence, de réduire au minimum les perturbations affectant la prestation des services de santé essentiels et de protéger la vie des patients, des personnels de santé et d'aide à la personne et de la communauté ;

8) à coordonner l'action menée par l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société, de manière inclusive, et en coopération avec le Secrétariat de l'OMS et la communauté internationale avant, pendant et après les catastrophes résultant d'aléas naturels, afin que le secteur de la santé soit pleinement intégré dans les mécanismes de coordination multisectorielle fondés sur des approches qui intègrent les enjeux du handicap, qui soient participatives et centrées sur la communauté, et qui tiennent compte des questions de genre et d'âge ;

9) à tirer parti des réseaux de communication et de collaboration existants, y compris les communautés et les réseaux créés dans le cadre d'approches multisectorielles, pour renforcer et rationaliser les efforts d'atténuation et de riposte avant, pendant et après les catastrophes résultant d'aléas naturels ;

10) à faciliter l'accès rapide des personnes et populations touchées aux médicaments, produits de diagnostic, vaccins et autres produits médicaux nécessaires aux interventions d'urgence dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé prioritaires et essentiels, y compris l'accès adéquat aux soins primaires, aux soins d'urgence, intensifs, chirurgicaux et d'anesthésie intégrés, aux services de réadaptation, aux technologies d'assistance, aux soins de santé sexuelle et reproductive, aux services de lutte contre la violence fondée sur le genre et aux services de santé mentale et de soutien psychosocial pendant et après les catastrophes résultant d'aléas naturels, notamment par l'intermédiaire des réseaux de partenaires opérationnels existants, tels que le Groupe sectoriel mondial pour la santé, l'initiative des équipes médicales d'urgence de l'OMS, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et le programme des partenariats de réserve ;

11) à faciliter et à promouvoir la production, la fourniture et la distribution des produits essentiels nécessaires à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels, notamment en appuyant, selon que de besoin, la constitution de stocks stratégiques et l'accès équitable aux produits médicaux compte tenu des données épidémiologiques, de la situation de vulnérabilité et d'autres éléments de preuve scientifiques ;

12) à procéder régulièrement et systématiquement à des évaluations des risques fondées sur des données probantes afin d'orienter les actions, de mobiliser toutes les parties prenantes principales, y compris les communautés locales, et d'établir un leadership clair pour la préparation aux urgences sanitaires consécutives aux catastrophes résultant d'aléas naturels ;

13) à améliorer l'appui aux personnels de santé et d'aide à la personne, y compris les agents de santé communautaires et les bénévoles communautaires habilités, en leur dispensant une formation technique pertinente en matière de santé et de sécurité, et en favorisant l'apprentissage tout au long de la vie en coopération avec des établissements d'enseignement supérieur, de recherche et de formation, notamment la formation dispensée par l'Académie de l'OMS et les centres collaborateurs de l'OMS ;

14) à permettre aux personnels de santé et d'aide à la personne de mettre à jour et d'adapter leurs compétences techniques pour mieux se préparer à la prévention, au sauvetage immédiat des victimes, à la prévention des décès, à la prévention et à la réduction des blessures, aux conséquences en matière de santé mentale et à d'autres maladies au sein des communautés, ainsi qu'à l'approche de la prévention et de la riposte centrée sur les personnes ayant survécu à des actes d'exploitation et d'abus sexuels ;

15) à appuyer, le cas échéant, le renforcement de la collecte de données, la ventilation des données, y compris en fonction du sexe, de l'âge et du handicap, et la recherche de manière systématique en vue d'une amélioration continue du socle de données probantes et des résultats de la préparation et de la riposte face aux urgences sanitaires ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir des orientations techniques, y compris des outils d'appui décrivant les exigences fondées sur des données probantes, pour les mécanismes et les capacités visant à renforcer la préparation aux urgences sanitaires consécutives aux catastrophes résultant d'aléas naturels et de faciliter l'accès au financement des capacités nationales de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe ;

2) de prêter assistance aux États Membres qui le demandent, dans la mesure du possible, pour surmonter les difficultés que rencontre le secteur de la santé face aux changements climatiques, et notamment d'apporter un appui aux petits États insulaires en développement, aux autres pays vulnérables aux effets des changements climatiques, aux milieux urbains et aux autres zones géographiques qui sont sujettes à des catastrophes résultant d'aléas naturels et qui sont confrontées à des difficultés similaires du point de vue des risques, des vulnérabilités et des capacités, ce qui suppose d'adopter des approches spécifiquement adaptées au contexte ;

3) de prêter assistance aux États Membres qui le demandent pour établir, renforcer et opérationnaliser les capacités locales, infranationales et nationales d'intervention rapide en cas d'urgence, y compris les équipes médicales d'urgence, les équipes de soins spécialisés, les équipes d'intervention rapide de santé publique, les laboratoires mobiles et les interventions et ressources communautaires, en coopération avec les acteurs d'intervention concernés ;

4) de renforcer les capacités, les ressources et l'expertise à tous les niveaux de l'OMS et de fournir les orientations techniques et le soutien nécessaires aux États Membres qui le demandent afin de renforcer durablement les capacités locales, infranationales, nationales et régionales en vue d'assurer une préparation et une riposte aux catastrophes résultant d'aléas naturels qui tiennent compte des questions de genre, d'âge et de handicap ;

5) de mobiliser rapidement des ressources financières et humaines adéquates, durables et souples à tous les niveaux de l'OMS, y compris par l'intermédiaire du Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, afin d'aider les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé, notamment la sécurité et la résilience des établissements de santé ;

6) de faire le point sur les efforts déployés pour mettre en œuvre la présente résolution dans les documents préparatoires et les séances d'information destinés à la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire, et de rendre compte à l'Assemblée de la Santé des progrès accomplis, des bilans d'expérience et des meilleures pratiques concernant la mise en œuvre de la présente résolution en 2026, 2028 et 2030 dans le cadre du rapport de synthèse sur l'action menée par l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, troisième rapport)

WHA77.9 Initiative mondiale Santé et Paix¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Soulignant le rôle qui est celui de l'OMS dans le cadre de son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;

Rappelant qu'aux termes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité, et les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples, responsabilité à laquelle ils ne peuvent faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ;

Rappelant également la résolution WHA34.38 (1981) sur le rôle des médecins et des autres personnels de santé dans la préservation et la promotion de la paix en tant que principal facteur favorisant l'instauration de la santé pour tous ;

Rappelant en outre la résolution WHA65.20 (2012) sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a reconnu qu'en sa qualité d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations, l'Organisation est particulièrement bien placée pour fournir un appui aux ministères de la santé et aux partenaires afin qu'ils coordonnent la préparation, la riposte et le relèvement en cas d'urgence humanitaire, et a invité instamment les États Membres à renforcer au niveau national les processus de gestion des risques, de préparation aux situations d'urgence sanitaire et d'établissement de plans d'urgence, ainsi que les services de gestion des catastrophes du ministère de la santé, comme le prévoit la résolution WHA64.10 (2011) ;

Réaffirmant que c'est à l'autorité nationale qu'il incombe au premier chef de s'occuper des victimes de catastrophes naturelles et autres situations d'urgence survenant sur son territoire, et que c'est à l'État touché que revient le rôle premier dans l'initiative, l'organisation, la coordination et la mise en œuvre de l'aide humanitaire sur son territoire ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

Rappelant la résolution 46/182 (19 décembre 1991) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations Unies, ainsi que toutes les résolutions ultérieures de l'Assemblée générale sur le même sujet, y compris la résolution 78/119 (8 décembre 2023), et soulignant que le respect du droit international, y compris du droit humanitaire international, est essentiel dans la riposte aux urgences sanitaires en situation de conflit armé et pour en atténuer l'impact ;

Rappelant également que le droit international humanitaire, tel qu'il est applicable, doit être pleinement appliqué en toutes circonstances, sans aucune distinction défavorable fondée sur la nature ou l'origine du conflit armé ou sur les causes soutenues par les parties au conflit, ou attribuées à celles-ci, rappelant que le respect des obligations internationales au niveau national contribue de manière essentielle à ce que les pays s'acquittent de l'obligation de respecter le droit international humanitaire, et reconnaissant le rôle primordial des États à cet égard ;

Rappelant en outre la décision WHA68(10) (2015), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a réaffirmé que l'action d'urgence de l'OMS à tous les niveaux serait menée conformément au droit international, en particulier conformément à l'article 2.d) de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et d'une manière qui soit conforme aux principes et objectifs du Cadre d'action d'urgence, ainsi qu'au Règlement sanitaire international (2005), et qu'elle serait guidée par une approche des urgences sanitaires axée sur tous les risques, qui privilégie l'adaptabilité, la flexibilité et la responsabilisation ; les principes humanitaires de neutralité, d'humanisme, d'impartialité et d'indépendance ; ainsi que la prévisibilité, la ponctualité et la prise en main par les pays ;

Rappelant également la décision WHA75(24) (2022), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de consulter les États Membres et les observateurs concernant l'application de la voie à suivre proposée, puis d'élaborer une feuille de route ;

Rappelant en outre la décision WHA76(12) (2023), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a pris note de la feuille de route pour l'Initiative mondiale Santé et Paix, et dans laquelle le Directeur général a été prié de présenter un rapport sur les progrès accomplis dans le renforcement de la feuille de route, en tant que document évolutif, au moyen de consultations avec les États Membres, les observateurs et d'autres parties prenantes, suivant la décision des États Membres ;

Constatant que les travaux de renforcement de la feuille de route se poursuivent, comme demandé dans la décision WHA76(12),

PRIE le Directeur général :

- 1) de poursuivre les actions suivantes, dans le cadre du processus consultatif sur le renforcement de la feuille de route pour l'Initiative mondiale Santé et Paix :
 - a) la collecte de données dans les résumés de recherche et leur analyse ;
 - b) la communication et l'information sur l'Initiative mondiale Santé et Paix et sa valeur ajoutée, ainsi que sur la programmation abordée sous l'angle de la santé et de la paix ;
 - c) le renforcement des capacités grâce à l'appui technique et à l'élaboration d'un manuel de formation interne de l'OMS aux fins de la programmation dans le cadre du mandat de l'OMS ;
 - d) le dialogue et le partenariat avec les acteurs clés afin de déterminer les possibilités de mise en commun des compétences et de recenser les domaines de coopération ;

- 2) de rendre compte des progrès accomplis au Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session en 2026 afin que les États Membres envisagent la suite à donner ;
- 3) de faire rapport à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'avancement des travaux concernant la feuille de route en vue d'établir, éventuellement, une feuille de route renforcée consensuelle.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission A, troisième rapport)

WHA77.10 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 de l'Organisation mondiale de la Santé

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

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé ;²

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote de l'Afghanistan, des Comores, de la Dominique, du Gabon, du Liban, de la République centrafricaine, de Sao Tomé-et-Principe, de la Sierra Leone, de la Somalie, du Soudan, du Soudan du Sud, du Venezuela (République bolivarienne du) et du Yémen 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 de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Notant également qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, la Bolivie (État plurinational de), le Cameroun, le Pakistan et la République démocratique du Congo 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 de l'Organisation mondiale de la Santé, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l'ouverture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025,

DÉCIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7 (1988), si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, la Bolivie (État plurinational de), le Cameroun, le Pakistan et la République démocratique du Congo sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les privilèges attachés à leur droit de vote seront suspendus à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) ci-dessus se prolongera jusqu'à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé

¹ Document A77/21.

² Document A77/38.

suivantes jusqu'à ce que les arriérés aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ;

3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement des privilèges attachés à son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, premier rapport)

WHA77.11 Congé parental¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

1. ADOPTE les amendements à l'article 6.2 du Statut du personnel ;³
2. DÉCIDE que ces amendements prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2024.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA77.12 Renforcer la santé et le bien-être dans le cadre des manifestations sportives^{1,4}

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁵

Réaffirmant l'attachement aux principes énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978), la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle (1997), la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005) et d'autres accords internationaux pertinents sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Voir l'annexe 2.

⁴ Définition des manifestations sportives : les manifestations sportives sont des événements d'une durée limitée qui ont une portée internationale, régionale, nationale ou locale (en termes de participation, d'audience et/ou de couverture médiatique), peuvent nécessiter des investissements et peuvent avoir un impact sur la population et le bâti.

Définition des retombées de manifestations sportives : les retombées sont les conséquences prévues et imprévues de l'accueil d'une manifestation sportive.

Référence : d'après les définitions des manifestations mondiales et des retombées de ces manifestations établies par l'OCDE (2018).

⁵ Document A77/4.

Rappelant la charge mondiale des maladies non transmissibles, lesquelles sont responsables de 74 % des décès dans le monde et de 1,62 milliard d'années de vie ajustées sur l'incapacité, et notant avec préoccupation la prévalence croissante des maladies non transmissibles, des traumatismes et d'autres problèmes de santé ;

Réaffirmant qu'il est important de progresser dans la réalisation des objectifs de développement durable fixés en 2015 (résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies), y compris l'objectif 3, tout en prenant acte de l'absence de progrès par rapport à 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 réaffirmant l'importance de la résolution 75/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sport, facteur de développement durable, et du programme phare de l'UNESCO « En forme pour la vie » ;

Mesurant l'importance que revêtent le Plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique (décision WHA75(11) (2022)), ainsi que le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (résolution WHA66.10 (2013)), prorogé jusqu'en 2030, et l'appel qui y figure à prendre des mesures dans plusieurs secteurs pour s'attaquer aux déterminants des maladies non transmissibles, y compris ceux liés à l'inactivité physique, à une alimentation malsaine et aux inégalités sociales ;

Considérant qu'une activité physique régulière a une influence déterminante sur la santé physique et mentale, et prenant acte de l'écart préoccupant avec les niveaux d'activité physique recommandés par l'OMS dans le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 (résolution WHA71.6 (2018)) et des problèmes posés par la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) ;

S'appuyant sur la résolution WHA75.19 (2022) relative à la promotion du bien-être et de la santé, et sur la décision WHA76(22) (2023) intitulée : « Atteindre le bien-être : cadre mondial destiné à intégrer le bien-être à la santé publique au moyen d'une approche axée sur la promotion de la santé », ainsi que sur la résolution WHA76.2 (2023) relative aux soins d'urgence, soins critiques et soins chirurgicaux intégrés à l'appui de la couverture sanitaire universelle et de la protection contre les urgences sanitaires et la résolution WHA76.7 (2023) relative aux sciences comportementales au service de la santé ;

Prenant acte des importantes difficultés liées à la sécurité sanitaire des manifestations sportives, et réaffirmant la résolution WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé souligne que la préparation et la riposte aux urgences sanitaires relèvent avant tout de la responsabilité des gouvernements qui jouent un rôle crucial à cet égard, ainsi que la résolution WHA75.7 (2022) sur le renforcement de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires dans les villes et les zones urbaines, dans laquelle l'Assemblée de la Santé se dit consciente du rôle important que jouent les villes et les autorités locales dans la prévention des urgences sanitaires, la préparation et la riposte ;

Réaffirmant les résolutions adoptées lors des sessions précédentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la Santé qui soulignent l'importance de la collaboration entre les secteurs public et privé visant à promouvoir la prise en compte de la santé lors des manifestations sportives, en totale conformité avec le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (résolution WHA69.10 (2016)) ;

Consciente du rôle notable du sport dans la promotion de la santé et du bien-être, de l'importance des manifestations sportives pour toucher un grand nombre de personnes et de l'influence des manifestations sportives à tous les niveaux de la société, ainsi que des possibilités qu'offrent ces manifestations d'influer sur le comportement, le bien-être et la santé physique et mentale des êtres humains ;

Sachant que le sport joue un rôle important dans la promotion du respect des droits humains et qu'il constitue un pont entre les cultures pour promouvoir le dialogue, la compréhension mutuelle, l'équité, la non-discrimination, le respect et l'égalité des chances pour toutes et tous, comme le souligne l'Alliance des civilisations de l'Organisation des Nations Unies, et reconnaissant que le sport a un grand retentissement qui peut faire de lui un vecteur de changement sociétal par l'autonomisation et l'inclusion ;

Consciente de l'importance de l'accès au sport et à une activité physique durable pour toutes et tous, y compris les personnes handicapées, conformément aux résolutions WHA74.8 (2021) sur le meilleur état de santé que les personnes handicapées sont capables d'atteindre et WHA76.6 (2023) sur le renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé, sachant que les personnes handicapées doivent surmonter davantage d'obstacles pour accéder aux sports et aux manifestations sportives, notamment quand les infrastructures ne permettent pas leur participation ;

Soulignant le potentiel que recèlent les technologies numériques pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, comme indiqué dans la résolution WHA71.7 (2018) sur la santé numérique, et à cet égard pour promouvoir l'innovation en matière de planification, d'organisation et d'évaluation des manifestations sportives et autres, ainsi que pour améliorer la mesure de l'activité physique et la surveillance épidémiologique, et favoriser le changement de comportement et l'innovation,

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

- 1) à tirer parti des possibilités offertes par les manifestations sportives et les lieux où elles se déroulent, sur la base des meilleures données disponibles, pour relever des défis de santé publique d'ordre plus général, tels que la préparation et la riposte aux urgences sanitaires, les maladies non transmissibles, la violence et les traumatismes, les problèmes de santé mentale et l'inclusion sociale, et améliorer le bien-être de la société, grâce à la collaboration et au partenariat avec toutes les parties concernées, tout en parant au risque d'influences indues, grâce à des mesures en faveur de la transparence et de la responsabilisation, et aux répercussions négatives potentielles sur la santé humaine ;
- 2) à mettre en œuvre des mesures efficaces et fondées sur des données probantes pour promouvoir la santé dans le cadre des manifestations sportives organisées au niveau international, régional et national ou au niveau local dans des lieux communautaires prévus à cet effet, y compris en faisant appel à des technologies numériques novatrices ainsi qu'aux sciences comportementales, afin d'améliorer l'impact sur la santé de la population en atténuant les facteurs de risque de maladies non transmissibles et en améliorant la santé mentale et sociale, ainsi que le bien-être ;
- 3) à faciliter la préparation, y compris opérationnelle, et la riposte aux urgences sanitaires et à renforcer les capacités en la matière, et à veiller à ce que les activités soient planifiées à l'aide d'une approche fondée sur les risques et mises en œuvre conformément aux orientations de l'OMS sur les rassemblements de masse afin d'éviter les conséquences néfastes sur la santé et de maintenir et de renforcer le bon fonctionnement des systèmes de santé existants sans perturbation ni surcharge pendant les manifestations sportives ;
- 4) à coopérer avec l'OMS et d'autres organisations compétentes, si nécessaire, à la préparation des grandes manifestations sportives, y compris pour la planification des soins médicaux d'urgence et des interventions, et en appliquant les principes ainsi que les normes de base et techniques de l'initiative des équipes médicales d'urgence, le cas échéant ;
- 5) à veiller à ce que des mesures soient prises lors des manifestations sportives et dans les lieux prévus à cet effet pour contribuer aux priorités mondiales en matière de santé, y compris l'activité physique, l'air pur, l'eau propre et une alimentation plus saine, pour limiter

la commercialisation de produits mauvais pour la santé, ainsi que pour interdire ou restreindre la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage, conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, pour promouvoir des politiques de lutte contre l'alcool conformes au Plan d'action (2022-2030) de l'OMS pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique, et pour restreindre le plus possible les conséquences négatives des jeux d'argent et de hasard sur la santé et le bien-être ;

6) à intégrer, dans le cadre des objectifs des manifestations sportives, la promotion d'une activité physique régulière, adaptée et durable, quels que soient l'âge et les capacités des personnes, ainsi que d'une mobilité écologique sûre et durable, et à contribuer ainsi au contrôle et à l'amélioration de la qualité de l'air ;

7) à encourager les organisateurs de manifestations à procéder à des évaluations de l'impact sur la santé des manifestations sportives, de leurs retombées et des programmes associés, afin d'orienter la prise de décisions, la planification et l'évaluation fondées sur des données probantes, le cas échéant, et à veiller à ce que la planification et les ressources soient suffisantes pour mener des évaluations à court, moyen et long terme après les manifestations afin d'en apprécier l'impact sur la santé publique, y compris le rapport coût/bénéfice sociétal résultant de ces actions ;

8) à diffuser les meilleures pratiques, les bilans d'expérience et les approches novatrices tendant à intégrer la promotion de la santé dans le sport et les manifestations sportives, à en prendre acte et à favoriser la collaboration, la recherche et l'échange de connaissances à l'échelle mondiale afin d'éclairer les politiques de santé publique dans tous les secteurs, y compris dans le cadre des activités spéciales et des Réseaux des Villes-santé de l'OMS, en vue d'améliorer la santé et de créer des environnements urbains propices au bien-être, de réduire les inégalités en matière de santé et de créer des communautés résilientes ;

9) à accroître l'accessibilité des manifestations sportives et des interventions inclusives en matière de sport et d'activité physique dans le cadre des retombées des manifestations sportives dans les lieux communautaires, y compris les clubs de sport, les établissements d'enseignement, les centres médico-sociaux et les lieux de travail, en appliquant des approches fondées sur des données probantes afin d'accroître la participation aux activités sportives et physiques, tout en veillant particulièrement à satisfaire les besoins des populations les plus vulnérables et les plus défavorisées, et à réduire les inégalités en matière de santé ;

10) à favoriser les débouchés et les partenariats avec les parties concernées, tout en parant au risque d'influence indue, à mettre en œuvre et à évaluer le recours à des interventions et à des campagnes de sensibilisation et de changement de comportement visant à promouvoir la santé et le bien-être dans le cadre des manifestations sportives, y compris par l'intermédiaire des médias traditionnels et des médias sociaux, en fonction du contexte et du public cible, et à recueillir des données probantes sur les approches d'un bon rapport coût/efficacité ;

11) à envisager d'instaurer une « Journée du sport et de l'activité physique » annuelle afin de sensibiliser aux bienfaits du sport et de l'activité physique pour la santé et le bien-être, et de les promouvoir ;

12) à renforcer la collaboration et les partenariats avec d'autres parties concernées, tout en parant au risque d'influence indue, afin de mettre au point et de tester de nouvelles façons de financer la promotion de la santé au cours et dans le cadre des manifestations sportives et de leurs retombées ;

2. INVITE les autres organisations internationales compétentes et les acteurs non étatiques concernés à coopérer avec les États Membres :

- 1) pour mettre en œuvre conjointement des mesures efficaces de promotion de la santé fondées sur des données probantes et contribuer, notamment par un soutien, à la préparation et à la riposte aux urgences sanitaires lors de l'organisation de manifestations sportives, afin de promouvoir et de protéger la santé de la population, d'améliorer le bien-être des communautés et d'atténuer toute répercussion négative sur la santé ;
- 2) pour renforcer les partenariats avec d'autres parties concernées et pour mobiliser des compétences et des ressources, afin d'appuyer la promotion de la santé dans le cadre des manifestations sportives, dans un esprit de transparence, d'ouverture, d'inclusion, de responsabilité, d'intégrité et de respect mutuel ;
- 3) pour faciliter l'évaluation de la promotion de la santé ainsi que de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires lors des manifestations sportives, et pour mettre à disposition ces données et informations en vue de renforcer la base de connaissances associée à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des manifestations sportives et de leurs retombées à court, moyen et long terme ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de développer et de renforcer la base de connaissances sur l'impact à court, moyen et long terme qu'ont sur la santé les manifestations sportives et les programmes visant à en exploiter les retombées ;
- 2) d'élaborer des orientations techniques à l'intention des États Membres sur la manière de réaliser et de mettre à profit les possibilités offertes par les manifestations sportives, leur retentissement et les programmes visant à en exploiter les retombées, afin d'améliorer la santé et le bien-être, de réduire autant que possible tout effet néfaste sur la santé et de fournir une assistance technique à la demande des États Membres pour l'application des orientations dans le contexte national ;
- 3) de fournir aux États Membres les outils techniques, le soutien et la formation appropriés pour évaluer l'impact sur la santé des manifestations sportives et de leurs retombées ;
- 4) de fournir une assistance technique et une formation aux États Membres, à leur demande, concernant l'application des orientations et des outils existants de l'OMS en matière de rassemblements de masse, y compris pour la mise en place d'équipes médicales d'urgence, le cas échéant, et de mettre au point des instruments supplémentaires si nécessaire pour la planification, la conduite et l'évaluation des manifestations sportives ;
- 5) de mettre en place une plateforme pour coordonner les efforts et les activités des États Membres afin de faciliter l'échange de données d'expérience et de bonnes pratiques, et ainsi obtenir des synergies et accroître l'impact positif, en matière de santé et de bien-être, des manifestations sportives et des programmes visant à en exploiter les retombées ;
- 6) de fournir un appui aux États Membres désireux d'exploiter efficacement les journées nationales et internationales appropriées consacrées au sport ou aux questions de santé pertinentes afin de souligner l'importance de l'activité physique et du sport pour promouvoir la santé et le bien-être ;
- 7) d'établir des partenariats avec d'autres organisations internationales et des acteurs non étatiques, et de les renforcer, en totale conformité avec le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, de mobiliser des compétences et des ressources, et d'examiner et d'analyser

les modèles possibles, y compris le financement, pour renforcer la promotion de la santé dans le cadre de manifestations sportives, tout en préservant les intérêts de la santé publique contre toute forme d'influence indue découlant d'un quelconque conflit d'intérêts réel, perçu ou potentiel ;

8) de présenter à l'Assemblée de la Santé en 2027 et 2030 des rapports de situation décrivant les avancées et les défis concernant la prise en compte de la santé et du bien-être dans les manifestations sportives.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA77.13 Économie de la santé pour tous¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui reconnaît que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, et 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 et les engagements en faveur du développement durable dans ses trois dimensions – économique, sociale et environnementale – d'une manière équilibrée et intégrée dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et en particulier de l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), y compris l'indicateur 3.8.2 (Proportion de la population dont les dépenses des ménages liées à la santé sont élevées par rapport au pourcentage des dépenses totales ou du revenu des ménages), ainsi que de l'engagement qui y est pris de ne laisser personne de côté ;

Rappelant en outre la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, intitulée « Couverture sanitaire universelle : élargir notre ambition au regard de la santé et du bien-être dans le monde post-COVID », que l'Assemblée générale des Nations Unies a adoptée par sa résolution 78/4 (2023) ;

Rappelant aussi la Convention sur la diversité biologique, la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le Protocole de Kyoto à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et l'Accord de Paris, conclu au titre de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, ainsi que le Cadre mondial relatif aux produits chimiques – Pour une planète sans produits chimiques ni déchets nocifs, et prenant note de la Déclaration sur le climat et la santé adoptée à la 28^e Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, y compris par la mise en œuvre d'une approche « Une seule santé » pour leur domaine d'application respectif ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

Rappelant également le treizième programme général de travail, 2019-2025 et ses priorités stratégiques, qui nécessitent un changement de méthodes de travail dans les secteurs de la santé et d'autres secteurs, ainsi que de nouveaux partenariats et domaines de collaboration ;

Prenant note des résolutions suivantes de l'Assemblée de la Santé : WHA58.33 (2005) sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale, WHA62.14 (2009) intitulée « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé », WHA64.9 (2011) sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle, WHA72.8 (2019) sur l'amélioration de la transparence des marchés de médicaments, vaccins et autres produits de santé, WHA73.8 (2020) intitulée « Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005) », WHA74.6 (2021) intitulée « Renforcer la production locale de médicaments et d'autres technologies sanitaires pour en améliorer l'accès », WHA74.16 (2021) sur les déterminants sociaux de la santé et WHA75.19 (2022) sur la promotion du bien-être et de la santé ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et prenant note des travaux accomplis au sein de l'OMS au niveau mondial et régional sur le lien entre l'économie, la santé et le bien-être, y compris la Charte de Genève pour le bien-être (2021) ;

Prenant acte du fait que les politiques économiques doivent être financièrement durables, socialement responsables et inclusives, et reconnaissant la nécessité de prendre en compte la santé environnementale dans l'élaboration des politiques économiques, ainsi que le rôle de l'équité, de l'égalité des genres, de la solidarité, de la cohésion et de la durabilité pour tous dans l'analyse, la modélisation et l'évaluation économiques générales ;

Consciente également que la santé et l'économie sont liées, et qu'à cet égard la perspective de l'économie du bien-être peut être utilisée pour placer les personnes, leur santé et leur bien-être au centre de la prise de décisions, en soulignant le renforcement mutuel de la santé, du bien-être et de l'économie ;

Constatant en outre que les politiques économiques saines et durables insistent sur l'importance de consacrer des investissements à des mesures et structures efficaces, efficientes et équitables, y compris à l'infrastructure des systèmes de santé, qui garantissent l'égalité d'accès de tous, en particulier des femmes et des filles, aux services publics, y compris aux services de santé, en mettant particulièrement l'accent sur l'accès équitable aux soins de santé primaires, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, ainsi qu'aux services sociaux et aux soins de longue durée, tout en assurant une protection contre les risques financiers ;

Sachant également que des investissements efficients et de long terme dans les déterminants de la santé et du bien-être peuvent contribuer à freiner l'augmentation des coûts des soins de santé et de la protection sociale, et constituent donc un investissement dans les générations à venir ;

Considérant en outre que la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et d'autres crises et leurs conséquences directes et indirectes, ainsi que des évolutions majeures comme le passage au numérique, les changements démographiques et les contraintes macroéconomiques, montrent à quel point il importe de consacrer des investissements aux systèmes de santé, y compris au personnel de santé et aux mesures ciblant des déterminants plus larges de la santé, notamment les facteurs d'exclusion sociale, la malnutrition, les mauvaises conditions de logement et de travail, le manque d'accès à l'éducation et d'autres inégalités profondément ancrées, et que ces investissements sont essentiels pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies et pour des sociétés, des communautés et des économies résilientes ;

Sachant également que l'insuffisance des dépenses de santé nuit considérablement aux résultats sanitaires de la population en limitant l'accès aux services de santé, en entravant le développement

des infrastructures sanitaires, en contribuant à la pénurie de professionnels de la santé qualifiés, en limitant les mesures préventives, en alourdissant la charge des maladies transmissibles et non transmissibles, en réduisant la capacité de riposte aux situations d'urgence et en exacerbant les inégalités en matière de santé, ce qui pénalise encore davantage les personnes en situation de vulnérabilité, tout en constatant également avec inquiétude les répercussions négatives des contraintes économiques dans certains pays qui compromettent leur capacité à investir dans le secteur de la santé ;

Considérant en outre que si la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, la concrétisation progressive de ce droit exige un engagement en faveur d'investissements globaux, équitables et durables à long terme qui importent pour la santé et le bien-être de tous ;

Considérant par ailleurs que la possession du meilleur état de santé physique et mentale possible tout au long de la vie pour toutes les femmes et les filles, la réalisation de l'égalité des genres et la reconnaissance de la valeur des soins et travaux domestiques non rémunérés et du rôle des femmes, qui constituent la majorité du personnel de santé dans le monde, sont essentielles pour des économies, un développement et un bien-être durables, équitables et inclusifs pour tous ;

Sachant que la santé pour tous n'est pas seulement l'affaire des ministères de la santé, mais qu'elle concerne l'ensemble de l'administration et de la société et, sous l'angle d'une approche de la santé dans toutes les politiques, exige une cohérence et une responsabilisation des politiques dans tous les secteurs, de sorte à façonner et à redéfinir les politiques publiques, les partenariats, les institutions et les outils relatifs aux biens communs pour la santé, tout en faisant avancer l'intégration de l'égalité des genres et en ne laissant personne de côté ;

Reconnaissant la nécessité de renforcer l'engagement des acteurs non gouvernementaux, y compris le secteur privé, pour qu'ils contribuent à une santé et à un bien-être équitables, ainsi que le rôle essentiel des pouvoirs publics pour assurer la gestion et l'accès à des services de santé équitables pour tous et la responsabilisation, tout en tenant compte de la diversité des contextes nationaux ;

Consciente aussi de l'importance de la santé des personnes et de l'environnement comme fondement d'économies et de sociétés prospères, ainsi que de la nécessité d'adopter une approche globale lors de la prise de décisions concernant le bien-être des personnes, et donc de l'importance de collaborer avec la société civile et les communautés locales, en veillant à la diversité et à l'inclusion dans la conception et la mise en œuvre de politiques qui tiennent compte de l'interdépendance entre bien-être, santé et économie ;

Saluant en outre le rôle essentiel de l'OMS dans le renforcement du leadership en matière de santé et de bien-être dans les politiques de développement nationales et internationales afin de prévenir et d'atténuer les risques sociaux, environnementaux, économiques et autres pour la santé, et soulignant qu'il est important qu'en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies qui assure la direction et la coordination de l'action sanitaire internationale, l'OMS joue un rôle de chef de file dans la promotion du financement de la santé et du bien-être dans l'ensemble des secteurs ;

Prenant note des travaux réalisés sur les liens entre bien-être, santé et économie par les Nations Unies, ses institutions spécialisées et des organisations internationales compétentes, comme le Groupe de la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'Organisation internationale du Travail et l'Organisation de coopération et de développement économiques, entre autres, et du renforcement du dialogue entre les secteurs de la santé et des finances en vue d'un financement durable de la santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à prendre en compte l'interdépendance entre santé et économie, à intégrer horizontalement dans les politiques nationales une perspective de l'économie du bien-être, et à placer les personnes, leur santé et leur bien-être au centre de l'élaboration des politiques ;
 - 2) à mettre en œuvre, le cas échéant, des interventions politiques efficaces et fondées sur des données probantes au niveau national, qui réorientent les stratégies économiques et d'innovation en direction de la santé et du bien-être pour tous, en tenant compte notamment des besoins des personnes en situation de vulnérabilité ;
 - 3) à consacrer des investissements à l'infrastructure des systèmes de santé, y compris en renforçant les capacités des ressources humaines dans le domaine de la santé et en les fidélisant, afin d'assurer les fonctions essentielles de santé publique et l'accès à des services de santé de qualité, y compris au moyen d'un financement national et d'une aide publique au développement fondée sur les besoins en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
 - 4) à s'employer à réorienter les investissements publics et privés des activités nuisibles pour la santé et le bien-être des personnes vers des investissements qui les améliorent, notamment en renforçant la responsabilité sociale des entreprises ;
 - 5) à tenir compte des liens qui se renforcent mutuellement entre l'économie et la santé des êtres humains, des animaux, des végétaux et de l'environnement, qui sont essentiels à la résilience et à la stabilité des économies du monde entier et qui nécessitent des actions multisectorielles et d'un bon rapport coût/efficacité, ainsi que la prévention des facteurs de perte de biodiversité, de pollution et de changements climatiques ;
 - 6) à s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques qui entraînent des inégalités en matière de santé, y compris des inégalités entre les genres et des différences de niveau de développement, et qui touchent de manière disproportionnée les populations vulnérables ou marginalisées et les populations difficilement accessibles, et qui déterminent leur répartition inégale à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre, tout en ne laissant personne de côté ;
 - 7) à reconnaître que la santé est une condition préalable au développement et que, dans le cadre de stratégies de développement durable plus larges, les politiques doivent activement viser, en se renforçant mutuellement, un développement économique inclusif et des populations en bonne santé, ainsi que des sociétés durables, y compris des systèmes de santé résilients, en vue d'un équilibre entre les investissements multisectoriels à court et à long terme qui permettent d'assurer la pérennité de la santé et du bien-être au fil du temps et pour les générations futures ;
 - 8) à reconnaître l'importance de mettre en place des capacités et des mécanismes multisectoriels au niveau national pour réorienter l'économie de manière à ce que le financement de la santé soit considéré comme un investissement plutôt que comme une dépense, en appelant à des changements, notamment en donnant des moyens à tous les secteurs concernés, y compris le secteur de la santé et le secteur financier, et en favorisant leur collaboration, et en s'appuyant sur les données factuelles relatives au lien entre santé et économie et à l'importance de la mobilisation des financements nationaux, ainsi qu'au rôle potentiel des financements novateurs et complémentaires à cet égard ;

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

2. ENCOURAGE les États Membres, les institutions financières internationales et régionales et les autres partenaires internationaux, régionaux et nationaux, les parties prenantes non gouvernementales, les donateurs et les partenaires, dans le respect de leur mandat respectif :

1) à soutenir, en collaboration avec le Secrétariat, l'équilibre entre les préoccupations économiques, sociales et environnementales dans la prise de décisions, notamment en créant des possibilités de dialogue entre les secteurs des finances publiques et de la santé, y compris en incitant les associations économiques régionales, les institutions financières internationales, et les banques de développement nationales et régionales à prendre en compte dans leurs activités, le cas échéant, l'économie de la santé pour tous ainsi que le rapport coût/efficacité et la viabilité budgétaire des systèmes de santé ;

2) à favoriser l'échange de connaissances et d'informations sur la politique budgétaire en vue d'accroître les investissements dans les biens communs pour la santé et leur élaboration afin de promouvoir la viabilité économique, environnementale et sociale, en fonction des possibilités budgétaires, tout en garantissant leur efficacité et leur viabilité financière ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer, en consultation avec les États Membres et dans la limite des ressources disponibles, selon qu'il convient, une stratégie pour la mise en œuvre d'une approche fondée sur l'économie de la santé pour tous, y compris des actions prioritaires pour les États Membres et d'autres acteurs, qui sera examinée par la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session ;

2) d'élaborer et de soutenir un programme de travail transversal sur l'économie et la santé pour tous, dans la limite des ressources existantes, le cas échéant, comprenant des composantes stratégiques, normatives, de sensibilisation, techniques, analytiques et de collaboration, dans le cadre du secteur de programme Finances et économie de la santé de l'OMS, notamment en renforçant l'expertise et les capacités du Secrétariat à tous les niveaux sur les questions économiques et les questions transversales, y compris l'égalité des genres, et en contribuant à l'élimination de la pauvreté, notamment ;

3) d'examiner, s'il y a lieu, le rapport final du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous, en tenant compte de sa pertinence au niveau national, régional et mondial, afin de faire progresser l'approche de l'économie de la santé pour tous ;

4) de soutenir le renforcement des capacités des autorités sanitaires nationales dans le but de mieux collaborer et négocier avec le secteur financier et d'autres secteurs, aux fins d'une économie de la santé pour tous dans les politiques nationales, et d'appuyer les négociations avec les acteurs régionaux et mondiaux ;

5) de fournir un appui technique aux pays en matière de mobilisation des ressources nationales et d'autres solutions financièrement viables pour financer la réalisation progressive du droit de jouir du meilleur état de santé possible, notamment en finançant la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires, ainsi qu'en s'attaquant aux déterminants sociaux plus larges de la santé et en veillant au renforcement, à la préparation et à la résilience des systèmes de santé ;

6) de collaborer avec les États Membres, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et les autres institutions spécialisées des Nations Unies concernées pour définir des messages clés sur l'économie de la santé pour tous et les intégrer dans le processus de préparation des futures conférences des Nations Unies, en tant que composantes essentielles du développement durable ;

7) de renforcer l'accès des bureaux de pays à l'expertise pour fournir un appui technique, à la demande des États Membres, afin de collaborer avec le secteur financier et d'autres secteurs à l'intégration de l'économie de la santé pour tous dans les politiques nationales, notamment en renforçant les capacités par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS et des centres collaborateurs de l'OMS ;

8) de faire rapport à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, sur la mise en œuvre de la présente résolution, puis de soumettre des rapports de situation aux Quatre-Vingt-Unième et Quatre-Vingt-Troisième Assemblées mondiales de la Santé, respectivement en 2028 et 2030.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA77.14 Changements climatiques et santé¹

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

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²

Rappelant sa résolution WHA61.19 (2008) sur les changements climatiques et la santé, et se félicitant des travaux en la matière menés jusqu'à présent par l'OMS ;

Rappelant également sa résolution WHA68.8 (2015) intitulée « Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air » et sa résolution WHA76.17 (2023) sur l'incidence des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine, dans lesquelles elle reconnaît le lien qui existe entre la santé, l'environnement et les changements climatiques ;

Sachant que les changements climatiques sont l'une des principales menaces pour la santé publique mondiale, et notant que le Directeur général a lancé un appel urgent en faveur d'une action climatique mondiale afin de promouvoir la santé et de mettre en place des systèmes de santé résilients et durables face aux changements climatiques ;

Consciente que les phénomènes et conditions météorologiques extrêmes, dont la fréquence augmente, nuisent de plus en plus au bien-être, aux moyens de subsistance et à la santé physique et mentale des populations, et compromettent les systèmes et établissements de santé, tandis que les changements météorologiques et climatiques menacent la biodiversité et les écosystèmes, la sécurité alimentaire, la nutrition, la qualité de l'air et la sécurité de l'accès à l'eau en quantité suffisante, et favorisent les maladies d'origine alimentaire et à transmission hydrique ou vectorielle, d'où la nécessité d'intensifier rapidement les mesures d'adaptation pour rendre les systèmes de santé plus résilients face aux changements climatiques ;

Rappelant que les systèmes de santé modernes sont aussi source de pollution et contribuent à environ 5 % des émissions mondiales de carbone,³ notamment dans le cadre de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout, qui va de la fabrication, l'achat, la distribution et l'utilisation des produits à la production et l'élimination des déchets, ce qui a des conséquences néfastes sur la santé,

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Voir le document EB154/25.

et soulignant qu'il faut prendre des mesures d'atténuation et d'adaptation et recourir aux nouvelles technologies pour rendre les systèmes de santé plus durables sur le plan environnemental, y compris au niveau des soins de santé primaires ;

Consciente que le rythme et la portée des efforts d'atténuation et d'adaptation ne sont pas suffisants par rapport aux menaces que font peser les changements climatiques, ce qui se traduit par divers effets soudains et à long terme sur la santé et le bien-être, et soulignant qu'il faut prévoir et gérer les besoins du secteur de la santé en matière de prévention, de réduction et de maîtrise des pertes et préjudices afin de contribuer à préserver et à renforcer la résilience des individus, des communautés, de la main-d'œuvre, des moyens de subsistance et des écosystèmes face aux changements climatiques, notamment s'agissant du financement pour aider les pays en développement qui sont particulièrement vulnérables aux effets des changements climatiques à faire face aux pertes et préjudices qui en découlent ;

Constatant que l'accès limité au financement est l'un des principaux obstacles à la mise en place de systèmes de santé résilients et durables face aux changements climatiques ;

Notant par ailleurs que les changements climatiques portent préjudice à la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses objectifs, compromettent l'engagement visant à ne laisser personne de côté et sapent les efforts déployés par les États Membres de l'OMS et le Secrétariat pour améliorer la santé publique et réduire les inégalités en matière de santé à l'échelle mondiale en permettant un accès rapide, équitable et universel aux services et produits de santé essentiels, en particulier dans les pays en développement ;

Se déclarant préoccupée par la dernière évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), qui indique que la poursuite des émissions portera encore davantage atteinte à toutes les principales composantes du système climatique, que de nombreux changements seront irréversibles pendant des siècles, voire des millénaires, et s'intensifieront sous l'effet de l'augmentation du réchauffement climatique, et qu'en l'absence de mesures d'atténuation et d'adaptation urgentes, efficaces et équitables, les changements climatiques menaceront de plus en plus les écosystèmes, la biodiversité ainsi que les moyens de subsistance, la santé et le bien-être des générations actuelles et futures ;¹

Sachant que retarder encore la mise en œuvre d'une action mondiale concertée et anticipée en matière d'adaptation et d'atténuation signifie manquer une fenêtre d'opportunité brève, qui se refermera rapidement, pour assurer un avenir viable et durable à toutes et tous,² et que l'accélération des mesures d'adaptation et d'atténuation face aux changements climatiques peut présenter des avantages à la fois pour la santé et le développement durable ;

Constatant que les éléments de preuve scientifiques, les compétences spécialisées diversifiées et les données d'expérience mondiales, y compris les connaissances, pratiques et systèmes locaux, traditionnels et autochtones qui portent sur la question des changements climatiques et de la santé, se sont considérablement améliorés, mais qu'il est dans le même temps nécessaire de consacrer des investissements à la recherche pour étayer l'élaboration de mesures politiques appropriées, ce qui présentera des avantages à la fois pour la santé et l'environnement ;

¹ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). Summary for Policymakers. In: Climate change 2023: Synthesis report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Genève, GIEC, 2023:24 (<https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/>, consulté le 27 mai 2024).

² Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). Summary for Policymakers. In: Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability. Working Group II contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge and New York, Cambridge University Press, 2022:33 (https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_SummaryForPolicymakers.pdf, consulté le 27 mai 2024).

Rappelant la stratégie intitulée « 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 » ;

Saluant les importants travaux menés jusqu'à présent par l'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé (l'Alliance), dirigée par l'OMS, pour concrétiser l'ambition fixée à la vingt-sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques de mettre en place des systèmes de santé résilients et durables face aux changements climatiques, ainsi que l'Initiative Action climatique et nutrition (I-CAN), lancée à la vingt-septième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et institutionnalisée par l'Alliance, qui est un réseau informel permettant aux États Membres de l'OMS et à d'autres parties prenantes de partager leurs connaissances, de faciliter l'accès à l'assistance technique et au financement, d'assurer l'assurance et le suivi de la qualité, et de contribuer à une transition mondiale de l'action climatique et sanitaire ;

Prenant note de la déclaration sur le climat et la santé (2023), approuvée par la vingt-huitième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, dans laquelle est notamment préconisée une meilleure intégration des considérations de santé dans les processus politiques relatifs au climat, ainsi que l'intégration des considérations climatiques dans les politiques de santé, suivant la première Journée de la santé et la première réunion ministérielle sur le climat et la santé tenues à la vingt-huitième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques ;

Considérant les défis complexes et multidimensionnels posés par les changements climatiques, la pollution et la perte de biodiversité, ainsi que la malnutrition sous toutes ses formes, et soulignant que la résolution de ces crises nécessite d'adopter une perspective véritablement intégrée et d'agir de manière coordonnée, en s'appuyant sur l'ensemble des pouvoirs publics et des secteurs de la société et sur l'approche « Une seule santé » ;

Considérant aussi que les changements climatiques exacerbent les inégalités existantes en matière de santé et de genre et augmentent la vulnérabilité, et que de nombreuses personnes en situation de marginalisation et de vulnérabilité sont actuellement les plus durement touchées par les risques sanitaires liés au climat que sont la chaleur extrême, la mauvaise qualité de l'air, l'absence d'approvisionnement adéquat en eau, les inondations, les phénomènes météorologiques extrêmes, l'insécurité alimentaire et les maladies infectieuses émergentes et celles à transmission vectorielle, qui peuvent contribuer aux migrations et aux déplacements de population ;

Soulignant qu'il importe d'accorder une attention particulière aux personnes touchées de manière disproportionnée et à celles qui se trouvent déjà dans des situations de vulnérabilité, en particulier les femmes et les filles, pour concevoir des systèmes d'action climatique et de santé inclusifs et équitables qui tiennent compte des inégalités de genre et des différences en matière de besoins et de perspectives ; et de s'efforcer de parvenir à l'équité dans la participation, l'influence et l'accès aux processus décisionnels liés au climat, aux ressources financières et à d'autres avantages, tels que les informations, les technologies et les services relatifs au climat, qui résultent de l'investissement dans l'action climatique ;

Rappelant la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) et l'Accord de Paris ;

Rappelant également le paragraphe 1 de l'article 2 de l'Accord de Paris, qui stipule que l'Accord, en contribuant à la mise en œuvre de la Convention, notamment de son objectif, vise à renforcer la riposte mondiale à la menace des changements climatiques, dans le contexte du développement durable et des efforts d'éradication de la pauvreté ;

Rappelant en outre le paragraphe 2 de l'article 2 de l'Accord de Paris, qui stipule que l'Accord sera appliqué conformément à l'équité et au principe des responsabilités communes, mais différenciées et des capacités respectives, eu égard aux différentes situations nationales ;

Considérant combien il est important de disposer des meilleures données scientifiques pour agir et élaborer des politiques en faveur du climat de manière efficace,

1 INVITE INSTAMMENT les États Membres :¹

1) à s'engager :

a) à renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques, en adoptant une approche de la santé dans toutes les politiques, sans détourner les ressources destinées aux soins de santé primaires, et à envisager de s'engager de manière constructive dans le plan d'action mondial à venir ;

b) à procéder à des évaluations périodiques de la vulnérabilité et de l'adaptation en matière de changements climatiques et de santé en vue de l'élaboration d'un plan national d'adaptation en matière de santé ou d'autres stratégies de planification de l'adaptation, le cas échéant et selon le contexte national ;

c) à coopérer à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action nationaux, conformes à la situation et aux priorités du pays, qui soient axés sur la décarbonisation et la garantie de systèmes, d'installations et de chaînes d'approvisionnement de santé durables sur le plan environnemental, y compris en ce qui concerne les questions de consommation, d'approvisionnement, de transport et d'élimination des ressources telles que l'eau, l'énergie, les aliments et les déchets, ainsi que les fournitures médicales, le matériel médical, les produits pharmaceutiques et les produits chimiques, en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre, seulement lorsque cela ne compromet pas la fourniture et la qualité des soins de santé, conformément aux orientations pertinentes de l'OMS ;²

d) à intégrer les données climatiques dans les systèmes existants de suivi, d'alerte précoce, de surveillance et de collecte de données, y compris les données ventilées par sexe, âge, handicap et tout autre facteur pertinent, le cas échéant, afin de permettre une prise de décisions fondée sur des données probantes et des interventions ciblées qui répondent aux impacts des changements climatiques, y compris les pertes et dommages, sur la santé et les systèmes de santé, ainsi qu'aux impacts du secteur de la santé sur l'environnement ;

2) à collaborer, selon qu'il convient, avec l'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé, plateforme dirigée par l'OMS dont l'objectif est l'échange de connaissances et de meilleures pratiques et la collaboration en vue de construire des systèmes de santé qui soient durables et résilients face aux effets néfastes des changements climatiques ;

3) à mobiliser une attention de haut niveau pour le climat et la santé et les aspects connexes au sein des forums multilatéraux, à la suite de la Journée de la santé et de la réunion ministérielle sur le climat et la santé lors de la vingt-huitième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, afin de contribuer à assurer

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

² Cadre opérationnel pour renforcer la résilience des systèmes de santé face au changement climatique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/258818>, consulté le 27 mai 2024).

une visibilité et une dynamique politiques durables et concrètes, et d'étudier les moyens d'intégrer la santé aux actions climatiques en faveur de l'adaptation, de l'atténuation et de la prise en compte des pertes et dommages ;

4) à promouvoir la coopération inter et multisectorielle entre les ministères de la santé dans les pays et les autorités nationales compétentes en matière de changements climatiques afin de prendre en considération les liens entre l'environnement, l'économie, la santé, la nutrition et le développement durable, en vue d'une approche cohérente et globale permettant de renforcer la résilience, et de s'attaquer aux causes profondes des changements climatiques et aux déterminants environnementaux et sociaux de la santé qui sont sensibles au climat, en tenant compte de l'approche « Une seule santé », suivant les contextes nationaux, le cas échéant ;

5) à soutenir les efforts visant à mobiliser des ressources toutes sources confondues pour une action intégrée en faveur du climat et de la santé, et à envisager d'élargir les possibilités, en mettant l'accent sur les pays en développement, en particulier ceux qui sont particulièrement exposés aux effets néfastes des changements climatiques, pour un financement multilatéral, y compris par l'intermédiaire de banques multilatérales de développement, de fonds multilatéraux existants, dont les fonds pour le climat et les fonds pour la santé, et de sources innovantes ;

6) à investir dans des mesures d'adaptation aux changements climatiques qui s'attaquent de manière proactive aux impacts sanitaires liés au climat, y compris des systèmes d'alerte précoce pour les épidémies de maladies liées aux changements climatiques et l'amélioration de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence, ainsi que la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ;

7) à favoriser la prise de conscience au sein du public et du secteur de la santé de l'interdépendance entre les changements climatiques et la santé, ainsi que leur participation à l'élaboration des politiques climatiques et sanitaires, en œuvrant pour faire reconnaître les avantages connexes en matière de santé et les comportements durables, conformément à la situation et aux priorités du pays ;

8) à encourager la collaboration entre les décideurs, les chercheurs et les concepteurs afin d'accélérer l'application des données probantes aux politiques et à l'innovation dans le domaine du climat et de la santé ;

9) à promouvoir la recherche-développement en vue de détecter, de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les maladies sensibles au climat et les conséquences du climat pour la santé, et de soutenir les communautés touchées dans leurs efforts d'adaptation aux impacts des changements climatiques en créant un environnement propice pour faciliter un accès équitable aux outils de santé pour les personnes les plus durement touchées par ces maladies et par les conséquences des changements climatiques sur la santé ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer un plan d'action mondial de l'OMS sur les changements climatiques et la santé qui soit axé sur les résultats et déterminé par les besoins et les capacités, dans la limite des ressources existantes, selon ce qui est possible, et qui soit en adéquation avec le texte de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et de l'Accord de Paris, pour examen par la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, en intégrant de façon résolue la question du climat dans l'ensemble des travaux techniques de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation et en soulignant la nécessité d'une coopération intersectorielle, selon qu'il convient ;

- 2) d'intégrer des mesures relatives aux changements climatiques et à la santé dans la mise en œuvre du quatorzième programme général de travail, 2025-2028 et de les intensifier, en faisant ressortir l'importance des interconnexions entre la santé et d'autres secteurs et la nécessité d'une coopération intersectorielle ;
- 3) d'agir comme chef de file au niveau mondial dans le domaine des changements climatiques et de la santé, y compris, entre autres, dans la mesure du possible et dans la limite des ressources disponibles, en établissant une feuille de route de l'OMS visant la neutralité carbone d'ici à 2030 pour le Secrétariat de l'OMS, conformément à la feuille de route mondiale des Nations Unies visant à accélérer l'action menée au titre de l'objectif 7 de développement durable à l'appui du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de l'Accord de Paris sur les changements climatiques ;
- 4) de collaborer avec l'ensemble du système des Nations Unies et d'autres partenaires intéressés au niveau national, régional et multilatéral pour favoriser, dans le domaine des changements climatiques et de la santé, une action qui soit plus intégrée et cohérente et fasse progresser l'égalité des genres, conformément aux objectifs de développement durable, de manière à promouvoir la synergie et la cohérence avec les autres organisations et dispositifs internationaux intéressés, en particulier avec les processus de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et de l'Accord de Paris ;
- 5) de fournir un appui aux États Membres qui en font la demande pour élaborer des stratégies nationales permettant de mettre en place des systèmes de santé durables et résilients face aux changements climatiques, notamment en renforçant les capacités des professionnels de la santé et en leur dispensant une formation sur l'interdépendance entre les changements climatiques et la santé, y compris, entre autres, en gardant à l'esprit l'approche « Une seule santé », dans la mesure du possible ;
- 6) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à l'Assemblée de la Santé en 2025, 2027 et 2029, y compris sur l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA77.15 Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies¹

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

Ayant à l'esprit la résolution 52/250 (7 juillet 1998) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la participation de la Palestine aux travaux de l'Organisation des Nations Unies, la résolution WHA53.13 (20 mai 2000) intitulée « Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies », et la résolution ES-10/23 (10 mai 2024) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'admission de nouveaux Membres à l'Organisation des Nations Unies ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

DÉCIDE, sans créer de précédent, de conférer à la Palestine, à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux autres réunions de l'Organisation mondiale de la Santé, en sa qualité d'État observateur, les droits et privilèges ci-après, sans préjudice de ses droits et privilèges existants :

- 1) le droit de siéger parmi les États Membres par ordre alphabétique ;
- 2) le droit d'être inscrite sur la liste des orateurs au titre de points de l'ordre du jour autres que les questions concernant la Palestine et le Moyen-Orient dans l'ordre où elle a demandé à prendre la parole ;
- 3) le droit de faire des déclarations au nom d'un groupe, y compris parmi les représentants des grands groupes ;
- 4) le droit de déposer des propositions et des amendements et de les présenter, y compris oralement, notamment au nom d'un groupe ;
- 5) le droit de se porter coauteur de propositions et d'amendements, notamment au nom d'un groupe ;
- 6) le droit d'expliquer les votes au nom des États Membres qui sont membres d'un groupe ;
- 7) le droit de réponse au sujet des positions d'un groupe ;
- 8) le droit de présenter des motions de procédure, y compris des motions d'ordre, et de demander la mise aux voix de propositions, y compris le droit de contester la décision du président de séance, notamment au nom d'un groupe ;
- 9) le droit de proposer l'inscription de questions à l'ordre du jour provisoire d'une session ordinaire ou extraordinaire et le droit de demander l'inscription de questions supplémentaires ou additionnelles à l'ordre du jour d'une session ordinaire ou extraordinaire ;
- 10) le droit des membres de la délégation de la Palestine d'être élus membres du Bureau de l'Assemblée de la Santé et membres des bureaux de ses commissions principales ;
- 11) le droit de participer pleinement et effectivement aux réunions organisées sous les auspices de l'Assemblée de la Santé ;
- 12) la Palestine, en sa qualité d'État observateur, n'a pas le droit de vote à l'Assemblée de la Santé ni le droit de présenter sa candidature aux organes de l'OMS.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, troisième rapport)

WHA77.16 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est¹

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

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;²

Notant le rôle qui est celui de l'OMS dans le cadre de son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;

Se déclarant vivement préoccupée par la situation humanitaire catastrophique dans la bande de Gaza et par les vastes ramifications de ses conséquences pour la population civile, et compte tenu de la gravité de la situation qui continue d'empirer et de l'ampleur des dommages considérables causés au secteur de la santé publique, qui ont, à ce jour, fait des milliers de morts et de blessés parmi les civils, pour la plupart des enfants, des femmes et des personnes âgées, et parmi le personnel humanitaire et les agents de santé, auxquels viennent s'ajouter les milliers de victimes toujours enfouies sous les décombres ;

Soulignant que tous les civils, y compris les agents de santé et le personnel humanitaire, doivent être protégés, conformément au droit international humanitaire, et déplorant à cet égard les lourdes pertes civiles et les destructions généralisées ;

Se déclarant également préoccupée par la destruction à grande échelle des infrastructures de santé, y compris des hôpitaux et des ambulances, et par la situation humanitaire catastrophique dans laquelle a été plongé le système de santé publique dans la bande de Gaza ;

Constatant que les attaques visant le personnel médical et les autres professionnels de santé ont des répercussions durables et entraînent notamment des pertes de vies et des souffrances humaines, qu'elles affaiblissent la capacité des systèmes de santé d'assurer des services vitaux et qu'elles entravent le développement sanitaire ;

Se déclarant aussi profondément préoccupée par le fait que plus de cent membres du personnel des Nations Unies, dont certains de l'OMS, ont été tués ;

Félicitant l'OMS, son Directeur général et son personnel, ainsi que ses partenaires du Groupe sectoriel pour la santé sur le terrain, d'être restés et d'avoir agi, ainsi que des efforts inlassables qu'ils déploient, depuis le début, pour faire face à la situation sur le terrain dans la bande de Gaza, au péril de leur vie, et exprimant sa gratitude à tous les organismes humanitaires et à leurs partenaires d'exécution qui fournissent une aide vitale en vue d'atténuer les répercussions du conflit sur les civils ;

Ayant à l'esprit l'appel à un cessez-le-feu humanitaire lancé en vertu de l'article 99 de la Charte des Nations Unies ;³

Rappelant les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels, le cas échéant, ainsi que les règles du droit international coutumier qui concernent la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/12.

³ Lettre datée du 6 décembre 2023, adressée au Président du Conseil de sécurité par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, invoquant l'article 99 de la Charte des Nations Unies (document S/2023/962).

installations médicales, et l'obligation de toutes les parties à un conflit armé de respecter et de faire respecter le droit international humanitaire en toutes circonstances ;¹

Rappelant en outre l'obligation particulière qu'impose le droit international humanitaire de respecter et de protéger, en situation de conflit armé, le personnel médical et les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, leurs moyens de transport et leur matériel, les hôpitaux et les autres installations médicales, qui ne doivent pas être la cible d'attaques, et de veiller à ce que les blessés et les malades reçoivent, dans la mesure du possible et dans les plus brefs délais, les soins médicaux et l'attention nécessaires ;²

Se déclarant préoccupée par les difficultés d'accès humanitaire à la population civile palestinienne et par les graves répercussions que cela a pour elle, et soulignant qu'il faut d'urgence appliquer les mesures humanitaires nécessaires, y compris des pauses humanitaires, pour assurer un accès humanitaire complet, rapide, sûr et sans entrave dans toute la bande de Gaza ;

Se déclarant également préoccupée par la situation désastreuse dans laquelle se trouvent les hôpitaux, les autres installations médicales et les ambulances, ainsi que par le fait que l'approvisionnement en carburant nécessaire à leur fonctionnement est entravé, ce qui met en péril la vie des malades et des blessés et empêche la réalisation d'opérations et d'actes médicaux, ainsi que le fonctionnement d'équipements médicaux, notamment des incubateurs pour les nouveau-nés prématurés et du matériel chirurgical et de réanimation pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé ;

Se déclarant en outre préoccupée par le fait que la population civile est exposée au conflit et à l'insécurité, ce qui engendre d'importants besoins en matière de santé mentale et psychosociale, et montre qu'il est important de fournir d'urgence aux personnes touchées, en particulier aux enfants, un soutien dans ce domaine, de même que des services de prise en charge des traumatismes ;

Soulignant les répercussions disproportionnées sur les enfants, les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les malades chroniques, et consciente de la nécessité de répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé, y compris les besoins propres aux personnes handicapées, eu égard aux difficultés auxquelles elles se heurtent pour accéder aux services médicaux et que la situation actuelle a aggravées du fait de la destruction d'infrastructures civiles et de bâtiments résidentiels et des entraves supplémentaires qui en résultent pour la mobilité des personnes ;

Se déclarant préoccupée par les conséquences sur la gestion de la santé publique de l'existence de milliers de cadavres de victimes dans la bande de Gaza ensevelis sous les décombres, conséquences qui se font encore plus ressentir en raison du manque d'accès à l'eau, à l'électricité et au matériel nécessaire pour enterrer les corps des défunts ;

Se déclarant de surcroît préoccupée par le fait que la très forte surpopulation dans les abris, à laquelle s'ajoutent la perturbation des systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement et le manque de carburant, engendre des risques de plus en plus marqués de propagation de maladies infectieuses, notamment de maladies à transmission hydrique, aérienne ou vectorielle et de maladies évitables par la vaccination ;

¹ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité des Nations Unies sur la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires en temps de conflit armé ; résolution WHA65.20 (2012) sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires.

² Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Ayant conscience de la corrélation entre la santé et d'autres secteurs, comme ceux de l'eau, de l'assainissement et de la nutrition, et de la nécessité d'envisager l'aide humanitaire selon une démarche globale, soulignant que les difficultés actuelles dans la bande de Gaza, y compris les restrictions à la circulation des marchandises, peuvent avoir une incidence sur la disponibilité des denrées alimentaires et contribuer à la malnutrition, tandis que la disponibilité limitée d'eau potable accroît le risque de flambées et d'épidémies, et soulignant que l'accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement est crucial pour le maintien de la santé publique,

1. DEMANDE le passage immédiat, sans interruption et sans entrave de l'aide humanitaire, y compris l'accès des membres du personnel médical, l'acheminement de l'équipement, des convois et du matériel humanitaires, dans le territoire palestinien occupé, en particulier la bande de Gaza, et l'attribution d'autorisations de sortie aux patients ayant besoin d'un traitement médical hors de la bande de Gaza, et insiste sur la nécessité de laisser passer les ambulances sans les arrêter et en toute sécurité aux postes de contrôle, en particulier dans les périodes de conflit ;

2. DEMANDE à toutes les parties de s'acquitter des obligations que leur impose le droit international, y compris le droit international humanitaire et le droit international des droits humains, afin d'assurer, dans toute la mesure de leurs moyens, la fourniture de médicaments et de matériel médical à la population civile et leur réapprovisionnement, et réaffirme que toutes les parties à un conflit armé doivent s'acquitter intégralement des obligations que leur impose le droit international humanitaire pour ce qui est de la protection des civils en temps de conflit armé et du personnel médical ;¹

3. EXIGE de toutes les parties qu'elles respectent pleinement leurs obligations, en particulier celles que leur imposent les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels, de garantir le respect et la protection de l'ensemble du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres installations médicales ;

4. EXIGE en outre un passage sans interruption, ordonné, libre, en toute sécurité et sans entrave du personnel médical et des agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leur matériel, de leurs moyens de transport et de leurs fournitures, notamment les articles chirurgicaux, pour accéder aux populations dans le besoin, conformément au droit international humanitaire,² demande un droit de passage pour les ambulances et les évacuations sanitaires des patients blessés et malades dans un état critique, ainsi que le respect et la protection des blessés et des malades, et que la sûreté, la sécurité et la circulation sans risque de tous les patients palestiniens soient garanties afin qu'ils reçoivent des soins et des traitements médicaux, et demande que toutes les personnes privées de leur liberté soient traitées avec humanité et aient accès à des soins médicaux conformément au droit international humanitaire, notamment les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels ;

5. PRIE le Directeur général :

1) de rendre compte, en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par les équipes de l'OMS chargées des situations d'urgence, des répercussions sur la santé publique de la crise humanitaire catastrophique qui sévit dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, notamment en ce qui concerne les actes de violence visant les blessés et les malades, le personnel médical et les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, leurs moyens de transport et leur matériel, ainsi que les hôpitaux et les autres installations médicales, et de présenter des recommandations à cet égard à la cinquième réunion de

¹ Article 55 de la Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (1949) ; résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

² Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire, à la cent cinquante-sixième session du Conseil exécutif et à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

2) de se coordonner avec les donateurs, avant la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, dans le but de garantir le financement des besoins immédiats en matière de santé ainsi que le relèvement et la reconstruction du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et demande aux États Membres, aux donateurs et aux acteurs internationaux de l'aide humanitaire et du développement de fournir une aide humanitaire à la population palestinienne et de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre sans plus tarder ces objectifs ;

3) d'évaluer, en coopération étroite avec les institutions compétentes du système des Nations Unies, l'ampleur et la nature de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale, de même que les besoins et les difficultés en matière de soutien psychosocial de toutes les personnes touchées ;

4) de renforcer et de continuer à fournir l'assistance technique et matérielle nécessaire en matière de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population palestinienne, en particulier des plus vulnérables ;

5) de continuer à renforcer les partenariats avec les autres institutions du système des Nations Unies, comme l'UNRWA, et avec les partenaires compétents dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide d'urgence et une protection de manière inclusive et ininterrompue avant, pendant et après les opérations militaires et la crise humanitaire ;

6. DEMANDE à la communauté internationale de mobiliser des financements suffisants pour répondre aux besoins immédiats et futurs des programmes de santé de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et pour reconstruire le système de santé palestinien, en étroite coopération avec l'OMS et les institutions compétentes du système des Nations Unies, comme l'UNRWA et ses partenaires.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024 –
Commission B, troisième rapport)

WHA77.17 Renforcer la préparation et la riposte face aux urgences de santé publique par des amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005)¹

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

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;²

Rappelant la résolution WHA58.3 (2005) portant adoption du Règlement sanitaire international (2005), amendé ultérieurement par les résolutions WHA67.13 (2014) et WHA75.12 (2022) ;

Rappelant aussi les décisions EB150(3) (2022) et WHA75(9) (2022) ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

² Document A77/9.

Prenant acte avec satisfaction des travaux du Comité d'examen des amendements au Règlement sanitaire international (2005) constitué par le Directeur général en application de la décision WHA75(9) (2022) ;

Exprimant sa gratitude au Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005) pour le travail qu'il a accompli et notant avec satisfaction le rôle directeur joué par son bureau ;

Tenant compte du droit qu'ont les États Parties de notifier au Directeur général leur refus des amendements au Règlement sanitaire international (2005) annexés à la présente résolution ou leurs réserves à l'égard de ceux-ci, conformément aux articles 59, 61 et 62 du Règlement sanitaire international (2005),

1. ADOPTE, conformément à l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005), les amendements au Règlement sanitaire international (2005) annexés à la présente résolution (ci-après dénommé le « Règlement sanitaire international (2005) amendé ») ;

2. DÉCIDE :

1) conformément au paragraphe 2 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) amendé, qu'un examen du fonctionnement du Règlement sera effectué par la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé ;

2) que les amendements apportés au modèle de certificat international de vaccination ou de certificat attestant l'administration d'une prophylaxie figurant à l'annexe 6 ne s'appliqueront qu'aux certificats délivrés après la date d'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) amendé ;

3) que les futurs instruments relatifs aux urgences de santé publique ou à la prévention, à la préparation et à la riposte face aux pandémies, adoptés en vertu de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, peuvent avoir recours au Mécanisme de coordination financière établi en vertu de l'article 44 *bis* du Règlement sanitaire international (2005) amendé pour permettre la mise en œuvre desdits instruments ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de notifier rapidement les amendements au Règlement sanitaire international (2005) adoptés en vertu de la présente résolution, conformément au paragraphe 1 de l'article 65 du Règlement sanitaire international (2005), étant entendu qu'avant cette notification, le Directeur général veillera à l'uniformité des textes des amendements en anglais, en arabe, en chinois, en espagnol, en français et en russe, en permettant aux États Parties d'examiner ces textes et de donner leur avis sur leur conformité et leur exactitude ;

2) d'informer les autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux compétents des amendements au Règlement sanitaire international (2005) adoptés en vertu de la présente résolution, en particulier l'Organisation maritime internationale concernant les amendements à l'article 37 et aux annexes 3, 4 et 8 ;

3) d'entamer les travaux, avant l'entrée en vigueur des amendements adoptés en vertu de la présente résolution, sur les questions visées dans tous les articles amendés, et d'établir et de publier une version compilée du Règlement sanitaire international (2005) amendé ;

- 4) de collaborer avec les États Parties, dans la mesure du possible, afin de mobiliser des ressources financières prévisibles, durables et opportunes en vue de soutenir les pays en développement pour qu'ils acquièrent, renforcent et maintiennent les capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) amendé ;
- 5) de faciliter le processus d'examen par la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) amendé, conformément au paragraphe 2 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) amendé ;
- 6) de faciliter la convocation, conformément à l'article 54 *bis* du Règlement sanitaire international (2005) amendé, de la première réunion du Comité des États Parties pour l'application du Règlement sanitaire international (2005), au plus tard une année après l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) amendé ;
- 7) d'élaborer et d'examiner régulièrement, en consultation avec les États Membres, l'approche en matière d'évaluation des risques qui servira à déterminer l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, y compris d'une urgence due à une pandémie.

ANNEXE

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)^{1,2}TITRE I – DÉFINITIONS, OBJET ET PORTÉE, PRINCIPES
ET AUTORITÉS RESPONSABLES*Article 1 Définitions*

1. Aux fins du Règlement sanitaire international (ci-après dénommé « le RSI » ou « le Règlement ») :
- « aéronef » s'entend d'un aéronef effectuant un voyage international ;
- « aéroport » s'entend d'un aéroport d'arrivée et de départ de vols internationaux ;
- « affectés » s'entend de personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains qui sont infectés ou contaminés, ou qui véhiculent des sources d'infection ou de contamination, et constituent de ce fait un risque pour la santé publique ;
- « arrivée » d'un moyen de transport s'entend :
- a) dans le cas d'un navire de mer, de l'arrivée ou du mouillage dans la zone définie d'un port ;
 - b) dans le cas d'un aéronef, de l'arrivée dans un aéroport ;
 - c) dans le cas d'un bateau de navigation intérieure effectuant un voyage international, de l'arrivée à un point d'entrée ;
 - d) dans le cas d'un train ou d'un véhicule routier, de l'arrivée à un point d'entrée ;
- « autorité compétente » s'entend d'une autorité responsable de la mise en œuvre et de l'application de mesures sanitaires prises en vertu du présent Règlement ;
- « autorité nationale compétente en matière de RSI » s'entend de l'entité désignée ou établie par l'État Partie au niveau national pour coordonner l'application du présent Règlement dans sa juridiction ;**
- « Bagages » s'entend des effets personnels d'un voyageur ;
- « cargaison » s'entend des marchandises transportées dans un moyen de transport ou dans un conteneur ;
- « colis postal » s'entend d'un article ou paquet muni d'une adresse et transporté par des services postaux ou de messagerie internationaux ;

¹ Les suppressions apparaissent en caractères barrés ; les ajouts, en caractères gras.

² Conformément au paragraphe 3. 1) du dispositif de la résolution WHA77.17, après que les États Parties ont examiné les textes des amendements et donné leur avis sur leur conformité et leur exactitude, le Directeur général a notifié les amendements au Règlement sanitaire international (2005) aux États Membres le 19 septembre 2024.

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

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

- a) ayant un caractère pérenne et étant, de ce fait, suffisamment résistant pour permettre son usage répété ;
- b) spécialement conçu pour faciliter le transport de marchandises, sans rupture de charge, par un ou plusieurs modes de transport ;
- c) muni de dispositifs qui en facilitent la manutention, notamment lors de son transbordement d'un moyen de transport à un autre ; et
- d) spécialement conçu de façon à être facile à remplir et à vider ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« produits de santé utiles » s'entend des produits de santé nécessaires pour agir en cas d'urgence de santé publique de portée internationale, y compris d'urgence due à une pandémie, qui peuvent comprendre des médicaments, des vaccins, des produits de diagnostic, des dispositifs médicaux, des produits de lutte antivectorielle, des équipements de protection individuelle, des produits de décontamination, des aides techniques, des antidotes, des thérapies cellulaires et géniques et d'autres technologies de la santé ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« urgence due à une pandémie » s'entend d'une urgence de santé publique de portée internationale causée par une maladie transmissible et :

- i) qui s'étend ou risque fortement de s'étendre à plusieurs États ou à l'intérieur de plusieurs États ; et**
- ii) pour laquelle les systèmes de santé de ces États n'ont pas ou risquent fortement de ne pas avoir les capacités d'agir ; et**
- iii) qui cause ou risque fortement de causer des perturbations sociales et/ou économiques importantes, notamment d'entraver le trafic et le commerce internationaux ; et**
- iv) qui nécessite une action internationale rapide et équitable mieux coordonnée s'appuyant sur la mobilisation de l'ensemble des pouvoirs publics et de la société.**

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

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

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

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

« voyage international » s'entend :

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

b) dans le cas d'un voyageur, d'un voyage comportant l'entrée sur le territoire d'un État autre que le territoire de l'État d'où part le voyageur ;

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

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

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

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

Article 2 Objet et portée

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

Article 3 Principes

1. Le présent Règlement est mis en œuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits humains et les libertés fondamentales, **et il doit promouvoir l'équité et la solidarité**.

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

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

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

Article 4 Autorités responsables

1. Chaque État Partie met en place ou désigne, **en vertu de sa législation et eu égard au contexte national, une ou deux entités faisant office d'autorité nationale compétente en matière de RSI et de point focal national RSI**, ainsi que les autorités responsables, dans sa propre juridiction, de la mise en œuvre des mesures sanitaires prévues au présent Règlement.

1 bis. L'autorité nationale compétente en matière de RSI coordonne la mise en application du présent Règlement dans la juridiction de l'État Partie.

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

- a) d'adresser aux points de contact RSI à l'OMS, au nom de l'État Partie concerné, les communications urgentes relatives à l'application du présent Règlement, notamment celles visées par les articles 6 à 12 ; et
- b) de diffuser des informations auprès des secteurs compétents de l'administration de l'État Partie concerné, et notamment les secteurs responsables de la surveillance et de la déclaration, des points d'entrée, des services de santé publique, des dispensaires et hôpitaux et d'autres départements publics, et de rassembler les informations communiquées par ces secteurs.

2 bis. Les États parties prennent les mesures nécessaires pour appliquer les paragraphes 1, 1 bis et 2 du présent article y compris, le cas échéant, en ajustant leurs dispositions législatives et/ou administratives.

3. L'OMS désigne des points de contact RSI qui doivent être à tout moment à même de communiquer avec les points focaux nationaux RSI. Les points de contact RSI à l'OMS adressent des communications urgentes au sujet de l'application du présent Règlement, en particulier des dispositions des articles 6 à 12, aux points focaux nationaux RSI des États Parties concernés. L'OMS peut désigner des points de contact RSI au Siège de l'Organisation ou au niveau régional.

4. Les États Parties communiquent à l'OMS les coordonnées de **leurs autorités nationales compétentes en matière de RSI et de** leurs points focaux nationaux RSI et l'OMS communique aux États Parties les coordonnées de ses points de contact RSI. Ces coordonnées sont actualisées en permanence et confirmées annuellement. L'OMS met ces coordonnées à la disposition de tous les États Parties.

TITRE II – INFORMATION ET ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Article 5 Surveillance

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

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

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

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

Article 6 Notification

1. Chaque État Partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire au moyen de l'instrument de décision présenté à l'annexe 2. Chaque État Partie notifie à l'OMS, par les moyens de communication les plus efficaces dont il dispose, par l'intermédiaire du point focal national RSI et dans les 24 heures suivant l'évaluation des informations de santé publique, tout événement survenu sur son territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'instrument de décision, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à ces événements. Si la notification reçue par l'OMS touche à la compétence de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) ou **d'autres organisations intergouvernementales**, l'OMS en informe immédiatement l'AIEA ou, le cas échéant, **toute autre organisation intergouvernementale compétente, en application du paragraphe 1 de l'article 14.**

2. Après une notification, l'État Partie continue de communiquer en temps voulu à l'OMS les informations de santé publique exactes et suffisamment détaillées dont il dispose, si possible y compris la définition des cas, les résultats de laboratoire, la source et le type de risque, le nombre des cas et des décès, les facteurs influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires utilisées ; et indique, si nécessaire, les difficultés rencontrées et l'aide dont il a besoin pour faire face à l'éventuelle urgence de santé publique de portée internationale.

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

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

Article 8 Consultation

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

Article 9 Autres rapports

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

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

- a) de cas humains ;

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

Article 10 Vérification

1. L'OMS, en application de l'article 9, demande à l'État Partie de vérifier les rapports provenant d'autres sources que les notifications ou consultations, selon lesquels des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale se produiraient sur son territoire. En pareil cas, l'OMS informe l'État Partie concerné au sujet des rapports qu'elle cherche à vérifier.
2. Conformément aux dispositions du paragraphe qui précède et de l'article 9, chaque État Partie, à la demande de l'OMS, procède aux vérifications voulues et :
 - a) fournit dans les 24 heures une première réponse ou un accusé de réception de la demande de l'OMS ;
 - b) fournit dans les 24 heures les informations de santé publique disponibles sur les événements visés dans la demande de l'OMS ; et
 - c) communique des informations à l'OMS dans le contexte de l'évaluation effectuée au titre de l'article 6, notamment les informations décrites dans cet article.
3. ~~Lorsque l'OMS~~ **Dès qu'elle** est informée d'un événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, ~~elle l'OMS~~ propose de collaborer avec l'État Partie concerné à l'évaluation du risque de propagation internationale de maladies, de l'entrave au trafic international qui pourrait être créée et de l'adéquation des mesures de lutte. Ces activités peuvent inclure une collaboration avec d'autres organisations de normalisation et l'offre de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place. À la demande de l'État Partie, l'OMS communique des informations à l'appui de cette offre.
4. [Si l'État Partie n'accepte pas l'offre de collaboration, et lorsque cela est justifié par l'ampleur du risque pour la santé publique, l'OMS **doit** communiquer à d'autres États Parties les informations dont elle dispose **sur l'événement** tout en exhortant l'État Partie à accepter son offre de collaboration en tenant compte des vues de l'État Partie concerné.

Article 11 Communication d'informations par l'OMS

1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, l'OMS communique à tous les États Parties et, selon les besoins, aux organisations intergouvernementales compétentes, dès que possible et par les moyens disponibles les plus efficaces, de façon confidentielle, les informations de santé publique qu'elle a reçues conformément aux articles 5 à 10 et qui sont nécessaires pour permettre aux États Parties de faire face à un risque pour la santé publique. L'OMS devrait communiquer aux autres États Parties des informations susceptibles de les aider à prévenir la survenue d'incidents analogues.
2. L'OMS utilise les informations reçues en application des articles 6 et 8 et du paragraphe 2 de l'article 9 aux fins de vérification, d'évaluation et d'assistance dans le cadre du présent Règlement et, sauf s'il en est autrement convenu avec les États Parties visés dans ces dispositions, elle ne communique généralement pas ces informations à d'autres États Parties avant que :
 - a) il soit déterminé que l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, au regard de l'article 12 ; ou

- b) les informations attestant la propagation internationale de l'infection ou de la contamination aient été confirmées par l'OMS conformément aux principes épidémiologiques établis ; ou
- c) il soit établi que :
 - i) les mesures contre la propagation internationale n'ont guère de chances d'aboutir en raison de la nature de la contamination, de l'agent pathogène, du vecteur ou du réservoir ; ou que
 - ii) l'État Partie n'a pas la capacité opérationnelle suffisante pour mettre en œuvre les mesures nécessaires pour prévenir une propagation plus étendue de la maladie ; ou
- d) la nature et l'étendue du mouvement international des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux pouvant être affectés par l'infection ou la contamination nécessitent la mise en œuvre immédiate de mesures internationales de lutte.

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

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

Article 12 Détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, y compris d'une urgence due à une pandémie

1. Le Directeur général détermine, sur la base des informations qu'il reçoit, en particulier de l'État Partie **ou des États Parties** sur le territoire duquel **ou desquels** un événement se produit, si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris, le cas échéant, une urgence due à une pandémie**, au regard des critères et de la procédure énoncés dans le présent Règlement.

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

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

4. Pour déterminer si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris, le cas échéant, une urgence due à une pandémie**, le Directeur général tient compte :

- a) des informations fournies par l'État Partie **ou les États Parties** ;
- b) de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 ;

- c) de l'avis du Comité d'urgence ;
- d) des principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifiques disponibles et autres informations pertinentes ; et
- e) d'une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international.

4 bis. Si le Directeur général détermine qu'un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, il doit en outre établir, après examen des éléments figurant au paragraphe 4, si l'urgence de santé publique de portée internationale constitue également une urgence due à une pandémie.

5. Si le Directeur général, **après examen des éléments énoncés aux alinéas a), c), d) et e) du paragraphe 4 du présent article, et après consultation de l'État Partie ou des États Parties** sur le territoire duquel **ou desquels est survenue une** l'urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une l'urgence due à une pandémie, est survenue, considère que l' qu'une** urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie, a pris fin car elle ne correspond plus à la définition figurant à l'article 1,** il prend une décision conformément à la procédure énoncée à l'article 49.

Article 13 Action de santé publique, y compris l'accès équitable aux produits de santé utiles

1. Chaque État Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible, mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet État Partie, **la les principales capacités permettant de prévenir de réagir rapidement et efficacement en cas de les** risques pour la santé publique et **et les** urgences de santé publique de portée internationale, **y compris les urgences dues à une pandémie, notamment dans les situations de fragilité et les situations d'urgence humanitaire, de s'y préparer et d'y réagir rapidement et efficacement,** conformément à l'annexe 1. L'OMS publie, en consultation avec les États Membres, des principes directeurs pour aider les États Parties à acquérir les **principales** capacités d'action de santé publique.

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

3. À la demande d'un État Partie **ou si un État Partie accepte une offre de l'OMS,** ~~l'OMS~~ **cette dernière** collabore à l'action en cas de risque pour la santé publique et d'~~autres~~ événements de santé publique en fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur place.

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

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

6. À leur demande, l'OMS offre de fournir des conseils et une assistance appropriés aux autres États Parties affectés ou menacés par l'urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie.**

7. **L'OMS apporte son soutien aux États Parties, à leur demande ou après acceptation d'une offre de l'OMS, et coordonne l'action internationale pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie, après que leur existence a été déterminée en vertu de l'article 12 du présent Règlement.**

8. **L'OMS facilite l'accès rapide et équitable des États Parties aux produits de santé utiles après qu'il a été établi qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, y compris une urgence due à une pandémie, et pendant cette situation d'urgence, en fonction des risques et des besoins en matière de santé publique, et s'emploie à éliminer les obstacles à cet accès. À cet effet, le Directeur général :**

a) **effectue, examine et actualise périodiquement des évaluations des besoins en matière de santé publique, ainsi que de la disponibilité et de l'accessibilité, y compris financière, des produits de santé utiles pour l'action de santé publique ; publie ces évaluations ; et tient compte des évaluations disponibles au moment d'émettre, de modifier, de prolonger ou d'annuler des recommandations conformément aux articles 15, 16, 17, 18 et 49 du présent Règlement ;**

b) **utilise les mécanismes coordonnés par l'OMS ou, en consultation avec les États Parties, facilite leur mise en place en fonction des besoins, et assure la coordination, le cas échéant, avec d'autres mécanismes et réseaux d'allocation et de distribution qui facilitent l'accès rapide et équitable aux produits de santé utiles en fonction des besoins en matière de santé publique ;**

c) **apporte un soutien aux États Parties qui en font la demande pour qu'ils intensifient et diversifient sur le plan géographique la production de produits de santé utiles, selon qu'il conviendra, par l'intermédiaire des réseaux et mécanismes coordonnés par l'OMS et d'autres réseaux et mécanismes, sous réserve de l'article 2 du présent Règlement et conformément au droit international applicable ;**

d) **communiquera à un État Partie qui en fait la demande le dossier relatif à un produit de santé utile particulier, tel qu'il a été fourni à l'OMS par le fabricant pour approbation et lorsque ce dernier a donné son accord, dans les 30 jours suivant la réception de cette demande, afin d'en faciliter l'évaluation et l'autorisation réglementaires par l'État Partie ; et**

e) **apporte un soutien aux États Parties qui en font la demande, et, selon qu'il convient, par l'intermédiaire des réseaux et mécanismes compétents coordonnés par l'OMS et d'autres réseaux et mécanismes, conformément au paragraphe 8, alinéa c) du présent article, pour promouvoir la recherche-développement et renforcer la production locale de produits de santé utiles de qualité, sûrs et efficaces, et facilite d'autres mesures contribuant à la pleine application de la présente disposition.**

9. **Conformément au paragraphe 5 du présent article et au paragraphe 1 de l'article 44 du présent Règlement, et à la demande d'autres États Parties ou de l'OMS, les États Parties s'engagent, sous réserve de la législation applicable et des ressources disponibles, à collaborer entre eux et à se prêter mutuellement assistance, ainsi qu'à soutenir l'action coordonnée par l'OMS, notamment :**

- a) en aidant l'OMS à mettre en œuvre les mesures indiquées dans le présent article ;
- b) en collaborant avec les parties prenantes concernées opérant dans leur juridiction et en les encourageant, afin de faciliter un accès équitable aux produits de santé utiles pour agir en cas d'urgence de santé publique de portée internationale, y compris d'urgence due à une pandémie ; et
- c) en mettant à disposition, selon qu'il convient, les modalités pertinentes de leurs accords de recherche-développement portant sur les produits de santé utiles en ce qui concerne la promotion d'un accès équitable à ces produits pendant une urgence de santé publique de portée internationale, y compris une urgence due à une pandémie.

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

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

TITRE III – RECOMMANDATIONS

Article 15 Recommandations temporaires

1. S'il a été établi, conformément à l'article 12, qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, le Directeur général publie des recommandations temporaires conformément à la procédure énoncée à l'article 49. Ces recommandations temporaires peuvent être modifiées ou prolongées, selon le cas, notamment après qu'il a été établi qu'une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, a cessé, après quoi d'autres recommandations temporaires peuvent être publiées, selon les besoins, aux fins d'en prévenir ou détecter rapidement la résurgence.
 2. Les recommandations temporaires peuvent concerner les mesures sanitaires à mettre en œuvre par l'État Partie **ou les États Parties** où survient l'urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, ou par d'autres États Parties, en ce qui concerne les personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, **y compris produits de santé utiles**, et/ou colis postaux pour prévenir ou réduire la propagation internationale de maladies et éviter toute entrave inutile au trafic international.
- 2 bis.** Lorsqu'il communique aux États Parties la publication, la modification ou la prolongation de recommandations temporaires, le Directeur général devrait transmettre les informations sur les éventuels mécanismes coordonnés par l'OMS concernant l'accès aux produits de santé utiles et l'allocation de ces produits, ainsi que sur les autres mécanismes et réseaux d'allocation et de distribution qui pourraient exister.

3. Les recommandations temporaires peuvent à tout moment être annulées conformément à la procédure définie à l'article 49 et expirent automatiquement trois mois après leur publication. Elles peuvent être modifiées ou prolongées pour des périodes supplémentaires de trois mois au maximum. Les recommandations temporaires ne peuvent être maintenues au-delà de la deuxième Assemblée mondiale de la Santé qui suit la décision relative à l'urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, à laquelle elles se rapportent.

Article 16 Recommandations permanentes

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

2. **Lorsqu'il communique aux États Parties la publication, la modification ou la prolongation de recommandations permanentes, le Directeur général devrait transmettre les informations sur les éventuels mécanismes coordonnés par l'OMS concernant l'accès aux produits de santé utiles et l'allocation de ces produits, ainsi que sur les autres mécanismes et réseaux d'allocation et de distribution qui pourraient exister.**

Article 17 Critères applicables aux recommandations

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

- a) des points de vue des États Parties directement concernés ;
- b) de l'avis du Comité d'urgence ou du Comité d'examen, selon le cas ;
- c) des principes scientifiques ainsi que des éléments de preuve et des informations scientifiques disponibles ;
- d) des mesures sanitaires qui, sur la base d'une évaluation des risques adaptée à la situation, n'entravent pas le trafic et le commerce internationaux et ne sont pas plus intrusives pour les personnes que d'autres mesures raisonnablement disponibles qui assureraient la protection sanitaire requise ;

d bis) de la disponibilité et de l'accessibilité des produits de santé utiles ;

- e) des normes et instruments internationaux pertinents ;
- f) des activités menées par les autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents ; et
- g) des autres informations spécifiques et appropriées concernant l'événement.

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

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

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

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

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

- aucune mesure sanitaire spécifique n'est préconisée ;
- examiner le manifeste et l'itinéraire ;
- effectuer des inspections ;
- examiner la preuve des mesures prises au départ ou pendant le transit pour éliminer l'infection ou la contamination ;
- effectuer le traitement des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains pour éliminer l'infection ou la contamination, y compris les vecteurs et les réservoirs ;
- appliquer des mesures sanitaires spécifiques pour garantir la sécurité de la manipulation et du transport de restes humains ;

- isoler ou placer en quarantaine ;
- exiger, en l’absence de traitement ou de processus efficace, la saisie et la destruction sous contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux infectés, contaminés ou suspects ;
- refuser le départ ou l’entrée.

3. Les recommandations publiées par l’OMS à l’intention des États Parties tiennent compte, selon que de besoin, de la nécessité :

- a) de faciliter les voyages internationaux, en particulier des personnels de santé et d’aide à la personne et des personnes dont la vie est menacée ou qui se trouvent dans une situation d’urgence humanitaire. Cette disposition est sans préjudice de l’article 23 du présent Règlement ; et**
- b) de préserver les chaînes d’approvisionnement internationales, y compris pour ce qui est des produits de santé utiles et des denrées alimentaires.**

TITRE IV – POINTS D’ENTRÉE

Article 19 Obligations générales

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

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

Article 20 Aéroports et ports

1. Les États Parties désignent les aéroports et les ports qui doivent acquérir et maintenir les **principales** capacités prévues à l’annexe 1.
2. Les États Parties veillent à ce que les certificats d’exemption de contrôle sanitaire de navire et les certificats de contrôle sanitaire de navire soient délivrés conformément aux prescriptions de l’article 39 et au modèle figurant à l’annexe 3.
3. Chaque État Partie communique à l’OMS la liste des ports habilités à proposer :
 - a) la délivrance des certificats de contrôle sanitaire de navire et la fourniture des services visés aux annexes 1 et 3 ; ou

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

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

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

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

Article 21 Postes-frontières

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

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

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

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

Article 22 Rôle des autorités compétentes

1. Les autorités compétentes :

- a) veillent à ce que les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux et les restes humains au départ et en provenance de zones affectées soient maintenus dans un état tel qu'ils soient exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs ;
- b) veillent, dans la mesure du possible, à ce que les installations utilisées par les voyageurs aux points d'entrée soient maintenues dans de bonnes conditions d'hygiène et restent exemptes de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs ;
- c) supervisent la dératisation, la désinfection, la désinsectisation ou la décontamination des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains ou les mesures sanitaires appliquées aux personnes, conformément au présent Règlement ;

- d) avertissent les exploitants de moyens de transport, aussi longtemps à l'avance que possible, de leur intention d'appliquer des mesures de lutte à un moyen de transport, et leur fournissent, le cas échéant, des informations écrites sur les méthodes à utiliser ;
- e) supervisent l'enlèvement et l'élimination hygiénique de l'eau ou des aliments contaminés, ainsi que des excréments humains ou animaux, des eaux usées et de toute autre matière contaminée se trouvant à bord d'un moyen de transport ;
- f) prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent Règlement pour surveiller et empêcher le rejet par les navires d'eaux usées, de déchets, d'eau de ballast et d'autres matières potentiellement pathogènes qui pourraient contaminer l'eau d'un port, d'un fleuve ou d'un canal, d'un détroit, d'un lac ou d'une autre voie navigable internationale ;
- g) sont responsables de la supervision des fournisseurs de services concernant les voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux et les restes humains aux points d'entrée, y compris de la conduite des inspections et des examens médicaux selon les besoins ;
- h) prévoient des dispositions d'urgence efficaces pour faire face à un événement imprévu affectant la santé publique ; et
- i) communiquent avec le point focal national RSI au sujet des mesures de santé publique pertinentes prises en application du présent Règlement.

2. Les mesures sanitaires recommandées par l'OMS pour les voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains en provenance d'une zone affectée peuvent être appliquées à nouveau à l'arrivée s'il existe des indications vérifiables et/ou des éléments attestant que les mesures appliquées au départ de la zone affectée ont échoué.

3. La désinsectisation, la dératisation, la désinfection, la décontamination et toutes autres procédures sanitaires sont conduites de manière à éviter de causer un traumatisme et, autant que possible, une gêne aux personnes ou un dommage à l'environnement de nature à porter atteinte à la santé publique, ou un dommage aux bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux.

TITRE V – MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Chapitre I – Dispositions générales

Article 23 Mesures sanitaires à l'arrivée et au départ

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

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

- iii) exiger un examen médical non invasif, c'est-à-dire l'examen le moins intrusif possible pour atteindre l'objectif de santé publique ; **et**
 - b) exiger l'inspection des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains.
2. Sur la base d'éléments attestant l'existence d'un risque pour la santé publique obtenus en appliquant les mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ou par d'autres moyens, les États Parties peuvent appliquer des mesures sanitaires supplémentaires conformément au présent Règlement, et en particulier en ce qui concerne un voyageur suspect ou affecté peuvent, au cas par cas, pratiquer l'examen médical le moins intrusif et le moins invasif possible pour atteindre l'objectif de santé publique consistant à prévenir la propagation internationale de maladies.
3. Les voyageurs ne sont soumis à aucun examen médical, aucune vaccination ni aucune mesure sanitaire ou prophylactique en vertu du présent Règlement sans que leur consentement exprès et éclairé, ou celui de leurs parents ou tuteurs, n'ait été obtenu au préalable, excepté en application du paragraphe 2 de l'article 31, et conformément à la législation et aux obligations internationales de l'État Partie.
4. Les voyageurs qui doivent être vaccinés ou à qui une mesure prophylactique doit être proposée en application du présent Règlement, ou leurs parents ou tuteurs, sont informés de tout risque associé à la vaccination ou la non-vaccination, et à l'utilisation ou la non-utilisation de la mesure prophylactique, conformément à la législation et aux obligations internationales de l'État Partie. Les États Parties informent les médecins de cette obligation conformément à la législation de l'État Partie.
5. Tout examen médical, acte médical, vaccination ou autre mesure de prophylaxie qui comporte un risque de transmission de maladie n'est pratiqué sur un voyageur ou ne lui est administré que conformément aux normes et aux principes de sécurité reconnus au niveau national et international, de façon à réduire ce risque au maximum.

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

Article 24 Exploitants de moyens de transport

1. Les États Parties prennent toutes les mesures possibles compatibles avec le présent Règlement pour assurer que les exploitants de moyens de transport :
- a) appliquent les mesures sanitaires recommandées par l'OMS et adoptées par l'État Partie, **y compris aux fins de leur application à bord et pendant l'embarquement et le débarquement ;**
 - b) informent les voyageurs des mesures sanitaires recommandées par l'OMS et adoptées par l'État Partie, **y compris aux fins de leur application à bord et pendant l'embarquement et le débarquement ;** et
 - c) maintiennent en permanence les moyens de transport dont ils sont responsables exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs. L'application de mesures destinées à éliminer les sources d'infection ou de contamination peut être exigée si des signes de leur présence sont découverts.
2. Les dispositions particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en vertu du présent article figurent à l'annexe 4. Les mesures particulières applicables aux moyens de transport et aux exploitants de moyens de transport en ce qui concerne les maladies à transmission vectorielle figurent à l'annexe 5.

Article 25 Navires et aéronefs en transit

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

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

Article 26 Camions, trains et autocars en transit

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

Article 27 Moyens de transport affectés

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 28 Navires et aéronefs aux points d'entrée

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

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

3. Lorsque cela est possible, et sous réserve des dispositions du paragraphe **2 du présent article précédent**, un État Partie accorde la libre pratique à un navire ou un aéronef par radio ou par un autre moyen de communication lorsque, d'après les informations reçues de ce navire ou cet aéronef avant son arrivée, l'État Partie estime que cette arrivée n'entraînera pas l'introduction ou la propagation d'une maladie.

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

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

- a) le commandant de bord de l'aéronef ou le capitaine du navire, ou toute autre personne qui en est responsable, s'efforce par tous les moyens de communiquer sans délai avec l'autorité compétente la plus proche ;
- b) dès que l'autorité compétente a été informée de l'atterrissage ou du mouillage, elle peut appliquer les mesures sanitaires recommandées par l'OMS ou d'autres mesures sanitaires prévues dans le présent Règlement ;

c) sauf si l'urgence ou les besoins de la communication avec l'autorité compétente l'exigent, aucun voyageur présent à bord de l'aéronef ou du navire ne s'en éloigne et aucune cargaison n'en est éloignée, à moins que l'autorité compétente ne l'autorise ; et

d) une fois mises en œuvre toutes les mesures sanitaires prescrites par l'autorité compétente, l'aéronef ou le navire peut, pour ce qui est de ces mesures sanitaires, poursuivre sa route soit jusqu'à l'aéroport ou au port où il devait atterrir ou mouiller soit, si des raisons techniques l'en empêchent, jusqu'à un aéroport ou un port commodément situé.

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

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

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

Chapitre III – Dispositions spéciales applicables aux voyageurs

Article 30 Voyageurs en observation à des fins de santé publique

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

Article 31 Mesures sanitaires liées à l'entrée des voyageurs

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

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

2. Si un voyageur pour qui un État Partie peut exiger un examen médical, une vaccination ou une autre mesure de prophylaxie en vertu du paragraphe 1 du présent article refuse de donner son consentement, ou refuse de fournir les informations ou les documents visés au paragraphe 1.a) de l'article 23, l'État Partie

concerné peut, sous réserve des dispositions des articles 32, 42 et 45, refuser l'entrée à ce voyageur. Si l'existence d'un risque imminent pour la santé publique est établie, l'État Partie peut, conformément à sa législation nationale et dans la mesure nécessaire pour lutter contre ce risque, obliger le voyageur à, ou lui conseiller de, conformément au paragraphe 3 de l'article 23 :

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

Article 32 Traitement des voyageurs

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

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

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

Article 33 Marchandises en transit

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

Article 34 Conteneurs et zones de chargement des conteneurs

1. Les États Parties veillent, dans la mesure du possible, à ce que les chargeurs des conteneurs utilisent, dans le trafic international, des conteneurs exempts de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs, en particulier au cours de l'empotage.
2. Les États Parties veillent, dans la mesure du possible, à ce que les zones de chargement des conteneurs demeurent exemptes de sources d'infection ou de contamination, notamment de vecteurs et de réservoirs.
3. Lorsque, de l'avis de l'État Partie, le volume du trafic international des conteneurs est suffisamment important, les autorités compétentes prennent toutes les mesures possibles compatibles

avec le présent Règlement, notamment en effectuant des inspections, pour évaluer l'état sanitaire des conteneurs et des zones de chargement des conteneurs afin d'assurer que les obligations énoncées dans le présent Règlement sont remplies.

4. Dans la mesure du possible, des installations sont disponibles dans les zones de chargement des conteneurs pour l'inspection et l'isolement des conteneurs.

5. Les destinataires et les expéditeurs des conteneurs mettent tout en œuvre pour éviter la contamination croisée lorsqu'ils procèdent au chargement de conteneurs à usages multiples.

TITRE VI – DOCUMENTS SANITAIRES

Article 35 Règle générale

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

2. **Les documents sanitaires prévus par le présent Règlement peuvent être établis sur support numérique ou non numérique, sous réserve des obligations de tout État Partie concernant le format de ces documents découlant d'autres accords internationaux.**

3. **Quel que soit le support sur lequel les documents sanitaires prévus par le présent Règlement ont été établis, lesdits documents sont conformes aux annexes visées aux articles 36 à 39, selon le cas, et leur authenticité peut être vérifiée.**

4. **L'OMS, en consultation avec les États Parties, élabore et met à jour, selon les besoins, des orientations techniques, y compris des spécifications ou des normes relatives à la délivrance et à la vérification de l'authenticité des documents sanitaires, qu'ils soient établis sur support numérique ou non numérique. Ces spécifications ou normes sont conformes à l'article 45 relatif au traitement des données à caractère personnel.**

Article 36 Certificats de vaccination ou autres mesures de prophylaxie

1. Les vaccins et mesures de prophylaxie administrés aux voyageurs en application du présent Règlement ou de recommandations, et les certificats y afférents, doivent être conformes aux dispositions de l'annexe 6 et, s'il y a lieu, de l'annexe 7 concernant certaines maladies.

2. Un voyageur muni d'un certificat de vaccination ou d'un certificat attestant une autre mesure de prophylaxie délivré conformément aux dispositions de l'annexe 6 et, s'il y a lieu, de l'annexe 7, ne peut être refoulé du fait de la maladie visée par le certificat, même s'il vient d'une zone affectée, à moins que l'autorité compétente n'ait des indications vérifiables et/ou des éléments établissant que la vaccination ou la mesure de prophylaxie n'a pas eu d'effet.

*Article 37 Déclaration ~~maritime de santé~~ **sanitaire de navire***

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

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

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

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

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

Article 39 Certificats de contrôle sanitaire de navire

1. Les certificats d'exemption de contrôle sanitaire de navire et les certificats de contrôle sanitaire de navire sont valables six mois au maximum. Cette durée de validité peut être prolongée d'un mois si l'inspection ou les mesures de lutte requises ne peuvent pas être effectuées au port.

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

TITRE VII – DROITS

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

1. Excepté pour les voyageurs qui sollicitent une autorisation de résidence temporaire ou permanente, et sous réserve du paragraphe 2 du présent article, l'État Partie ne perçoit pas d'autres droits en vertu du présent Règlement pour les mesures de protection de la santé publique suivantes :
 - a) tout examen médical prévu par le présent Règlement, ou tout examen complémentaire, qui peut être exigé par l'État Partie pour s'assurer de l'état de santé du voyageur examiné ;
 - b) toute vaccination ou autre mesure de prophylaxie administrée à un voyageur à l'arrivée, qui ne fait pas l'objet d'une prescription publiée ou qui a fait l'objet d'une prescription publiée moins de dix jours avant l'administration de la vaccination ou d'une autre mesure de prophylaxie ;
 - c) mesures appropriées d'isolement ou de quarantaine imposées à un voyageur ;
 - d) tout certificat délivré au voyageur stipulant les mesures appliquées et la date d'application ; ou
 - e) toute mesure sanitaire concernant les bagages accompagnant les voyageurs.
2. Les États Parties peuvent percevoir des droits pour des mesures sanitaires autres que celles visées au paragraphe 1 du présent article, y compris celles appliquées principalement dans l'intérêt du voyageur.
3. Si des droits sont perçus pour l'application de ces mesures sanitaires aux voyageurs en vertu du présent Règlement, il ne doit y avoir dans chaque État Partie qu'un seul tarif pour ces droits, qui tous :
 - a) sont conformes à ce tarif ;
 - b) ne dépassent pas le coût effectif du service fourni ; et

- c) sont perçus quels que soient la nationalité, le domicile ou le lieu de résidence des voyageurs concernés.
- 4. Le tarif, et toute modification pouvant y être apportée, est publié au moins dix jours avant la perception de tout droit y figurant.
- 5. Aucune disposition du présent Règlement n'empêche les États Parties de solliciter le remboursement des dépenses encourues du fait des mesures sanitaires visées au paragraphe 1 du présent article :
 - a) auprès des exploitants ou des propriétaires de moyens de transport en ce qui concerne leurs employés ; ou
 - b) auprès des assureurs concernés.
- 6. Les voyageurs ou les exploitants de moyens de transport ne peuvent en aucun cas se voir refuser la possibilité de quitter le territoire d'un État Partie en attendant le règlement des droits visés aux paragraphes 1 et 2 du présent article.

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

- 1. Si des droits sont perçus pour l'application de mesures sanitaires aux bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux en vertu du présent Règlement, il ne doit y avoir dans chaque État Partie qu'un seul tarif pour ces droits, qui tous :
 - a) sont conformes à ce tarif ;
 - b) ne dépassent pas le coût effectif du service fourni ; et
 - c) sont perçus quels que soient la nationalité, le pavillon, l'immatriculation ou le propriétaire des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux concernés. En particulier, aucune distinction n'est faite entre les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux nationaux et étrangers.
- 2. Le tarif, et toute modification pouvant y être apportée, est publié au moins dix jours avant la perception de tout droit y figurant.

TITRE VIII – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 42 Mise en œuvre des mesures sanitaires

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

Article 43 Mesures sanitaires supplémentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Sans préjudice des droits que lui confère l'article 56, tout État Partie qui subit les conséquences d'une mesure prise en vertu du paragraphe 1 ou du paragraphe 2 du présent article peut demander à l'État Partie qui applique cette mesure de le consulter, **soit directement soit par l'intermédiaire du Directeur général, qui peut également faciliter les consultations entre les États Parties concernés. Ces consultations ont pour but d'apporter des éclaircissements sur les informations scientifiques et les raisons de santé publique à l'origine de la mesure et de trouver une solution acceptable pour les deux États Parties. Sauf accord contraire avec les États Parties qui participent à la consultation, les informations échangées au cours de la consultation doivent rester confidentielles.**

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

Article 44 Collaboration, et assistance et financement

1. Les États Parties s'engagent à collaborer entre eux, dans la mesure du possible, pour :
 - a) détecter et évaluer les événements, **s'y préparer** et y faire face conformément au présent Règlement ;
 - b) assurer ou faciliter la coopération technique et l'apport d'un soutien logistique, en particulier pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des **principales** capacités ~~de santé publique~~ conformément à **l'annexe 1** au présent Règlement ;
 - c) mobiliser des ressources financières, **y compris en faisant appel à des sources et à des mécanismes de financement appropriés** pour faciliter l'application de leurs obligations au titre du présent Règlement, **en particulier pour répondre aux besoins des pays en développement** ;
 - d) formuler des projets de loi et d'autres dispositions juridiques et administratives aux fins de l'application du présent Règlement ; **et**
 2. Dans la mesure du possible, l'OMS collabore avec les États Parties **et leur prête assistance, à leur demande**, pour :
 - a) évaluer et apprécier leurs **principales** capacités ~~de santé publique~~ afin de faciliter l'application efficace du présent Règlement ;
 - b) assurer ou faciliter la coopération technique et l'apport d'un soutien logistique aux États Parties ;
 - c) mobiliser des ressources financières qui aideront les pays en développement à acquérir, renforcer et maintenir les **principales** capacités prévues à l'annexe 1 ; **et**
 - d) **faciliter l'accès aux produits de santé utiles, conformément au paragraphe 8 de l'article 13.**
- 2 bis.** Les États Parties, sous réserve de la législation applicable et des ressources disponibles, maintiennent ou augmentent le financement national, si nécessaire, et collaborent, y compris dans le cadre de la coopération et de l'assistance internationales, selon les besoins, en vue de renforcer le financement durable à l'appui de l'application du présent Règlement.
- 2 ter.** Conformément au paragraphe 1, alinéa c), les États Parties s'engagent à collaborer, dans la mesure du possible, pour :
 - a) inciter les modèles de gouvernance et de fonctionnement des entités et des mécanismes de financement existants à être représentatifs au niveau régional et à répondre aux besoins et aux priorités nationales des pays en développement aux fins de l'application du présent Règlement ;
 - b) recenser les ressources financières nécessaires pour répondre équitablement aux besoins et aux priorités des pays en développement, y compris pour acquérir, renforcer et maintenir les principales capacités, et permettre l'accès à ces ressources, notamment au moyen du Mécanisme de coordination financière établi en vertu de l'article 44 bis ;

2 quarter. Le Directeur général soutient les activités de collaboration visées au paragraphe 2 bis du présent article ~~ci-dessus~~, le cas échéant. Les États Parties et le Directeur général rendent compte des résultats obtenus dans le cadre des rapports présentés à l'Assemblée de la Santé.

3. La collaboration prévue par le présent article peut être mise en œuvre à de multiples niveaux, y compris bilatéralement, par le biais de réseaux régionaux et des bureaux régionaux de l'OMS, et par l'intermédiaire d'organisations intergouvernementales et organismes internationaux.

Article 44 bis – Mécanisme de coordination financière

1. Il est établi un mécanisme de coordination financière (le Mécanisme) afin :

- a) de favoriser la mise à disposition, en temps opportun, d'un financement prévisible et durable pour appliquer le présent Règlement à l'appui de l'acquisition, du renforcement et du maintien des principales capacités indiquées à l'annexe 1 du présent Règlement, y compris les capacités appropriées en cas d'urgence due à une pandémie ;
- b) de chercher à accroître le plus possible les fonds disponibles pour les besoins et priorités de mise en œuvre des États Parties, en particulier des pays en développement ; et
- c) de s'employer à mobiliser des ressources financières nouvelles et supplémentaires, et à accroître l'emploi efficient des instruments de financement existants, pour l'application effective du présent Règlement.

2. À l'appui des objectifs énoncés au paragraphe 1 du présent article, le Mécanisme mène, entre autres, les activités suivantes :

- a) utiliser ou effectuer des analyses pertinentes des besoins et des lacunes ;
- b) promouvoir l'harmonisation, la cohérence et la coordination des instruments de financement existants ;
- c) recenser toutes les sources de financement disponibles pour soutenir l'application du présent Règlement et communiquer ces informations aux États Parties ;
- d) fournir aux États Parties qui le demandent des conseils et un soutien afin qu'ils puissent trouver et solliciter des ressources financières pour renforcer les principales capacités, y compris les capacités appropriées en cas d'urgence due à une pandémie ; et
- e) mobiliser des contributions pécuniaires volontaires pour les organisations et les autres entités qui soutiennent les États Parties dans l'acquisition, le renforcement et le maintien des principales capacités, y compris les capacités appropriées en cas d'urgence due à une pandémie.

3. Le Mécanisme fonctionne, en ce qui concerne l'application du présent Règlement, sous l'autorité et la conduite de l'Assemblée de la Santé et est responsable devant elle.

Article 45 Traitement des données à caractère personnel

1. Les informations sanitaires recueillies ou reçues par un État Partie d'un autre État Partie ou de l'OMS en application du présent Règlement et qui se rapportent à une personne identifiée ou identifiable sont tenues confidentielles et traitées de façon anonyme, comme le prévoit la législation nationale.

2. Nonobstant le paragraphe 1, les États Parties peuvent **utiliser et utiliser** divulguer des données à caractère personnel si cela est nécessaire pour évaluer et gérer un risque pour la santé publique, mais les États Parties, conformément à la législation nationale, et l'OMS veillent à ce que ces données :

- a) soient traitées en toute impartialité et dans le respect de la légalité et ne soient pas utilisées d'une manière incompatible avec ce but ;
- b) soient adéquates, pertinentes et n'excèdent pas ce qui est nécessaire dans ce but ;
- c) soient exactes et, s'il y a lieu, actualisées ; toutes les dispositions raisonnables doivent être prises pour garantir que les données inexactes ou incomplètes sont effacées ou rectifiées ; et
- d) ne soient pas conservées plus longtemps qu'il n'est nécessaire.

3. L'OMS fournit, dans la mesure du possible, à l'intéressé qui en fait la demande les données à caractère personnel le concernant visées au présent article, sous une forme intelligible, sans délais ou frais excessifs, et, si nécessaire, permet d'y apporter des corrections.

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

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

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

Chapitre I – Liste d'experts du RSI

Article 47 Composition

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

Chapitre II – Le Comité d’urgence

Article 48 Mandat et composition

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

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

1 bis. Le Comité d’urgence est considéré comme un comité d’experts et est assujéti au Règlement applicable aux tableaux d’experts de l’OMS, sauf disposition contraire du présent article.

2. Le Comité d’urgence est composé d’experts choisis par le Directeur général parmi les membres de la Liste d’experts du RSI et, s’il y a lieu, d’autres tableaux d’experts de l’Organisation. Le Directeur général détermine la durée du mandat des membres afin d’assurer la continuité de l’examen d’un événement particulier et de ses conséquences. Le Directeur général choisit les membres du Comité d’urgence sur la base des compétences et de l’expérience requises pour une séance particulière et en tenant dûment compte des principes d’une représentation géographique équitable. ~~Les ^{un au moins} des~~ membres du Comité d’urgence devraient **être comprendre au moins** un expert désigné par ~~un~~ l’État Partie **ou les États Parties** sur le territoire duquel **ou desquels** l’événement ~~survient~~ **se produit**.

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

Article 49 Procédure

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

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

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

4. Le Directeur général invite l’État Partie **ou les États Parties** sur le territoire duquel **ou desquels** l’événement se produit à présenter ses **vues ou leurs** vues au Comité d’urgence. À cet effet, le Directeur général l’informe **ou les informe** aussi longtemps à l’avance que nécessaire, de la date et de l’ordre du jour de la réunion du Comité d’urgence. L’État Partie **concerné ou les États Parties** concernés ne peut **ou ne peuvent** cependant pas demander l’ajournement de la réunion du Comité d’urgence pour lui exposer ses **vues ou leurs** vues.

5. L'avis du Comité d'urgence est communiqué au Directeur général pour examen. Le Directeur général décide en dernier ressort.
6. Le Directeur général informe **tous** les États Parties de sa décision de déclarer qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, ou qu'elle a pris fin et leur fait part de toute mesure sanitaire prise par l'État Partie concerné **ou les États Parties concernés**, des recommandations temporaires éventuelles, **y compris des éléments factuels sur lesquels elles s'appuient**, et de leur modification, prorogation ou annulation, ainsi que de **la composition et de** l'avis du Comité d'urgence. Il informe également de ces recommandations temporaires, y compris de leur modification, prorogation ou annulation, les exploitants de moyens de transport, par l'intermédiaire des États Parties et des organismes internationaux compétents. Il diffuse ensuite ces informations et recommandations dans le grand public.
7. Les États Parties sur le territoire desquels l'événement s'est produit peuvent proposer au Directeur général de mettre fin à une urgence de santé publique de portée internationale, **y compris une urgence due à une pandémie**, et/ou aux recommandations temporaires, et peuvent présenter un exposé à cet effet au Comité d'urgence.

Chapitre III – Le Comité d'examen

Article 50 Mandat et composition

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

Article 51 Conduite des travaux

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

Article 52 Rapports

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

Article 53 Procédure applicable aux recommandations permanentes

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

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

TITRE X – DISPOSITIONS FINALES

Article 54 Présentation de rapports et examen

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

Article 54 bis Comité des États Parties pour l'application du Règlement sanitaire international (2005)

1. Le Comité des États Parties pour l'application du Règlement sanitaire international (2005) est institué pour faciliter l'application effective du présent Règlement, en particulier des articles 44 et 44 bis. Le Comité n'a qu'un rôle de facilitation et de consultation et fonctionne de manière non accusatoire, non punitive, constructive et transparente, en s'inspirant des principes énoncés à l'article 3. À cet effet :
 - a) le Comité a pour objectif de promouvoir et de soutenir l'apprentissage, l'échange de bonnes pratiques et la coopération entre les États Parties, pour l'application effective du présent Règlement ;
 - b) le Comité établit un sous-comité chargé de fournir des conseils techniques et de lui faire rapport.
2. Le Comité est composé de tous les États Parties et se réunit au moins une fois tous les deux ans. Son mandat, y compris la manière dont il mène ses travaux, et celui du sous-comité sont] adoptés par consensus à la première réunion du Comité.
3. Le Comité est doté d'un président et d'un vice-président, élus par le Comité parmi ses membres qui représentent des États Parties, dont le mandat est de deux ans et qui est renouvelé par roulement régional.¹
4. À sa première réunion, le Comité adopte, par consensus, le mandat du Mécanisme financier de coordination établi en vertu de l'article 44 bis, ainsi que ses modalités de mise en service et de gouvernance, et peut adopter les modalités de collaboration nécessaires avec des organismes internationaux compétents pouvant contribuer à son fonctionnement, le cas échéant.

¹ Aux fins de la présente disposition, le Saint-Siège et le Liechtenstein sont considérés comme appartenant à la Région européenne de l'OMS, étant entendu que cette disposition est sans préjudice de leur statut d'États Parties au Règlement sanitaire international (2005) qui ne sont pas Membres de l'OMS.

Article 55 Amendements

[Les amendements à cet article entreront en vigueur le 31 mai 2024]

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

Article 56 Règlement des différends

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

Article 57 Relation avec d'autres accords internationaux

1. Les États Parties reconnaissent que le RSI et les autres accords internationaux pertinents doivent être interprétés de manière à assurer leur compatibilité. Les dispositions du RSI n'affectent pas les droits et obligations des États Parties qui découlent d'autres accords internationaux.
2. Sous réserve du paragraphe 1 du présent article, aucune disposition du présent Règlement n'interdit aux États Parties qui ont certains intérêts communs du fait de leur situation sanitaire, géographique, sociale ou économique de conclure des traités ou arrangements distincts pour faciliter l'application du présent Règlement, notamment en ce qui concerne :

- a) l'échange direct et rapide d'informations sur la santé publique entre des territoires voisins de différents États ;
 - b) les mesures sanitaires applicables au trafic côtier international et au trafic international dans les eaux relevant de leur compétence ;
 - c) les mesures sanitaires applicables dans des territoires contigus de différents États sur leurs frontières communes ;
 - d) l'organisation du transport des personnes affectées ou des restes humains affectés à l'aide d'un moyen de transport spécialement adapté ; et
 - e) la dératisation, la désinsectisation, la désinfection, la décontamination ou tout autre traitement conçu pour rendre des marchandises exemptes d'agents pathogènes.
3. Sans préjudice de leurs obligations découlant du présent Règlement, les États Parties qui sont membres d'une organisation d'intégration économique régionale appliquent les règles communes en vigueur au sein de cette organisation dans le cadre de leurs relations mutuelles.

Article 58 Accords et règlements sanitaires internationaux

1. Sous réserve des dispositions de l'article 62 et des exceptions prévues ci-après, le présent Règlement remplace entre les États qu'il lie et entre ces États et l'OMS les dispositions des accords et règlements sanitaires internationaux ci-après :
- a) Convention sanitaire internationale, signée à Paris le 21 juin 1926 ;
 - b) Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne, signée à La Haye le 12 avril 1933 ;
 - c) Arrangement international concernant la suppression des patentes de santé, signé à Paris le 22 décembre 1934 ;
 - d) Arrangement international concernant la suppression des visas consulaires sur les patentes de santé, signé à Paris le 22 décembre 1934 ;
 - e) Convention portant modification de la Convention sanitaire internationale du 21 juin 1926, signée à Paris le 31 octobre 1938 ;
 - f) Convention sanitaire internationale de 1944 portant modification de la Convention du 21 juin 1926, ouverte à la signature à Washington le 15 décembre 1944 ;
 - g) Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne de 1944 portant modification de la Convention du 12 avril 1933, ouverte à la signature à Washington le 15 décembre 1944 ;
 - h) Protocole du 23 avril 1946 prorogeant la Convention sanitaire internationale de 1944, signé à Washington ;
 - i) Protocole du 23 avril 1946 prorogeant la Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne de 1944, signé à Washington ;
 - j) Règlement sanitaire international de 1951 et Règlements additionnels de 1955, 1956, 1960, 1963 et 1965 ; et
 - k) Règlement sanitaire international de 1969 et amendements de 1973 et 1981.

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

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

[Les amendements à cet article entreront en vigueur le 31 mai 2024]

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

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

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

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

Article 60 Nouveaux États Membres de l'OMS

Tout État qui devient Membre de l'OMS après la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 1 de l'article 59, et qui n'est pas déjà Partie au présent Règlement, peut faire savoir qu'il le refuse ou qu'il y fait des réserves dans un délai de 12 mois à compter de la date de la notification que lui a adressée le Directeur général après qu'il est devenu Membre de l'OMS. Sous réserve des dispositions des articles 62 et 63, et sauf en cas de refus, le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de cet État à l'expiration du délai susvisé. Le présent Règlement n'entre en aucun cas en vigueur à l'égard de cet État moins de 24 mois après la date de la notification visée au paragraphe 1 de l'article 59.

Article 61 Refus

[Les amendements à cet article entreront en vigueur le 31 mai 2024]

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

Article 62 Réserves

[Les amendements à cet article entreront en vigueur le 31 mai 2024]

1. Tout État peut formuler des réserves au Règlement en application du présent article. Ces réserves ne doivent pas être incompatibles avec l'objet et le but du présent Règlement.
 2. Toute réserve au présent Règlement doit être notifiée au Directeur général conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l'article 59 et de l'article 60, du paragraphe 1 de l'article 63 ou du paragraphe 1 de l'article 64 selon le cas. Un État non Membre de l'OMS doit aviser le Directeur général de toute réserve qu'il fait dans sa notification d'acceptation du présent Règlement. Tout État qui formule des réserves doit en faire connaître les motifs au Directeur général.
 3. Un refus partiel du présent Règlement ou d'un amendement à celui-ci équivaut à une réserve.
 4. En application des dispositions du paragraphe 2 de l'article 65, le Directeur général notifie toute réserve reçue au titre du paragraphe 2 du présent article. Le Directeur général :
 - a) si la réserve a été formulée avant l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux États Membres qui n'ont pas refusé le présent Règlement de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve ; ou
 - b) si la réserve a été formulée après l'entrée en vigueur du présent Règlement, demande aux États Parties de lui faire connaître dans un délai de six mois toute objection qu'ils auraient à opposer à cette réserve.
- Les États qui formulent une objection à une réserve doivent en indiquer les motifs au Directeur général.
5. Passé ce délai, le Directeur général avise l'ensemble des États Parties des objections reçues concernant les réserves. Si, à l'issue du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, un tiers des États visés au paragraphe 4 du présent article ne se sont pas opposés à la réserve, celle-ci est considérée comme acceptée et le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire, à l'exception des dispositions faisant l'objet de la réserve.
 6. Si un tiers au moins des États visés au paragraphe 4 du présent article s'opposent à une réserve avant l'expiration du délai de six mois à compter de la date de la notification visée au paragraphe 4 du présent article, le Directeur général en avise l'État réservataire pour que celui-ci envisage de retirer sa réserve dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification que lui a adressée le Directeur général.
 7. L'État réservataire continue de s'acquitter de toutes obligations portant sur l'objet de la réserve qu'il a acceptées dans le cadre d'un accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58.
 8. Si l'État auteur d'une réserve ne retire pas celle-ci dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification par le Directeur général visée au paragraphe 6 du présent article, et si l'État auteur de la réserve en fait la demande, le Directeur général demande l'avis du Comité d'examen. Le Comité d'examen informe le Directeur général, dans les meilleurs délais et conformément aux dispositions de l'article 50, des répercussions pratiques de la réserve sur l'application du présent Règlement.
 9. Le Directeur général soumet la réserve et l'avis du Comité d'examen, le cas échéant, à l'Assemblée de la Santé pour examen. Si l'Assemblée de la Santé, par un vote à la majorité simple, s'oppose à la réserve au motif qu'elle est incompatible avec l'objet et le but du présent Règlement, la réserve n'est pas acceptée et le présent Règlement n'entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire qu'après qu'il a retiré sa réserve conformément à l'article 63. Si l'Assemblée de la Santé accepte la réserve, le présent Règlement entre en vigueur à l'égard de l'État réservataire avec cette réserve.

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

[Les amendements à cet article entreront en vigueur le 31 mai 2024]

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

Article 64 États non Membres de l'OMS

1. Les États non Membres de l'OMS, mais qui sont Parties à un accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 ou auxquels le Directeur général a notifié l'adoption du présent Règlement par l'Assemblée mondiale de la Santé, peuvent devenir Parties à celui-ci en notifiant leur acceptation au Directeur général. Sous réserve des dispositions de l'article 62, cette acceptation prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent Règlement ou, si elle est notifiée après cette date, trois mois après le jour de la réception par le Directeur général de ladite notification.
2. Les États non Membres de l'OMS devenus Parties au présent Règlement peuvent à tout moment dénoncer leur participation audit Règlement par une notification adressée au Directeur général ; cette dénonciation prend effet six mois après réception de la notification. L'État qui a dénoncé sa participation applique de nouveau, à partir de ce moment, les dispositions de tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58 auquel il était précédemment Partie.

Article 65 Notifications par le Directeur général

1. Le Directeur général notifie l'adoption du présent Règlement par l'Assemblée de la Santé à tous les États Membres et Membres associés de l'OMS, ainsi qu'aux autres Parties à tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58.
2. Le Directeur général notifie également à ces États, ainsi qu'à tout autre État devenu Partie au présent Règlement ou à tout amendement au présent Règlement, toute notification reçue par l'OMS en application des articles 60 à 64 respectivement, ainsi que toute décision prise par l'Assemblée de la Santé en application de l'article 62.

Article 66 Textes authentiques

1. Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe du présent Règlement font également foi. Les textes originaux du présent Règlement sont déposés aux archives de l'OMS.
2. Des copies certifiées conformes du présent Règlement sont expédiées par le Directeur général à tous les Membres et Membres associés, ainsi qu'aux autres Parties à tout accord ou règlement sanitaire international visé à l'article 58, avec la notification prévue au paragraphe 1 de l'article 59.
3. Au moment de l'entrée en vigueur du présent Règlement, le Directeur général en transmet des copies certifiées conformes au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour enregistrement, conformément à l'article 102 de la Charte des Nations Unies.

ANNEXE 1

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

1. Les États Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment :
 - a) de leurs activités **de prévention**, de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, **de préparation**, d'action et de collaboration ; et
 - b) de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés.
2. Chaque État Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet État Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de la présente annexe. À la suite de cette évaluation, les États Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire comme il est stipulé au paragraphe 1 de l'article 5, ~~et~~ au paragraphe 1 de l'article 13 **et à l'alinéa a) de l'article 19.**
3. Les États Parties et l'OMS soutiennent sur demande les processus d'évaluation, de planification et de mise en œuvre prévus dans la présente annexe.
4. **Conformément à l'article 44, les États Parties s'engagent à collaborer entre eux, dans la mesure du possible, pour acquérir, renforcer et maintenir les principales capacités.**

**A. PRINCIPALES CAPACITÉS REQUISES POUR LA PRÉVENTION,
LA SURVEILLANCE, LA PRÉPARATION ET L'ACTION**

41. Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique (**ci-après, le « niveau local »**), **chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :**
 - a) de détecter, dans toutes les zones du territoire de l'État Partie, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour la période et le lieu considérés ; et
 - b) de communiquer immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé. Au niveau communautaire, les communications sont adressées aux établissements de soins de santé de la communauté locale ou au personnel de santé approprié. Au niveau primaire d'action de santé publique, les communications sont adressées au niveau d'action intermédiaire ou national, selon les structures organiques. Aux fins de la présente annexe, les données essentielles incluent les informations suivantes : descriptions cliniques, résultats de laboratoire, sources et types de risques, nombre de cas humains et de décès, conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées ; ~~et~~

- c) **de se préparer à l'application d'appliquer immédiatement des mesures de lutte préliminaires et de les appliquer immédiatement ;**
- d) **de se préparer à la prestation des services de santé nécessaires pour agir en cas de risques pour la santé publique et d'événements de santé publique, et d'en faciliter l'accès ; et**
- e) **d'associer les parties prenantes concernées, y compris les communautés, à la préparation et à l'action en cas de risques pour la santé publique et d'événements de santé publique.**

52. Au niveau intermédiaire d'action de santé publique (ci-après, le « **niveau intermédiaire** », le cas échéant,¹ **chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :**

- a) **de confirmer la nature des événements signalés et d'appuyer ou d'appliquer immédiatement des mesures de lutte supplémentaires ; et**
- b) **d'évaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, de communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Aux fins de la présente annexe, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation ; et**
- c) **d'assurer la coordination avec le niveau local et d'apporter un soutien au niveau local pour la prévention, la préparation et l'action en cas de risques pour la santé publique et d'événements de santé publique, y compris en ce qui concerne :**
 - i) **la surveillance ;**
 - ii) **les enquêtes sur place ;**
 - iii) **le diagnostic en laboratoire, y compris l'envoi des échantillons ;**
 - iv) **la mise en œuvre de mesures de lutte ;**
 - v) **l'accès aux services de santé et aux produits de santé nécessaires à l'action ;**
 - vi) **la communication sur les risques, y compris la lutte contre la mésinformation et la désinformation ;**
 - vii) **l'aide logistique (par exemple matériel, fournitures médicales et autres fournitures utiles et transport) ; et**

63. Au niveau national

Évaluation et notification. **Chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :**

¹ Dans les États Parties où, compte tenu de la structure administrative, le niveau intermédiaire est absent ou n'est pas clairement identifiable, il s'entend que les principales capacités énumérées aux alinéas a) à e) du présent paragraphe sont acquises, renforcées ou maintenues au niveau local ou au niveau national, selon le cas, conformément à la législation et au contexte nationaux.

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

Prévention, préparation et action pour la santé publique. Chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :

- a **bis)** de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation au niveau national et international ;
- b) **d'assurer la surveillance ;**
- ~~b~~c) **de déployer du personnel spécialisé ;**
- d) **d'assurer l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) ; et**
- e) **d'apporter une aide logistique (matériel, fournitures médicales et autres fournitures utiles et transport) ;**
- ~~e~~f) d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ;
- g) **d'établir et/ou de diffuser des orientations pour la prise en charge clinique des cas et la lutte anti-infectieuse ;**
- h) **d'assurer l'accès aux services de santé et aux produits de santé nécessaires à l'action ;**
- i) **d'assurer la communication sur les risques, y compris la lutte contre la désinformation et la désinformation ;**
- ~~e~~j) d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en œuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;
- ~~e~~k) d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ;
- ~~f~~l) d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clés, pour diffuser, sur le territoire de l'État Partie et sur celui d'autres États Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ;
- gm) d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ;
- m **bis)** **d'assurer la coordination des activités au niveau national et d'apporter un soutien au niveau local et intermédiaire, le cas échéant, pour la prévention, la préparation et l'action en cas de risques pour la santé publique et d'événements de santé publique ; et**
- ~~h~~n) d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.

B. PRINCIPALES CAPACITÉS REQUISES DES AÉROPORTS, PORTS ET POSTES-FRONTIÈRES DÉSIGNÉS

1. En permanence, **chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :**

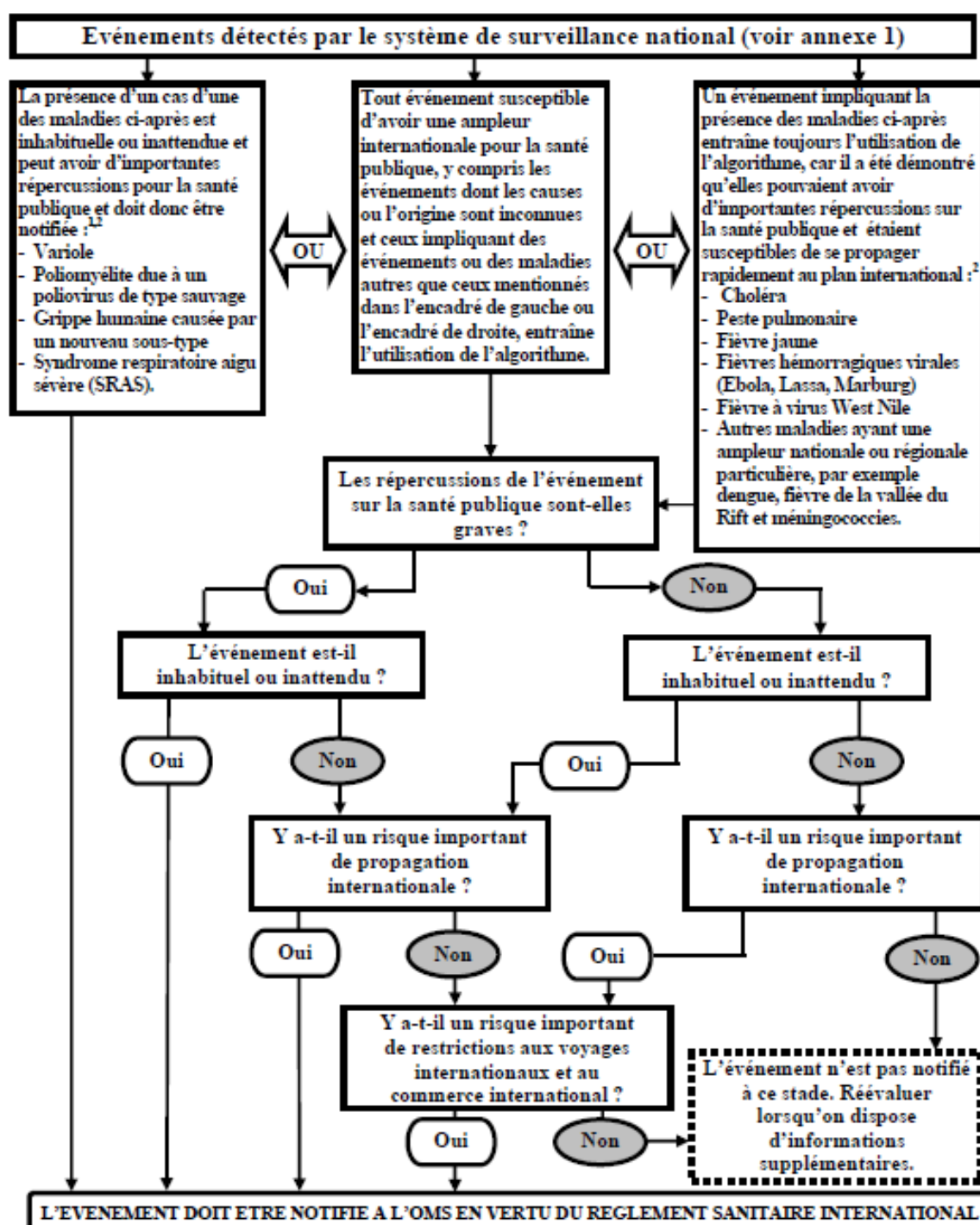
- a) d'assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ; et ii) de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;
- b) de mettre à disposition le matériel voulu et le personnel approprié pour permettre le transport des voyageurs malades vers un service médical approprié ;
- c) de fournir les services d'un personnel qualifié pour l'inspection des moyens de transport ;
- d) d'assurer l'hygiène des services utilisés par les voyageurs au point d'entrée, y compris l'approvisionnement en eau potable, les établissements de restauration, les services de restauration à bord et les toilettes publiques, ainsi que celle des services d'évacuation des déchets solides et liquides et des autres zones potentiellement à risque, en conduisant, au besoin, des programmes d'inspection ; et
- e) de mettre en place dans la mesure où cela est possible dans la pratique un programme conduit par du personnel qualifié pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci.

2. Pour faire face aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, **chaque État Partie acquiert, renforce et maintient les principales capacités permettant :**

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

ANNEXE 2

**INSTRUMENT DE DÉCISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES
ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ
PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE**



¹ Selon les définitions de cas de l'OMS.

² Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

{ENCADRÉ DE GAUCHE}

La présence d'un cas d'une des maladies ci-après est inhabituelle ou inattendue et peut avoir d'importantes répercussions pour la santé publique et doit donc être notifiée :^{1,2}

- Variole
- Poliomyélite due à **des** poliovirus ~~de type sauvage~~
- Grippe humaine causée par un nouveau sous-type
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

{ENCADRÉ DU MILIEU}

Tout événement susceptible d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, y compris les événements dont les causes ou l'origine sont inconnues, **en particulier les groupes de cas de maladie respiratoire aiguë sévère de cause inconnue ou nouvelle**, et ceux impliquant des événements ou des maladies autres que ceux mentionnés dans l'encadré de gauche ou l'encadré de droite, entraîne l'utilisation de l'algorithme.

**EXEMPLES POUR L'APPLICATION DE L'INSTRUMENT DE DÉCISION
À L'ÉVALUATION ET LA NOTIFICATION D'ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT
CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE
INTERNATIONALE**

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

L'ÉVÉNEMENT RÉPOND-IL À DEUX AU MOINS DES CRITÈRES SUIVANTS ?

Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	I. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?
	1. nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'événement est-il élevé pour le lieu, la période ou la population considérés ?
	2. L'événement risque-t-il d'avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ? EXEMPLES DE CIRCONSTANCES POUVANT AVOIR D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE : ✓ Événement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (infectiosité de l'agent, taux de létalité élevé, voies de transmission multiples ou porteur sain). ✓ Indication de l'échec du traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec des antidotes). ✓ L'événement constitue un risque important pour la santé publique, même si le nombre de cas recensés chez l'être humain est nul ou très faible. ✓ Cas signalés parmi le personnel de santé. ✓ Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.). ✓ Facteurs concomitants susceptibles d'entraver ou de retarder l'action de santé publique (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans l'État Partie). ✓ L'événement survient dans une zone à forte densité de population. ✓ Propagation de matériel toxique ou infectieux ou de matériel dangereux pour d'autres raisons, d'origine naturelle ou autre, qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.
	3. Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'événement en cours, ou pour éviter de nouveaux cas ? EXEMPLES DE CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE AIDE PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE : ✓ Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier : – moyens de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'événement (matériel, personnel, ressources financières) ; – manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins et/ou de matériel de protection, de décontamination ou de soutien pour satisfaire les besoins estimés ; – incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas en temps utile.
	LES RÉPERCUSSIONS DE L'ÉVÉNEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE SONT-ELLES GRAVES ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.

	II. L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?
L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	4. <i>L'événement est-il inhabituel ?</i> EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INHABITUELS : ✓ L'événement est causé par un agent inconnu, ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus. ✓ L'évolution des cas est plus grave que prévu (notamment le taux de morbidité ou de létalité) ou s'accompagne de symptômes inhabituels. ✓ La survenue de l'événement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.
	5. <i>L'événement est-il inattendu dans une perspective de santé publique ?</i> EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS : ✓ L'événement est causé par une maladie/un agent qui a déjà été éliminé(e) ou éradiqué(e) dans l'État Partie ou qui n'a pas été signalé(e) précédemment.
	L'ÉVÉNEMENT EST-IL INHABITUEL OU INATTENDU ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.

	III. Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?
Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	6. <i>Y a-t-il des signes de lien épidémiologique avec des événements semblables dans d'autres États ?</i>
	7. <i>Y a-t-il un facteur quelconque qui fasse craindre la possibilité d'un mouvement transfrontières de l'agent, du vecteur ou de l'hôte ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES FAVORABLES À UNE PROPAGATION INTERNATIONALE : ✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas indicateur (ou d'autres cas qui lui sont associés) observé[s] le mois précédent : – sujet ayant effectué un voyage international au cours de cette période (ou pendant une durée équivalant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu) ; ou – sujet ayant participé à un rassemblement international (pèlerinage, manifestation sportive, conférence, etc.) ; ou – sujet ayant eu un contact rapproché avec un voyageur international ou une population très mobile. ✓ Événement causé par une contamination de l'environnement qui risque de se propager au-delà des frontières internationales. ✓ Événement survenant dans une zone de trafic international intense ayant une capacité limitée de contrôle sanitaire, de détection dans l'environnement ou de décontamination.
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE PROPAGATION INTERNATIONALE ? Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 6 ou 7 ci-dessus.

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

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

ANNEXE 3

**MODÈLE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTRÔLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTRÔLE SANITAIRE DE NAVIRE**

Port : Date :

Le présent certificat rend compte de l'inspection et 1) de l'exemption du contrôle ou 2) des mesures appliquées

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Pavillon N° d'immatriculation/OMI

Au moment de l'inspection, les cales étaient déchargées/chargées de tonnes de cargaison

Nom et adresse du bureau d'inspection.....

Certificat d'exemption de contrôle sanitaire de navire

Secteurs , [systèmes et services] inspectés	Signes constatés ¹	Résultats de l'analyse des échantillons ²	Documents examinés
Cuisine			Journal du médecin de bord
Cambuse			Journal de bord
Entrepôts de stockage			Autres
Cale(s)/cargaison			
Quartiers :			
– postes d'équipage			
– carré des officiers			
– cabines des passagers			
– pont			
Eau potable			
Eaux usées			
Ballast			
Déchets solides et médicaux			
Eaux stagnantes			
Salle des machines			
Services médicaux			
Autres secteurs spécifiés – voir pièce jointe			
Pour les secteurs non concernés, indiquer « sans objet »			

Aucun signe constaté. Le navire/bateau est exempté de mesures de lutte.

Nom et titre de l'agent qui délivre le certificat

¹ a) Signes d'infection ou de contamination, y compris : vecteurs à tous les stades de leur croissance, réservoirs animaux de vecteurs, rongeurs ou autres espèces qui pourraient être porteurs de maladies humaines, risques microbiologiques, chimiques et autres pour la santé humaine, mesures d'hygiène insuffisantes ; b) Information concernant des cas humains (à faire figurer dans la déclaration maritime de santé sanitaire de navire).

² Résultats de l'analyse des échantillons prélevés à bord : résultats à fournir dans les plus brefs délais au capitaine du navire et, si une nouvelle inspection est requise, à l'escale suivante, la plus appropriée compte tenu de la date de réinspection indiquée dans le certificat.

Les certificats d'exemption de contrôle sanitaire et les certificats de contrôle sanitaire sont valables six mois au maximum ; toutefois, la durée de validité peut être prolongée d'un mois si l'inspection ne peut pas être effectuée au port et s'il n'y a aucun signe d'infection ou de contamination.

Certificat de contrôle sanitaire de navire

[illegible]

Les mesures de lutte indiquées ont été appliquées à la date ci-dessous.

Signature et sceau Date

**PIÈCE JOINTE AU MODÈLE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTRÔLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTRÔLE SANITAIRE DE NAVIRE**

Secteurs/installations/ systèmes inspectés ¹	Signes constatés	Résultats de l'analyse des échantillons	Documents examinés	Mesures de lutte appliquées	Date de réinspection	Remarques concernant les conditions observées
Nourriture						
Source						
Stockage						
Préparation						
Service						
Eau						
Source						
Stockage						
Distribution						
Déchets						
Stockage						
Traitement						
Évacuation						
Piscines/spas						
Équipement						
Fonctionnement						
Services médicaux						
Équipement et appareils médicaux						
Fonctionnement						
Médicaments						
Autres secteurs inspectés						

¹ Lorsque des secteurs figurant sur cette liste ne sont pas concernés, indiquez « sans objet ».

ANNEXE 4

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

Section A. Exploitants de moyens de transport

1. Les exploitants de moyens de transport faciliteront :
 - a) les inspections de la cargaison, des conteneurs et du moyen de transport ;
 - b) les examens médicaux des personnes présentes à bord ;
 - c) l'application des autres mesures sanitaires prévues dans le présent Règlement, **y compris à bord et pendant l'embarquement et le débarquement** ; et
 - d) la fourniture des informations de santé publique requises par l'État Partie,

et, le cas échéant, s'y prépareront.
2. Les exploitants de moyens de transport fourniront à l'autorité compétente des États Parties un certificat valable d'exemption de contrôle sanitaire, ou de contrôle sanitaire de navire, ou une Déclaration ~~maritime de santé~~ **sanitaire de navire**, ou la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef, comme l'exige le présent Règlement.

Section B. Moyens de transport

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

ANNEXE 5

**MESURES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES
MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE**

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

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

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

ANNEXE 6

VACCINATION, PROPHYLAXIE ET CERTIFICATS Y AFFÉRENTS

1. Les vaccins ou autres agents prophylactiques mentionnés à l'annexe 7 ou recommandés dans le présent Règlement doivent être de qualité satisfaisante ; les vaccins et agents prophylactiques prescrits par l'OMS doivent être soumis à son approbation. Sur demande, l'État Partie fournit à l'OMS des éléments appropriés attestant l'adéquation des vaccins et agents prophylactiques administrés sur son territoire en vertu du présent Règlement.
2. Les personnes à qui des vaccins ou autres agents prophylactiques sont administrés en vertu du présent Règlement reçoivent un certificat international de vaccination ou un certificat attestant l'administration d'une prophylaxie (ci-après dénommé le « certificat »), conforme au modèle figurant dans la présente annexe. Ce modèle doit être scrupuleusement respecté.
3. Les certificats visés par la présente annexe ne sont valables que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'OMS.
4. Les certificats **visés par la présente annexe qui sont établis sur un support non numérique** doivent être signés ~~de la main du~~ **par le** clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique. Ces certificats doivent aussi porter le cachet officiel du centre habilité, qui ne peut toutefois être considéré comme tenant lieu de signature. **Quel que soit le support sur lequel ils ont été établis, les certificats doivent comporter le nom du clinicien responsable de l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique, ou de l'autorité compétente chargée de délivrer le certificat ou de superviser le centre habilité.**
5. Les certificats doivent être remplis intégralement en anglais ou en français ; ils peuvent l'être aussi, en plus, dans une autre langue.
6. Toute correction ou rature sur les certificats ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner leur nullité.
7. Les certificats sont individuels et ne doivent en aucun cas être utilisés à titre collectif. Les enfants doivent être munis de certificats distincts.
8. Lorsqu'un certificat **visé par la présente annexe est établi sur un support non numérique et** délivré à un enfant qui ne sait pas écrire, un de ses parents ou tuteurs doit le signer à sa place. **Une personne qui n'est pas en mesure de signer** ~~un lettre~~ doit apposer, comme il est d'usage en pareil cas, sa marque authentifiée par un tiers qui indiquera qu'il s'agit de la marque de la personne concernée, **laquelle sera alors considérée comme sa signature. Lorsqu'une personne est accompagnée d'un tuteur, le tuteur signe le certificat en son nom.**
9. Si le clinicien responsable est d'avis que la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie est contre-indiquée pour des raisons médicales, il remet à l'intéressé un certificat de contre-indication dûment motivé, rédigé en anglais ou en français et, le cas échéant, dans une autre langue en plus de l'anglais ou du français, que les autorités compétentes du lieu d'arrivée doivent prendre en compte. Le clinicien responsable et les autorités compétentes informent l'intéressé de tout risque associé à la non-vaccination ou à la non-utilisation de la prophylaxie conformément aux dispositions de l'article 23, paragraphe 4.

10. Un document équivalent délivré par les forces armées à un membre actif de ces forces sera accepté en lieu et place d'un certificat international conforme au modèle figurant dans la présente annexe :

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

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

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

dont la signature suit¹¹, **ou, le cas échéant :**

nom du parent ou du tuteur**et**

signature du parent ou du tuteur¹.....

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

(nom de la maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international.

Vaccin ou agent prophylactique	Date	Nom ~~Signature et~~ titre du clinicien responsable ou de l'autorité compétente chargée de délivrer ce certificat ou de superviser le centre habilité	Signature du clinicien responsable ¹	Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable à partir du : jusqu'au :	Cachet officiel du centre habilité
1.						
2.						

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

Ce certificat **établi sur support non numérique** doit être signé ~~de la main du~~ **par le** clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique ; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature. **Quel que soit le support sur lequel il a été établi, le certificat doit comporter le nom du clinicien responsable de l'administration du vaccin ou de la prophylaxie, ou de l'autorité compétente chargée de délivrer le certificat ou de superviser le centre habilité.**

¹ S'applique uniquement aux certificats établis sur un support non numérique.

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

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

ANNEXE 7

**PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA VACCINATION OU LA PROPHYLAXIE
CONTRE CERTAINES MALADIES¹**

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

Fièvre jaune

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

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

¹ Amendées par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé quant aux alinéas iii) et iv) de la section 2.a) dans la résolution WHA67.13 (24 mai 2014). Cet amendement est entré en vigueur à l'égard de tous les États Parties au RSI (2005) le 11 juillet 2016.

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

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

ANNEXE 8

MODÈLE DE DÉCLARATION SANITAIRE DE NAVIRE MARITIME DE SANTÉ

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

Présentée au port de Date

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Numéro d'immatriculation/OMI
en provenance de à destination de

(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine

Jauge brute (navire)

Jauge (bateau de navigation intérieure)

Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? Oui Non

Délivré à Date

Nouvelle inspection requise ? Oui Non

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

Nom du port et date de la visite

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

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

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

Effectif de l'équipage

Nombre de passagers à bord

Questions de santé

- 1) Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? Oui Non
Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après. Nombre total de décès
 - 2) Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de caractère infectieux ?
Oui Non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
 - 3) Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ?
Oui Non Quel a été le nombre de malades ?
 - 4) Y a-t-il actuellement des malades à bord ? Oui Non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
 - 5) Un médecin a-t-il été consulté ? Oui Non Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau ci-après.
 - 6) Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? Oui Non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.
 - 7) Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ?
Oui Non Si oui, préciser lesquelles, le lieu et la date
 - 8) Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? Oui Non Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance) ?
 - 9) Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ? Oui Non
- Note :** En l'absence d'un médecin, le capitaine doit considérer les symptômes suivants comme des signes faisant présumer l'existence d'une maladie de caractère infectieux :
- a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) prostration ; ii) diminution de la conscience ; iii) hypertrophie ganglionnaire ; iv) ictère ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) saignements inhabituels ; ou vii) paralysie.
 - b) fièvre, ou absence de fièvre, accompagnée de : i) érythème ou éruption cutanée aiguë ; ii) forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) diarrhée sévère ; ou iv) convulsions récurrentes.

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

Signé

Capitaine

Contresigné

Médecin de bord (s'il y a lieu)

Date

PIÈCE JOINTE AU MODÈLE DE DÉCLARATION MARITIME DE SANTÉ ~~SANITAIRE~~
DE NAVIRE

Nom	Classe ou fonctions à bord	Âge	Sexe	Nationalité	Port et date d'embar- quement	Nature de la maladie	Date d'apparition des symptômes	Signalée au médecin du port ?	Issue ¹	Médicaments ou autres traitements administrés au patient	Observations

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

ANNEXE 9

**CE DOCUMENT FAIT PARTIE DE LA DÉCLARATION GÉNÉRALE D'AÉRONEF
PROMULGUÉE PAR L'ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE
INTERNATIONALE**

**PARTIE RELATIVE AUX QUESTIONS SANITAIRES DE
LA DÉCLARATION GÉNÉRALE D'AÉRONEF¹**

Déclaration de santé

Nom et numéro de siège ou fonction des personnes à bord atteintes de maladies autres que le mal de l'air ou des accidents, qui peuvent souffrir d'une maladie transmissible (la présence de fièvre [température égale ou supérieure à 38°C (100°F)] accompagnée d'un ou de plusieurs des signes et symptômes suivants : malaise évident ; toux persistante ; respiration pénible ; diarrhée continue ; vomissement continu ; éruptions cutanées ; ecchymose ou saignement sans antécédent traumatique ; ou confusion mentale apparue nouvellement, accroît la possibilité que la personne souffre de maladie transmissible), ainsi que des cas de maladie débarqués au cours d'un arrêt précédent

.....

Renseignements détaillés sur chaque désinsectisation ou autre opération sanitaire (lieu, date, heure, méthode) effectuée au cours du vol. S'il n'y a pas eu de désinsectisation en cours de vol, donner des précisions sur la désinsectisation la plus récente

.....

Signature, s'il y a lieu, avec date et heure _____

Membre d'équipage intéressé

(Neuvième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

¹ La présente version de la Déclaration générale d'aéronef est entrée en vigueur le 15 juillet 2007. On pourra trouver le document complet sur le site Web <http://www.icao.int>, de l'Organisation de l'aviation civile internationale.

DÉCISIONS

WHA77(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des 12 États Membres suivants : Albanie, Bhoutan, Guinée-Bissau, Haïti, Iran (République islamique d'), Kirghizistan, Madagascar, Mongolie, Ouganda, Slovaquie, Uruguay et Vanuatu.

(Première séance plénière, 27 mai 2024)

WHA77(2) Élection du président et des vice-présidents de la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

Président : D^r Edwin Dikoloti (Botswana)

Vice-Présidents : D^r Frank C. S. Anthony (Guyana)
D^{re} Youngmee Jee (République de Corée)
D^r P. G. Mahipala (Sri Lanka)
D^{re} Ala Nemerenco (République de Moldova)
D^r Ali Haji Adam Abubakar (Somalie)

(Première séance plénière, 27 mai 2024)

WHA77(3) Élection du bureau des commissions principales

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

Commission A : Président	M. Apurva Chandra (Inde)
Commission B : Président	D ^r Feras Hawari (Jordanie)

(Première séance plénière, 27 mai 2024)

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

Commission A : Vice-Présidents	M ^{me} Katarzyna Dążek-Laskowska (Pologne) M. Alexandre Peña Ghisleni (Brésil)
---------------------------------------	--

Rapporteur	M. Lombo Emma Tiaho (Burkina Faso)
-------------------	------------------------------------

Commission B : Vice-Présidents D^r Masami Sakoi (Japon)
M. James Ngango (Rwanda)

Rapporteuse M^{me} Marcela Arias Moncada (Honduras)

(Premières séances des Commissions A et B,
27 et 29 mai 2024, respectivement)

WHA77(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Bahamas, Belgique, Bolivie (État plurinational de), Burundi, Chine, Cuba, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, France, Guinée, Guinée équatoriale, Monaco, Mozambique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Soudan du Sud et Tadjikistan.

(Première séance plénière, 27 mai 2024)

WHA77(5) Adoption de l'ordre du jour

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

(Deuxième séance plénière, 27 mai 2024)

WHA77(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le rapport de la Commission de vérification des pouvoirs¹ et a accepté les pouvoirs présentés par les délégations des 188 États Membres et du Membre associé suivants, les jugeant conformes au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : Afrique du Sud ; Albanie ; Algérie ; Allemagne ; Andorre ; Angola ; 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 ; Dominique ; 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 ; 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 ; Namibie ; Nauru ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Palaos ; Panama ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Paraguay ; Pays-Bas (Royaume des) ; Pérou ; Philippines ; Pologne ; Portugal ; Qatar ; République arabe syrienne ; République centrafricaine ; République de Corée ;

¹ Document A77/46.

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 ; 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 ; Türkiye ; Turkménistan ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Vanuatu ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

Membre associé :

Îles Féroé.

(Sixième séance plénière, 29 mai 2024)

WHA77(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les délégués des États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Brunéi Darussalam, Bulgarie, Chili, Costa Rica, Israël, Liban, Norvège, Pologne, République de Corée, Somalie, Thaïlande, Zimbabwe.

(Septième séance plénière, 31 mai 2024)

WHA77(8) Élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général² et rappelant la résolution WHA76.2 (2023) sur les soins d'urgence, soins critiques et soins chirurgicaux intégrés à l'appui de la couverture sanitaire universelle et de la protection contre les urgences sanitaires,

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) d'élaborer, en consultation avec les États Membres, les institutions spécialisées compétentes des Nations Unies, ainsi que la société civile, les milieux universitaires et d'autres parties prenantes, conformément au Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, une stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, afin d'appuyer la mise en œuvre de la résolution WHA76.2 de 2026 à 2035, pour examen par la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session ;
- 2) de traduire cette stratégie mondiale en un plan d'action définissant des objectifs à atteindre d'ici à 2035.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

WHA77(9) Plan d'action mondial et cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

A décidé d'adopter le Plan d'action mondial et le cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse tels qu'ils figurent à l'annexe 3.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(10) Examen universel de l'état de santé et de préparation¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,²

A décidé :

- 1) de prendre note des rapports de l'Iraq,³ du Portugal,⁴ de la République centrafricaine,⁵ de la Sierra Leone⁶ et de la Thaïlande⁷ établis dans le cadre de la phase pilote volontaire de l'examen universel de l'état de santé et de préparation, y compris la phase pilote volontaire d'examen mondial collégial⁸ prévue par le processus ;
- 2) de prier le Directeur général de continuer à mener à bien, en consultation avec les États Membres, la phase pilote volontaire de l'examen universel de l'état de santé et de préparation, y compris la phase pilote volontaire d'examen mondial collégial, conformément au rapport présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé⁹ et aux observations faites par les États Membres, sans préjudice des processus en cours dans le cadre de l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies et

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A77/4.

³ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Iraq. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)--national-report-of-the-republic-of-iraq](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)--national-report-of-the-republic-of-iraq), consulté le 18 décembre 2023).

⁴ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Portugal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)--national-report-of-portugal](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)--national-report-of-portugal), consulté le 18 décembre 2023).

⁵ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Central African Republic. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review-\(uhpr\)--national-report-of-central-african-republic](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review-(uhpr)--national-report-of-central-african-republic), consulté le 18 décembre 2023).

⁶ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Sierra Leone. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review-\(uhpr\)--national-report-of-sierra-leone](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-and-readiness-review-(uhpr)--national-report-of-sierra-leone), consulté le 18 décembre 2023).

⁷ Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National Report of Thailand. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 ([https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-\(uhpr\)-2022--thailand](https://www.who.int/publications/m/item/universal-health-preparedness-review-(uhpr)-2022--thailand), consulté le 18 décembre 2023).

⁸ Universal Health and Preparedness Review (<https://www.who.int/emergencies/operations/universal-health-preparedness-review>, consulté le 18 décembre 2023).

⁹ Document A75/21.

du Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005), en s'appuyant sur les mécanismes existants au titre du Règlement sanitaire international (2005) et à l'appui de celui-ci, d'une manière qui complète, sans faire double emploi, les modalités ainsi que les outils et processus d'évaluation existants utilisés par les États Membres, à savoir ceux prévus par le cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international ;

3) de prier le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session, sur les bilans d'expérience, les incidences, les avantages, les difficultés et les options à envisager pour les prochaines étapes.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(11) Rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution)¹ et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023,² et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé,³

A décidé d'adopter le rapport sur les résultats 2023 (budget programme 2022-2023 : évaluation de l'exécution) et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2023.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(12) Rapport du Commissaire aux comptes

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé,⁴ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé,⁵

A décidé d'accepter le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

¹ Document A77/19.

² Document A77/20.

³ Document A77/36.

⁴ Document A77/22.

⁵ Document A77/39.

WHA77(13) Nomination de représentants au Comité des pensions du personnel de l'OMS

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé M. Thomas Ifland, délégué de l'Allemagne, en qualité de membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2027.

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé la D^{re} Kezia Lorraine H. Rosario, déléguée des Philippines, en qualité de membre suppléante du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2027.

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé M. Theophile Dushime, délégué du Rwanda et plus ancien membre suppléant, en qualité de membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour le reste de son mandat, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2025.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(14) Le point sur le Fonds pour les infrastructures¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,² et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé,³

A décidé d'approuver l'utilisation du volet immobilier du Fonds pour les infrastructures pour la reconstruction du Bureau de pays de l'OMS à Kaboul et la construction d'un nouveau Bureau de pays de l'OMS à Djouba.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(15) Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur le processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet,⁴

A décidé de reporter l'examen de ce point à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A77/29.

³ Document A77/44.

⁴ Document A77/27 Rev.1.

WHA77(16) Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,²

A décidé de prier le Directeur général de continuer à informer l'Assemblée de la Santé des activités de l'OMS visant à renforcer les services de santé intégrés centrés sur la personne, dans le cadre des rapports biennaux sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA72.2 (2019) relative aux soins de santé primaires, jusqu'en 2030.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(17) Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA76(8) (2023) sur l'application de la résolution WHA75.11 (2022) ;³ rappelant en outre la décision figurant dans la résolution WHA75.11 selon laquelle la poursuite de l'action par la Fédération de Russie au détriment de la situation sanitaire en Ukraine, au niveau régional et mondial, exigerait de l'Assemblée de la Santé qu'elle envisage l'application des articles pertinents de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; reconnaissant les difficultés sans précédent qui découlent de l'agression de l'Ukraine par la Fédération de Russie ; reconnaissant en outre l'action actuellement menée par l'OMS, ses partenaires d'exécution et d'autres organisations humanitaires pour faire face aux répercussions sanitaires et humanitaires en Ukraine et dans l'ensemble de la région de l'agression commise par la Fédération de Russie ; et prenant acte de l'adoption de la stratégie de coopération de l'OMS avec l'Ukraine 2024-2030, qui souligne l'engagement de l'OMS à soutenir l'Ukraine dans ses efforts de réforme du système de santé, en mettant l'accent sur la nécessité d'investir dans les infrastructures de santé, le développement des ressources humaines et la mise en œuvre de réformes,

A décidé :

- 1) de condamner avec la plus grande fermeté la poursuite de l'agression de l'Ukraine par la Fédération de Russie, y compris les attaques contre les établissements de soins de santé répertoriées par le système OMS de surveillance des attaques visant les services de santé, de même que les attaques généralisées contre des civils et des infrastructures civiles essentielles qui ont entraîné de lourdes pertes et entravé l'accès aux soins de santé ;
- 2) de faire part de sa vive inquiétude face à l'urgence sanitaire qui continue de toucher l'Ukraine et les pays qui reçoivent des réfugiés et ceux qui en accueillent, y compris l'incidence négative sur la santé mentale et le bien-être psychosocial de la population ukrainienne, situation déclenchée par l'agression de l'Ukraine par la Fédération de Russie, ainsi que face aux répercussions sanitaires et humanitaires qui dépassent le cadre régional, entre autres le nombre important de réfugiés fuyant l'Ukraine ; les risques d'événements et de dangers radiologiques, biologiques et chimiques ; et l'aggravation d'une crise mondiale de la sécurité alimentaire déjà profonde ;

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A77/32.

³ Document A77/13.

- 3) d'appeler l'attention sur le fait que l'agression commise par la Fédération de Russie contre l'Ukraine constitue toujours une situation exceptionnelle, entravant gravement la santé de la population ukrainienne et ayant des répercussions sur la santé dans la région et au-delà ;
- 4) d'attirer également l'attention sur les répercussions graves et multidimensionnelles de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur les personnes se trouvant en situation de vulnérabilité ou d'exclusion, en particulier les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les personnes handicapées, les personnes âgées, et les survivants de toutes les formes de violence, y compris la violence fondée sur le genre, les anciens combattants, les prisonniers de guerre et les détenus civils ;
- 5) d'appeler au respect et à la protection des malades et des blessés conformément aux Conventions de Genève de 1949 et au droit international humanitaire en général, y compris le rapatriement immédiat et inconditionnel de tous les prisonniers de guerre gravement blessés et gravement malades, ainsi que la libération et le rapatriement des détenus civils blessés et malades ;
- 6) de demander instamment à la Fédération de Russie de cesser immédiatement toute attaque contre les infrastructures essentielles en Ukraine, y compris les hôpitaux et autres établissements de santé, qui a pour conséquence de réduire l'accès à des services essentiels tels que les soins de santé, l'eau, l'assainissement et l'énergie, entraînant des conséquences dévastatrices pour la population civile, et de respecter et de protéger sans restriction tout le personnel médical et tous les agents humanitaires dont l'activité est d'ordre médical, leurs moyens de transport et leur équipement, les malades et les blessés, les civils, les agents de santé et les travailleurs humanitaires, ainsi que les systèmes de soins de santé ;
- 7) d'inviter instamment les États Membres concernés à respecter le droit international humanitaire et le droit international des droits humains, le cas échéant, ainsi que les normes et critères de l'OMS et à permettre et à faciliter l'accès du personnel déployé par l'OMS sur le terrain et de tout autre personnel médical et humanitaire, en toute sécurité, rapidement et sans entrave, aux populations ayant besoin d'assistance ;
- 8) de prier le Directeur général :
 - a) de continuer à mettre en œuvre la résolution WHA75.11 relative à la situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie ;
 - b) de faire rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en 2025, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session, sur l'application de la résolution WHA75.11, y compris une évaluation des répercussions directes et indirectes de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur la santé de la population ukrainienne, ainsi que des répercussions connexes sur la santé dans la région et au-delà, et notamment sur l'incidence négative qu'elle a sur la capacité de l'OMS à atteindre ses objectifs et à assumer ses fonctions.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(18) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, prenant note du rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA76(12) (2023),²

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de rendre compte à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par l'OMS et en gardant à l'esprit l'obligation juridique qui incombe à la Puissance occupante ;
- 2) de rendre compte, en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par les équipes de l'OMS chargées des situations d'urgence, des répercussions sur la santé publique de la crise humanitaire catastrophique qui sévit dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, notamment en ce qui concerne les actes de violence visant les blessés et les malades, le personnel médical et les agents humanitaires qui se consacrent exclusivement à des tâches médicales, leurs moyens de transport et leur matériel, et de présenter des recommandations à cet égard à la cent cinquante-sixième session du Conseil exécutif et à la cinquième réunion de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire, ainsi qu'à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en gardant à l'esprit les obligations juridiques de la Puissance occupante ;
- 3) de rendre compte de la malnutrition résultant d'une malabsorption des nutriments, caractérisée par des infections récurrentes et une inflammation chronique, ce qui indique un déficit immunitaire sous-jacent, en rappelant que dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, la malnutrition résulte de l'utilisation de la famine contre les civils et de ses conséquences directes, et en invitant instamment la Puissance occupante à protéger l'infrastructure civile qui est essentielle à l'acheminement de l'aide humanitaire et à assurer le bon fonctionnement des systèmes alimentaires et des marchés pendant les opérations militaires en cours menées par la Puissance occupante ;
- 4) de rendre compte du lien entre l'insécurité alimentaire et la menace de famine, et d'inviter instamment la Puissance occupante à s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu du droit international humanitaire pour ce qui est du respect et de la protection des civils et à prendre toutes les précautions possibles pour épargner les biens de caractère civil, y compris les biens nécessaires à la production et à la distribution de denrées alimentaires tels que les exploitations agricoles, les marchés, les systèmes d'approvisionnement en eau, les moulins, les sites de transformation et de stockage des aliments, les centres et les moyens de transport des denrées alimentaires, et à s'abstenir d'attaquer, de détruire, d'enlever ou de mettre hors d'usage les biens indispensables à la survie de la population civile, tels que les denrées alimentaires, les récoltes, le bétail, les installations et réserves d'eau potable, et les ouvrages d'irrigation, et à respecter et protéger le personnel humanitaire et les articles destinés aux opérations de secours humanitaire ;
- 5) de rendre compte de la corrélation qui existe entre la santé et d'autres secteurs, comme ceux de l'eau, de l'assainissement et de la nutrition, de la très forte surpopulation dans les abris où se trouvent des personnes déplacées de force à l'intérieur de l'enclave, à laquelle s'ajoute la perturbation des services de santé, et de la nécessité qu'il y a à envisager l'aide humanitaire selon une démarche

¹ Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

² Document A77/18.

globale dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, en soulignant que les difficultés qui persistent dans la bande de Gaza, y compris les restrictions à la circulation des marchandises, peuvent avoir une incidence sur la disponibilité des denrées alimentaires et contribuer à la malnutrition, tandis que la disponibilité limitée d'eau potable accroît le risque de flambées et d'épidémies, et en soulignant en outre que l'accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement est crucial pour le maintien de la santé publique ;

6) d'appuyer le secteur de la santé palestinien, selon une approche visant à renforcer le système de santé, notamment grâce à des programmes de renforcement des capacités, en améliorant les infrastructures de base, les ressources humaines et techniques et les établissements de santé, en veillant à ce que les services de santé nécessaires soient accessibles, abordables et de qualité pour traiter les problèmes structurels découlant de l'occupation prolongée, de la destruction injustifiée du système de santé palestinien et du déplacement forcé des civils, et en élaborant des plans stratégiques d'investissement dans des capacités locales spécifiques de traitement et de diagnostic ;

7) de rendre compte de la destruction injustifiée d'infrastructures de santé, y compris des hôpitaux et des ambulances, et de la situation humanitaire catastrophique dans laquelle a été plongé le système de santé publique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;

8) de demander à la puissance occupante de s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire, afin d'assurer, dans toute la mesure de ses moyens, la fourniture de médicaments et de matériel médical à la population civile et leur réapprovisionnement, et de demander le passage en toute sécurité et de manière ininterrompue du carburant et des fournitures sanitaires, ainsi que d'une aide humanitaire supplémentaire ;

9) d'évaluer, en coopération étroite avec l'UNRWA et l'UNICEF ainsi que les institutions compétentes du système des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, la portée et la nature de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale, de même que les besoins et les difficultés liés au soutien psychosocial découlant parmi la population du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et en particulier chez les enfants et les adolescents, des bombardements aériens et des autres formes de bombardement prolongés ;

10) de continuer à renforcer les partenariats avec les autres institutions et partenaires du système des Nations Unies, comme l'UNRWA, dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide d'urgence et une protection de manière inclusive et ininterrompue avant les opérations militaires par voies aérienne, maritime et terrestre menées par la Puissance occupante et les urgences humanitaires complexes, pendant celles-ci et quand elles ont pris fin ;

11) de garantir l'accès en temps voulu à des soins de traumatologie spécialisés, car il s'agit d'un élément essentiel de l'issue sanitaire pour les patients après un traumatisme grave et critique nécessitant les compétences des équipes de traumatologie afin de prévenir des amputations évitables, un handicap permanent et le décès ;

12) de continuer à renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies tels que l'UNRWA, l'UNICEF et les partenaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, afin d'améliorer les capacités de riposte sanitaire, en procédant à une cartographie et à un examen approfondis et complets de la capacité du système de santé à répondre de manière adéquate et appropriée aux urgences sanitaires, notamment la préparation et la riposte ;

- 13) d'assurer un accès durable aux produits sanitaires, en particulier pour les femmes et les filles, à l'échelle voulue pour répondre à leurs besoins en matière de santé, de dignité, d'intimité et d'hygiène dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, rappelant l'accès très limité aux produits d'hygiène menstruelle dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, qui est encore plus difficile pour les femmes et les filles handicapées qui sont déjà confrontées à des problèmes majeurs en matière d'accès ;
- 14) de garantir l'acquisition durable de vaccins, de médicaments et de matériel médical préqualifiés par l'OMS et d'assurer un accès sans entrave aux produits sanitaires pour le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, conformément au droit international humanitaire et aux normes et critères de l'OMS ;
- 15) de garantir l'accès équitable, à un prix abordable et sans discrimination à des mesures médicales de lutte telles que les vaccins, les traitements et les produits de diagnostic pour la population occupée protégée vivant dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, conformément au droit international, et aux normes et critères de l'OMS ;
- 16) de garantir un passage sans interruption, ordonné, libre, en toute sécurité et sans entrave du personnel médical et des agents humanitaires qui se consacrent exclusivement à des tâches médicales, de leur matériel, de leurs moyens de transport et de leurs fournitures, notamment les articles chirurgicaux, à tous les patients palestiniens dans le besoin, conformément au droit international humanitaire, et de demander un droit de passage pour les ambulances, les évacuations sanitaires des patients blessés et malades dans un état critique, et le personnel médical vers les établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée et vers l'étranger ;
- 17) de déterminer les conséquences des obstacles à l'accès aux soins de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, résultant de l'occupation de longue date et de la guerre en cours, des restrictions à la circulation des biens et des personnes et de la fragmentation territoriale, ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans les rapports de l'OMS sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;
- 18) de garantir le respect et la protection des populations blessées et malades, du personnel soignant et d'aide humanitaire, des systèmes de soins, de l'ensemble du personnel médical et humanitaire qui se consacre exclusivement à des tâches médicales, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres établissements médicaux, conformément aux Conventions de Genève et à leurs protocoles additionnels ;
- 19) de renforcer et de continuer à fournir l'assistance technique et matérielle nécessaire en matière de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population palestinienne, notamment des prisonniers et des détenus, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des personnes handicapées et des blessés, et au traitement avec humanité de toutes les personnes privées de liberté ou subissant toute autre forme de privation de liberté comme les disparitions forcées et leur accès à des soins médicaux conformément au droit international humanitaire, notamment les Conventions de Genève et leurs protocoles additionnels ;
- 20) de continuer à renforcer le partenariat avec les autres entités et partenaires des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide et une protection de manière inclusive et durable avant, pendant et après toute crise provoquée par une pandémie ;

- 21) de rendre compte de la situation sanitaire de la population syrienne dans le Golan syrien occupé, y compris les prisonniers et les détenus, en s'appuyant sur des évaluations de terrain menées par l'OMS, d'assurer l'accès adéquat de ces personnes à la santé mentale, physique et environnementale et de faire rapport sur les moyens de leur apporter une assistance technique sanitaire ;
- 22) de soutenir le relèvement du secteur de la santé et 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 de maintenir des soins de santé primaires solides moyennant des services de santé appropriés complets et intégrés ;
- 23) d'organiser d'urgence une conférence des donateurs, avant la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, dans le but de financer les besoins immédiats en matière de santé ainsi que le relèvement et la reconstruction du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et de demander aux États Membres, aux donateurs et aux acteurs internationaux de l'aide humanitaire et du développement de fournir une aide humanitaire à la population palestinienne ;
- 24) de demander à la communauté internationale de mobiliser un financement suffisant pour répondre aux besoins immédiats et futurs des programmes de santé de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et pour reconstruire le système de santé palestinien, en étroite coopération avec l'OMS et les institutions compétentes du système des Nations Unies, comme l'UNRWA et ses partenaires ;
- 25) de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre sans plus tarder ces objectifs ;
- 26) de demander la libération immédiate et sans conditions de tous les otages détenus à Gaza, y compris les enfants, les femmes et les personnes âgées, et de condamner l'utilisation, par les groupes armés, des structures de santé, y compris les hôpitaux et les ambulances, qui met en danger la population civile ;
- 27) de condamner les attaques sans discrimination perpétrées par la Puissance occupante en violation du droit international contre des structures médicales et humanitaires utilisées exclusivement à des fins humanitaires, ainsi que contre du personnel médical ;
- 28) de rappeler les mesures conservatoires ordonnées par la Cour internationale de Justice dans lesquelles la Cour a ordonné à Israël de prendre toutes les mesures nécessaires et effectives pour veiller sans délai, en étroite coopération avec les Nations Unies, à ce que soit assurée, sans restriction et à grande échelle, la fourniture par toutes les parties intéressées des services de base et de l'aide humanitaire requis de toute urgence, notamment la nourriture, l'eau, l'électricité, le combustible, les abris, les vêtements, les produits et installations d'hygiène et d'assainissement, ainsi que le matériel et les soins médicaux, aux Palestiniens de l'ensemble de la bande de Gaza, en particulier en accroissant la capacité et le nombre des points de passage terrestres et en maintenant ceux-ci ouverts aussi longtemps que nécessaire ;
- 29) de rappeler en outre les mesures conservatoires ordonnées par la Cour internationale de Justice, dans lesquelles celle-ci a rappelé que l'opération militaire conduite par Israël après le 7 octobre 2023 a notamment fait des dizaines de milliers de morts et de blessés et causé la destruction d'habitations, d'établissements scolaires, d'établissements médicaux et d'autres infrastructures vitales, ainsi que des déplacements massifs de populations.

WHA77(19) Projet d'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques

La Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,¹

A décidé de reporter l'examen du projet d'accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

WHA77(20) Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies²

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

Ayant examiné le rapport du Directeur général,³ rappelant la décision SSA2(5) (2021) intitulée « Rassembler la communauté internationale : création d'un organe intergouvernemental de négociation à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies », portant création de l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en vue de son adoption en application de l'article 19 ou d'autres dispositions de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; rappelant que l'organe intergouvernemental de négociation est convenu, à sa deuxième session, que l'instrument devrait être juridiquement contraignant et que des éléments juridiquement contraignants, mais aussi non contraignants, devraient y figurer, et a jugé que l'article 19 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé était la disposition globale au titre de laquelle l'instrument devrait être adopté, sans préjudice de l'examen de la pertinence de l'article 21 au fur et à mesure de l'avancement des travaux ; reconnaissant que l'organe intergouvernemental de négociation a réalisé des progrès et est parvenu à un accord initial sur de nombreuses dispositions du projet d'Accord de l'OMS sur les pandémies et que certains éléments restants nécessitent des travaux supplémentaires ; prenant note du rapport du Directeur général³ et saluant le travail accompli par l'organe intergouvernemental de négociation et par son bureau ; réaffirmant le plein engagement des États Membres à prendre des mesures afin de prévenir les pandémies, de s'y préparer et d'y riposter, en ayant le souci de l'équité et de la solidarité,

A décidé :

- 1) de prolonger le mandat de l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies afin qu'il achève ses travaux dès que possible et en soumette le résultat à l'examen de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, ou plus tôt, à l'occasion d'une session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, si possible en 2024, comportant un seul point de l'ordre du jour consacré à ce résultat ;

¹ Document A77/30.

² Voir à l'annexe 4 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

³ Document A77/10.

- 2) que, pour ses travaux futurs, l'organe intergouvernemental de négociation autorisera un roulement au sein du bureau, le cas échéant, et s'il en est ainsi convenu dans chaque Région ;
- 3) que la prochaine réunion de l'organe intergouvernemental de négociation se tiendra en juillet 2024 selon des modalités hybrides, avec services d'interprétation, sachant que les dates seront confirmées par le Secrétariat dès que possible afin que le programme de travail et le calendrier puissent être examinés et acceptés et que, le cas échéant, des mises à jour de la méthode de travail de l'organe intergouvernemental de négociation puissent être envisagées, conformément à la présente décision et à la décision SSA2(5) (2021) ;
- 4) de prier le Directeur général de continuer à appuyer l'organe intergouvernemental de négociation, notamment en lui fournissant les services et les moyens dont il a besoin pour s'acquitter de sa mission, y compris des renseignements et des avis complets, pertinents et opportuns.

(Huitième séance plénière, 1^{er} juin 2024)

ANNEXES

ANNEXE 1

PRIORITÉS STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELLES DE L'OMS POUR LUTTER CONTRE LES INFECTIONS BACTÉRIENNES PHARMACORÉSISTANTES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ HUMAINE, 2025-2035¹

[Document A77/5 – 11 avril 2024]

[Les paragraphes 1 à 13 donnent des informations générales sur l'élaboration des priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035.]

PORTÉE ET PRINCIPES DIRECTEURS

14. Les priorités stratégiques et opérationnelles sont censées orienter les efforts déployés pour s'attaquer aux causes et aux conséquences des infections pharmacorésistantes qui touchent les personnes, les communautés et les systèmes de santé. L'accent est donc désormais placé sur les systèmes de santé, et non plus sur les agents pathogènes.

15. Les priorités se concentrent sur les infections bactériennes pharmacorésistantes. Toutefois, d'autres infections pouvant entraîner l'usage inapproprié d'antibiotiques, telles que les infections virales et fongiques, sont également prises en considération. À titre d'exemple, la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a contribué à la résistance aux antimicrobiens. La portée des priorités sera mise à jour à mesure qu'émergeront de nouvelles données probantes sur l'ampleur des infections fongiques pharmacorésistantes et sur leurs répercussions sur la santé publique.²

16. Étant donné que la lutte contre la résistance aux antimicrobiens nécessite une approche transversale de la santé publique, les priorités ont un lien essentiel avec les résolutions de l'Assemblée de la Santé et les stratégies et plans mondiaux concernant, notamment, la lutte anti-infectieuse ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; la vaccination ; la santé de la mère et de l'enfant ; le diagnostic et le renforcement des laboratoires ; les soins de santé primaires ; la couverture sanitaire universelle ; la préparation et la riposte aux urgences sanitaires ; les personnels de santé ; et les stratégies spécifiques à des maladies telles que celles contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les infections sexuellement transmissibles.

17. Les priorités opérationnelles reposent sur i) la mise en œuvre au niveau national de l'approche centrée sur la personne pour combattre la résistance aux antimicrobiens et l'ensemble OMS d'interventions de base qui l'accompagne pour soutenir les plans d'action nationaux ; ii) des mesures supplémentaires au niveau national et mondial en matière de gouvernance et de financement ; et iii) des mesures d'appui aux États Membres. Cette approche centrée sur la personne a été élaborée dans le cadre d'un examen approfondi des données probantes, y compris celles provenant des enquêtes annuelles d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens (TrACSS) menées dans plus de 170 pays et du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur

¹ Voir la résolution WHA77.6.

² Voir par exemple *WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363682>, consulté le 13 février 2024).

usage (GLASS). Elle repose en outre sur les résultats d'une consultation mondiale tenue avec les États Membres et d'autres parties prenantes, ainsi que sur des avis spécialisés, notamment les contributions du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens.

18. Les principes directeurs qui sous-tendent l'ensemble du présent document comprennent, sans toutefois s'y limiter, l'accès, l'équité, l'efficacité, l'évolutivité, la durabilité et la responsabilisation ; la satisfaction des besoins communs à tous les niveaux de revenu et des besoins spécifiques à chaque niveau de revenu ; l'intégration des mesures prioritaires à tous les niveaux des systèmes de santé ; l'inclusivité, à la fois pour répondre aux besoins des groupes marginalisés ou vulnérables et pour reconnaître les contributions de diverses parties prenantes, telles que la société civile et le secteur privé ; et la solidarité face aux menaces mondiales, y compris le rôle à jouer par les pays les plus riches.

PRIORITÉS STRATÉGIQUES

19. Les trois premières priorités stratégiques – prévention des infections ; accès universel à un diagnostic de qualité abordable et à un traitement approprié ; et information stratégique, science et innovation – sont les composantes interdépendantes d'une approche globale de la santé publique qui vise à agir durablement pour ralentir l'apparition et la propagation des infections bactériennes pharmacorésistantes et pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La priorité relative à l'efficacité de la gouvernance et du financement renforce les fonctions transversales et les fonctions d'appui dans l'ensemble de ces trois premières priorités stratégiques, notamment le leadership, la gouvernance, le financement, la réglementation, la responsabilisation, le plaidoyer, et l'éducation, la sensibilisation et le changement de comportement à la fois dans les milieux professionnels de santé et au sein des communautés.

20. **Prévention des infections.** Cette priorité consiste à réduire toutes les infections susceptibles d'entraîner l'utilisation d'antibiotiques, ce qui aura des conséquences directes en matière de santé publique sur la morbidité et la mortalité et réduira l'apparition et la propagation de la résistance aux antimicrobiens. Elle suppose une mise en œuvre accélérée des mesures d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, tant dans les établissements de santé que dans les communautés ; de la lutte anti-infectieuse et de la sécurité des patients ; et de la vaccination.

21. **Accès universel à un diagnostic de qualité abordable et à un traitement approprié des infections.** Si l'on veut réduire la morbidité et la mortalité causées par les infections tout en limitant l'usage inapproprié des antibiotiques, il faut assurer l'accès à un diagnostic de qualité et à un traitement approprié des infections sensibles ou résistantes aux médicaments à tous les niveaux du système de santé. Dans le contexte de l'action globale visant à renforcer les systèmes de santé et à élargir l'accès aux services de santé grâce à l'approche des soins de santé primaires, tout en réduisant les difficultés financières, cette priorité suppose d'intégrer des interventions spécifiques, notamment en ce qui concerne le diagnostic et la bonne gestion des antibiotiques sur la base de la classification AwaRe (accessibilité essentielle/utilisation sélective/dernier recours) de l'OMS et du guide connexe. Il s'agira notamment de garantir l'équité de genre dans l'accès et de répondre aux besoins spécifiques des groupes vulnérables, en particulier les migrants et les réfugiés, ainsi que de sensibiliser et de former les agents de santé et le grand public.

22. **Information stratégique, science et innovation.** Pour orienter et appuyer la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en garantissant la disponibilité de données, politiques et produits essentiels, il faut combler les lacunes critiques en matière d'informations et de données probantes, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et en matière de recherche-développement et d'accès aux antibiotiques, aux produits de diagnostic et aux vaccins. Cette priorité suppose donc de renforcer et d'améliorer la surveillance de la consommation d'antimicrobiens et de la résistance aux antimicrobiens, notamment au moyen d'enquêtes nationales sur la prévalence de la résistance aux antimicrobiens ; de promouvoir la production de données probantes et les programmes de recherche prioritaires à la fois à l'échelle mondiale et à l'échelle nationale afin d'éclairer l'élaboration de politiques ; de prendre des mesures complètes pour promouvoir l'intensification des activités

de recherche-développement concernant les vaccins, les produits de diagnostic et les antibiotiques (et les produits de remplacement) en vue de répondre aux besoins les plus importants en matière de santé publique ; de mettre en place des innovations programmatiques telles que la surveillance génomique, les tests diagnostiques sur le lieu des soins et des solutions de santé numériques ; et d'établir des mécanismes régionaux et mondiaux pour remédier aux goulets d'étranglement liés à la mise au point, à la production, à la distribution et à l'accès.

23. Gouvernance et financement efficaces de l'action du secteur de la santé humaine contre la résistance aux antimicrobiens. Cette priorité est cruciale pour progresser dans les trois autres priorités stratégiques. Elle vise à assurer le leadership et les ressources nécessaires à la mise en œuvre efficace et efficiente des éléments des plans d'action nationaux multisectoriels sur la résistance aux antimicrobiens ayant trait au secteur de la santé humaine, ainsi qu'à l'intégration des priorités et des activités relatives à la résistance aux antimicrobiens dans la planification et le financement globaux du secteur de la santé – en particulier dans les stratégies relatives aux soins de santé primaires, à la couverture sanitaire universelle et à la préparation et la riposte aux urgences sanitaires. Elle doit également compléter d'autres activités de sensibilisation et d'éducation, et garantir une approche inclusive qui offre un cadre propice en prenant en considération les contributions et les besoins des diverses parties prenantes des secteurs public et privé, de la société civile, des personnels de santé et d'aide à la personne, et des communautés.

PRIORITÉS OPÉRATIONNELLES

Approche centrée sur la personne et ensemble d'interventions de base à l'échelle nationale

24. L'approche de la résistance aux antimicrobiens centrée sur la personne résume les mesures qui doivent être prises à l'échelle nationale pour mettre en œuvre les quatre priorités stratégiques. Il s'agit essentiellement d'une approche programmatique intégrée, alignée sur les stratégies de soins de santé primaires, de couverture sanitaire universelle et de préparation et de riposte aux urgences sanitaires, qui couvre tous les niveaux du système de santé.

25. Cette approche place les personnes au centre des interventions de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, en se fondant sur une analyse des causes profondes des difficultés liées au système et de celles liées aux personnes (Figure 1).¹ Elle met également l'accent sur la mobilisation inclusive des communautés, des personnels de santé et d'aide à la personne, de la société civile, du milieu universitaire et des parties prenantes issues des secteurs public et privé.

26. L'approche de la résistance aux antimicrobiens centrée sur la personne et son ensemble d'interventions de base comprennent quatre piliers programmatiques ainsi que deux fondations essentielles qui sont l'information stratégique et la gouvernance efficace (Tableau 1). Lorsqu'ils élaborent ou révisent leur plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens, les pays peuvent utiliser l'ensemble d'interventions pour recenser les lacunes, éclairer la hiérarchisation des priorités à différents niveaux du système de santé, et orienter l'intégration des interventions dans les stratégies et plans nationaux du secteur de la santé.

27. Les piliers et les interventions de base de l'approche sont les priorités opérationnelles proposées pour lutter contre les infections bactériennes pharmacorésistantes dans les pays. La mise en œuvre intégrale de l'approche permettra de ralentir l'apparition et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, de réduire la morbidité et la mortalité connexes, et de limiter les conséquences socioéconomiques plus larges.

¹ *People-centred approach to addressing antimicrobial resistance in human health: WHO core package of interventions to support national action plans*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373458>, consulté le 1^{er} décembre 2023).

Figure 1. Difficultés liées au système et difficultés liées aux personnes en matière de résistance aux antimicrobiens

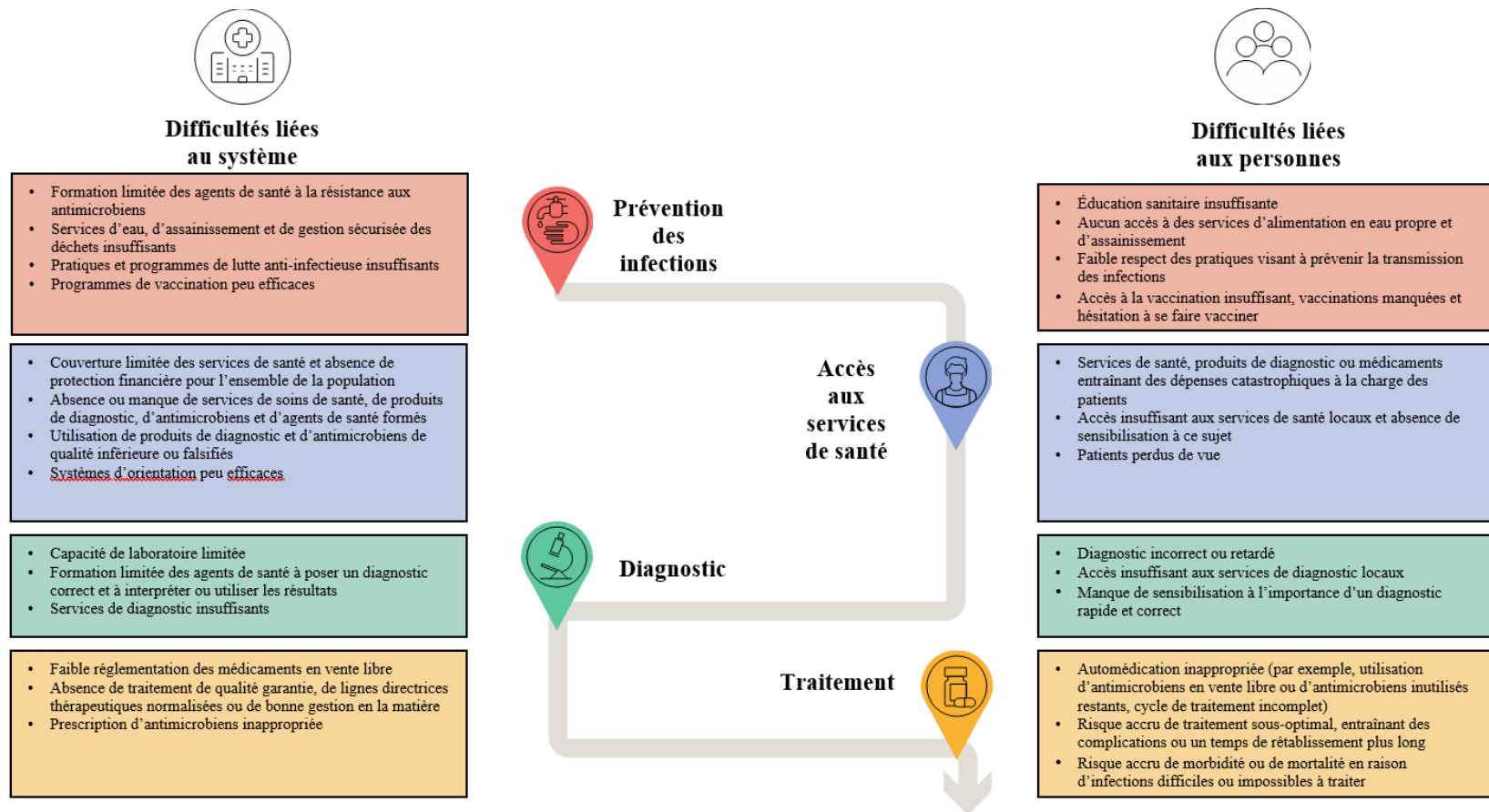


Tableau 1. Priorités stratégiques et approche centrée sur la personne en matière de résistance aux antimicrobiens

Priorités stratégiques	Piliers/fondations de l'approche centrée sur la personne	Interventions de base
Prévention	Prévention	• Accès universel aux services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets • Mise en œuvre des principales composantes de la lutte anti-infectieuse • Accès aux vaccins et à la vaccination élargie
Accès universel	Accès aux services de santé essentiels	• Disponibilité de services de diagnostic et de gestion de la résistance aux antimicrobiens abordables • Approvisionnement ininterrompu en antimicrobiens et en produits de santé essentiels de qualité garantie
	Diagnostic rapide et correct	• Bonne gestion des systèmes de laboratoire et de diagnostic permettant la réalisation d'analyses bactériologiques (et mycologiques) cliniques
	Traitement approprié et de qualité garantie	• Lignes directrices et programmes thérapeutiques sur le bon usage des antimicrobiens à jour et fondés sur des données probantes • Réglementation visant à restreindre la vente d'antimicrobiens sans ordonnance
Information stratégique, science et innovation	Fondation : information stratégique	• Réseau national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens chargé de produire des données de qualité sur les soins aux patients et l'action contre la résistance aux antimicrobiens • Surveillance de la consommation et de l'utilisation des antimicrobiens pour orienter les soins aux patients et l'action contre la résistance aux antimicrobiens • Recherche et innovation en matière de résistance aux antimicrobiens, y compris science du comportement et science de la mise en application
Gouvernance et financement	Fondation : gouvernance efficace	• Plaidoyer, gouvernance et responsabilisation en matière de résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine, en collaboration avec d'autres secteurs • Sensibilisation, éducation et changement de comportement en matière de résistance aux antimicrobiens dans les milieux professionnels de santé et les communautés

Mesures supplémentaires sur la gouvernance et le financement au niveau national et mondial

28. C'est aux États Membres qu'il appartient en premier lieu d'élaborer leur plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens, d'en évaluer le coût, de le financer, de le mettre en œuvre et d'en assurer le suivi. Outre une gouvernance efficace dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, engagement, leadership et responsabilisation aux plus hauts niveaux de l'État sont indispensables, à la fois pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens selon le principe « Une seule santé » et pour défendre et faire progresser les priorités propres au secteur de la santé humaine détaillées dans le présent rapport. Dans certains pays, par exemple, la coordination de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens est assurée par un comité ministériel ou par le bureau du vice-président ou du premier ministre.

29. Compte tenu des répercussions de la résistance aux antimicrobiens dans les domaines socioéconomique et de la santé publique, de l'absence actuelle de budget national dédié à la mise en œuvre du plan d'action national dans la quasi-totalité des pays, des données de plus en plus nombreuses à l'appui des investissements requis comme des arguments économiques en faveur de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, les États Membres sont encouragés à intégrer l'approche centrée sur la personne et les interventions de base dans la planification et le financement globaux du secteur de la santé. Il convient de veiller à la cohérence avec les contributions d'autres plans et stratégies du secteur de la santé pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, et d'allouer des ressources nationales supplémentaires lorsque cela est nécessaire et faisable.

30. En outre, l'aide internationale et d'autres financements et partenariats extérieurs jouent un rôle majeur. Par exemple, plus de 80 % de la première série de subventions approuvées au titre du Fonds de lutte contre les pandémies et destinées aux pays comprennent des activités liées à la résistance aux antimicrobiens et, en février 2024, les pays ayant inclus des activités adaptées sur la résistance aux antimicrobiens dans leurs demandes d'aide au Fonds mondial sont au nombre de 25.

31. Il est particulièrement important de s'efforcer, notamment par de nouveaux partenariats internationaux en matière de financement et d'innovation, ou via les partenariats existants, de répondre à la crise de la mise au point d'antibiotiques et de l'accès à ces derniers, ainsi qu'à d'autres besoins en matière de science et de recherche-développement dans le cadre de la troisième priorité stratégique.

Mesures d'appui aux États Membres

32. Le Secrétariat apporte un appui aux pays sur tous les aspects de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en fournissant une assistance technique adaptée au contexte local, y compris les contextes de fragilité, de vulnérabilité ou marqués par des conflits, et en coordonnant les actions et partenariats mondiaux ou régionaux.

33. Étant donné que les États Membres ont de plus en plus besoin d'un appui technique, le Secrétariat est en train de mettre au point un mécanisme mondial d'assistance technique dédié à la résistance aux antimicrobiens ; des initiatives visant à répondre à des besoins particuliers, par exemple pour le diagnostic de la résistance aux antimicrobiens ; et des lignes directrices et supports éducatifs ciblés.

34. Le Secrétariat aide également les pays à trouver et à mobiliser des financements nationaux et extérieurs, notamment par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du Fonds de lutte contre les pandémies, et appuie l'élaboration d'argumentaires d'investissement mondiaux et spécifiques à chaque pays pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

35. Dans la plupart des pays, les données probantes sur la résistance aux antimicrobiens sont insuffisantes. Le Secrétariat appuie la production, la notification et l'utilisation de données de surveillance et de recherche, par exemple par le biais du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage (GLASS) et d'enquêtes nationales représentatives sur la prévalence de la résistance aux antimicrobiens, conformément aux priorités propres à chaque pays et au programme mondial de recherche de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine.

36. En collaboration avec l'industrie et les organisations partenaires concernées, le Secrétariat suivra, orientera et encouragera les activités mondiales de recherche-développement ciblant les agents pathogènes prioritaires et les principaux besoins en santé publique, et établira des mécanismes pour favoriser l'accès équitable et durable aux antibiotiques nouveaux et existants ainsi qu'à d'autres produits de santé nécessaires tels que les vaccins, les produits de diagnostic et les réactifs. Diverses solutions

adaptées seront nécessaires, par exemple : approvisionnement coordonné/groupé ; constitution de stocks stratégiques ; amélioration des prévisions et de la quantification ; rationalisation de la réglementation ; et développement de la capacité de fabrication.

37. Afin de renforcer l'engagement, l'action et la mobilisation de ressources en faveur de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, et sur la base des données comportementales et d'autres données probantes pertinentes, le Secrétariat coordonnera les activités de plaidoyer, d'éducation et de sensibilisation à l'échelle internationale avec ses partenaires et réseaux principaux, par exemple avec les responsables politiques et législatifs, les prestataires de soins de santé et la société civile, y compris les jeunes et les personnes ayant survécu à la résistance aux antimicrobiens.

SUIVI ET CIBLES

38. Pour suivre la mise en œuvre des activités et les progrès accomplis, le Secrétariat continuera d'élaborer, en concertation avec toutes les parties prenantes concernées, un cadre de mesure et de responsabilisation qui pourrait éventuellement inclure des cibles mondiales, comme il en a été discuté avec les États Membres à la cent cinquante-quatrième session du Conseil exécutif.

39. Les indicateurs potentiels des priorités stratégiques sont énumérés dans le Tableau 2. Le Secrétariat prévoit de publier en ligne des indicateurs potentiels pour la vision, l'objectif et les priorités opérationnelles aux fins de consultation avec les États Membres et les autres parties prenantes en avril-mai 2024.¹

40. Les produits et indicateurs pertinents seront inclus dans le cadre d'évaluation du quatorzième programme général de travail de l'OMS.

41. Les priorités et l'élaboration en cours du cadre de mesure et de responsabilisation serviront de base aux délibérations des États Membres et à l'éventuelle définition de cibles mondiales en vue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens qui se tiendra en 2024 et de la quatrième réunion ministérielle de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens que l'Arabie saoudite prévoit d'accueillir en novembre 2024.

42. Le cadre de mesure et de responsabilisation pourra servir de base à la définition de cibles adaptées au contexte national puisqu'il repose sur des informations stratégiques quantitatives et qualitatives.

¹ Les indicateurs potentiels seront disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/articles-detail/consultation-monitoring-framework-strategic-and-operational-priorities-to-address-drug-resistant-bacterial-infections>.

Tableau 2. Indicateurs potentiels des priorités stratégiques

Priorités stratégiques	Indicateurs potentiels
Prévention des infections	Indicateurs existants pertinents pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dans les établissements de santé (OMS/UNICEF), la vaccination (Programme pour la vaccination à l'horizon 2030) et la lutte anti-infectieuse (Stratégie mondiale OMS de lutte anti-infectieuse)
Accès universel à un diagnostic de qualité abordable et à un traitement approprié des infections	- Couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1 des ODD) - Protection financière (indicateur 3.8.2 des ODD) - Proportion de la population qui se fait soigner dans des établissements de santé ayant accès à un diagnostic bactériologique de qualité garantie - Consommation d'antibiotiques en dose journalière définie pour 1000 habitants par jour, en général et selon la classification AwaRe (accessibilité essentielle/utilisation sélective/dernier recours) (Note : cet indicateur est déterminé à la fois par l'accès et par l'usage approprié, et ne peut donc pas être interprété isolément.)
Information stratégique, science et innovation	- Nombre/proportion de pays disposant de données représentatives à l'échelle nationale et de qualité garantie sur la résistance aux antimicrobiens provenant d'activités de surveillance et/ou d'enquêtes, et proportion de la population mondiale couverte par ces données - Nombre de nouveaux médicaments et produits de diagnostic faisant l'objet d'activités de recherche-développement, conformément aux profils de produits cibles de l'OMS et à la Liste OMS des agents pathogènes prioritaires
Gouvernance et financement	- Nombre/proportion de pays dans lesquels le plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens est intégré au plan national du secteur de la santé (notifié chaque année dans le cadre des enquêtes d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens (TrACSS)) - Nombre/proportion de pays dans lesquels i) le plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens s'accompagne d'un plan opérationnel chiffré et budgétisé et d'un mécanisme de suivi ; et ii) les crédits nécessaires à la mise en œuvre du plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens sont inscrits dans les plans et budgets nationaux (notifié dans le cadre des TrACSS)

ANNEXE 2

AMENDEMENTS AU STATUT DU PERSONNEL¹

[EB154/48 Rev.1, annexe – 18 janvier 2024]²

ARTICLE VI

Sécurité sociale

...

6.2 Le Directeur général établira, pour le personnel, un système de sécurité sociale, prévoyant notamment des dispositions destinées à protéger la santé des intéressés, un congé de maladie et un congé parental, ainsi que de justes indemnités en cas de maladie, d'accident ou de décès imputables à l'exercice de fonctions remplies pour l'Organisation mondiale de la Santé.

¹ Texte modifié conformément à la résolution WHA77.11 (2024).

² Voir également le document WHA77/4.

ANNEXE 3

PLAN D’ACTION MONDIAL ET CADRE DE SUIVI POUR LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE, 2024-2030 : MESURES, INDICATEURS ET CIBLES AU NIVEAU NATIONAL ET INFRANATIONAL ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS^{1,2,3}

[EB154/8, tableau – 21 décembre 2023]

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1. ENGAGEMENT POLITIQUE ET POLITIQUES

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Établir un plan d’action national et un cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse en vue de les intégrer dans les plans sanitaires nationaux, en précisant les coûts et les sources de financement.	1. Le plan d’action national et le cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse ⁴ sont établis, chiffrés, validés et approuvés par le ministère de la santé ou d’autres autorités nationales compétentes dans le cadre des plans sanitaires nationaux.
Mesure essentielle 2 Établir le cadre juridique permettant d’imposer la mise en œuvre des programmes de lutte anti-infectieuse à tous les niveaux.	1. Des lois et règlements sont instaurés pour que la lutte anti-infectieuse (y compris les professionnels du domaine) entre dans le cadre réglementaire applicable à la santé publique.

¹ Voir la décision WHA77(9).

² Pour le niveau mondial et régional, voir l’annexe complémentaire 1 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/supplementary-annex-1-global-action-plan-and-monitoring-framework-on-infection-prevention-and-control>, consulté le 15 juillet 2024).

³ L’annexe complémentaire 4 donne des informations sur les principaux participants pour chaque mesure au niveau national et dans les établissements (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/supplementary-annex-4-results-chain-a-theory-of-change-for-the-global-action-plan>, consulté le 15 juillet 2024).

⁴ Si le plan d’action national et le cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse font partie du plan d’action national et du cadre de suivi relatifs à la résistance aux antimicrobiens ou à la sécurité des patients, mais s’ils s’en distinguent clairement, sont détaillés et remplissent tous les critères de l’indicateur, on peut les considérer comme équivalant à un plan d’action national et à un cadre de suivi spécifiques pour la lutte anti-infectieuse.

Mesure	Indicateur(s)
Mesure essentielle 3 Élaborer un argumentaire national d'investissement financier correspondant à l'argumentaire mondial pour la lutte anti-infectieuse.	1. Argumentaire national d'investissement financier élaboré sur la base de modèles mondiaux (d'ici à 2026).
Mesure essentielle 4 Établir un budget expressément destiné à financer le programme et le plan d'action nationaux pour la lutte anti-infectieuse.	1. Le budget expressément alloué (conformément au plan d'action national pour la lutte anti-infectieuse) au financement du programme national et du plan d'action est identifié et disponible. 2. Proportion d'établissements de santé disposant d'un budget suffisant destiné à la lutte anti-infectieuse.
Mesure essentielle 5 Apporter la preuve que les autorités nationales ont investi dans les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène et dans les infrastructures pour les déchets d'activités de soins, le nettoyage et l'embauche de personnel, afin que tous les établissements de santé disposent de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène gérés en toute sécurité permettant de suivre les pratiques de lutte anti-infectieuse.	1. Des fonds suffisants sont expressément alloués aux services et aux activités relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au niveau national.
Mesure 6 Mettre en place un comité national actif expressément chargé de la lutte anti-infectieuse ¹ (autorité réglementaire) afin de faciliter la mise en œuvre du plan d'action au niveau national et dans les établissements.	1. Le comité national de lutte anti-infectieuse est mis en place et opérationnel (d'ici à 2026). 2. Proportion de pays dotés d'un comité national de lutte anti-infectieuse opérationnel.
Mesure 7 Intégrer des indicateurs de la lutte anti-infectieuse conformes aux composantes de base et aux exigences minimales de l'OMS en la matière dans les systèmes nationaux d'assurance de la qualité des établissements de santé (tels que les systèmes d'homologation ou similaires), s'ils existent.	1. Les exigences en matière de lutte anti-infectieuse, là où elles existent, sont prises en compte en tant qu'indicateurs dans les systèmes nationaux d'homologation (ou similaires) pour les établissements de santé (d'ici à 2028).
Mesure 8 Établir des niveaux de dotation en personnel suffisants, y compris en professionnels de la lutte anti-infectieuse, en tenant compte des besoins locaux et en utilisant des outils standardisés.	1. Les niveaux de dotation en personnel sont suffisants et conformes aux exigences concernant les composantes de base de la lutte anti-infectieuse (composante de base 1 pour les professionnels de la lutte anti-infectieuse et composante de base 7 pour les personnels de santé et d'aide à la personne) (d'ici à 2030).

¹ Ce comité national (ou une structure équivalente) devrait être un groupe pluridisciplinaire officiel chargé d'interagir avec l'équipe technique responsable du programme de lutte anti-infectieuse. Il devrait avoir pour mandat d'intégrer la lutte anti-infectieuse dans le système de santé national et de renforcer la coopération, la coordination et l'échange d'informations, en particulier avec les programmes complémentaires. Il pourrait aussi être chargé d'examiner le contenu du programme de lutte anti-infectieuse, de promouvoir l'amélioration des pratiques, de veiller à ce qu'une formation appropriée soit dispensée, d'examiner les risques associés aux nouvelles technologies et d'évaluer périodiquement le programme.

Mesure	Indicateur(s)
	2. Proportion d'établissements qui respectent des normes nationales prédéfinies concernant les niveaux de dotation en personnel.
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Apporter la preuve de l'engagement et du soutien des responsables de l'établissement, sous la forme d'un budget suffisant expressément destiné au programme et à l'équipe de lutte anti-infectieuse, y compris le financement nécessaire à la mise en œuvre du plan d'action annuel.	1. Un budget suffisant est expressément destiné à financer le programme et l'équipe de lutte anti-infectieuse, le plan d'action annuel et le matériel nécessaire.

Orientation stratégique 1 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible principale 1/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays disposant d'un plan d'action national chiffré et approuvé et d'un cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse. La proportion de pays disposant d'un plan d'action national chiffré et approuvé et d'un cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible principale 2/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays ayant mis en place une législation ou une réglementation pour la lutte anti-infectieuse (y compris pour les professionnels du domaine) dans le cadre réglementaire applicable à la santé publique. La proportion de pays dotés d'une législation ou d'une réglementation pour la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible principale 3/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays disposant d'un budget expressément alloué (conformément au plan d'action national) au financement du programme et du plan d'action nationaux de lutte anti-infectieuse. La proportion de pays disposant d'un budget expressément alloué au programme et au plan d'action nationaux pour la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 50 % d'ici à 2026 75 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030

Orientation stratégique 1 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
	Valeur de référence (2021-2022) : 41 %
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays disposant d'un financement suffisant expressément destiné aux services et aux activités concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène.</i> La proportion de pays disposant d'un financement suffisant expressément destiné aux services et aux activités concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène doit atteindre : 40 % d'ici à 2026 80 % d'ici à 2028 100 % d'ici à 2030 Valeur de référence (2022) : 3 %
Cible supplémentaire	<i>Proportion d'établissements de santé disposant d'un budget suffisant expressément destiné à financer le programme et l'équipe de lutte anti-infectieuse et le plan d'action annuel, y compris le matériel nécessaire.</i> La proportion d'établissements de santé disposant d'un budget suffisant expressément destiné à la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2. PROGRAMMES DE LUTTE ANTI-INFECTIEUSE EFFECTIFS

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Mettre en place un programme national de lutte anti-infectieuse et/ou donner des preuves de son amélioration s'il existe déjà, y compris pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (c'est-à-dire satisfaire aux exigences minimales de l'OMS au niveau national et dans les établissements).	1. Toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse sont satisfaites au niveau national (à évaluer sur le portail mondial de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse¹). Voir le document EB154/8 Add.1. 2. Proportion d'établissements de santé répondant à toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse (à évaluer sur le portail de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse). 3. Proportion d'établissements de santé disposant de services de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène, et pour la gestion des déchets (pour chaque indicateur, à évaluer suivant les définitions du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène).
Mesure essentielle 2 Soutenir la mise en place de programmes de lutte anti-infectieuse effectifs (c'est-à-dire pour lesquels des objectifs et un plan d'action ont été définis et qui prévoient des ressources humaines et un financement spécifiques) au moins dans les établissements de soins tertiaires et secondaires, et désigner une personne référente pour la lutte anti-infectieuse dans chaque établissement de soins primaires, dans le cadre du développement général des services de santé.	1. Proportion d'établissements de soins de santé tertiaires/secondaires dotés d'un programme de lutte anti-infectieuse effectif. 2. Proportion d'établissements de soins primaires disposant d'une personne référente pour la lutte anti-infectieuse.
Mesure essentielle 3 Définir des cibles nationales concernant le recul des infections associées aux soins et soutenir la mise en œuvre de stratégies multimodales² d'amélioration pour faire reculer les infections associées aux soins dans les établissements de santé de tous niveaux, en fonction des priorités locales.	1. Proportion d'établissements ayant mis en œuvre des interventions basées sur des stratégies multimodales pour faire reculer certaines infections associées aux soins, en fonction des priorités locales.

¹ Portail mondial de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse. Pour plus d'informations, voir ipcportal.who.int/?locale=fr consulté le 15 juillet 2024).

² Une stratégie multimodale se compose de plusieurs éléments ou composantes (trois ou plus, généralement cinq) qui sont mis en œuvre de façon intégrée en vue d'améliorer un résultat (prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens) ou de modifier un comportement. Cela comprend des outils comme des « bundles » (ensemble de pratiques exemplaires) et des listes de contrôle, qui sont élaborés par des équipes pluridisciplinaires en tenant compte des conditions locales. Les cinq éléments les plus courants sont : i) le changement de système (disponibilité de l'infrastructure et du matériel appropriés pour permettre l'application des bonnes pratiques de lutte anti-infectieuse) ; ii) la formation des personnels de santé et d'aide à la personne et des principales parties prenantes (des gestionnaires, par exemple) ; iii) la surveillance des infrastructures, des pratiques, des processus et des résultats, et la remontée d'informations sous forme de données ; iv) les rappels sur le lieu de travail/les communications ; et v) le changement de culture au sein de l'établissement ou le renforcement du climat de sécurité.

Mesure	Indicateur(s)
Mesure essentielle 4 Élaborer des lignes directrices nationales sur la lutte anti-infectieuse, y compris des politiques abordant les environnements favorables, les infrastructures, les fournitures et la prévention des infections parmi les personnels de santé et d'aide à la personne dans les établissements, et établir un lien entre ces lignes directrices et les principes stratégiques de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.	1. Des lignes directrices et des politiques en matière de lutte anti-infectieuse fondées sur des données probantes sont disponibles à l'échelle nationale.
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Mettre en place un programme de lutte anti-infectieuse effectif (c'est-à-dire pour lequel des objectifs et un plan d'action annuel ont été définis et qui prévoit des ressources humaines et un budget spécifiques) pour les établissements de soins tertiaires et secondaires et veiller à ce qu'il y ait une personne référente pour la lutte anti-infectieuse dans chaque établissement de soins primaires, dans le cadre du développement général des services de santé.	1. Un programme de lutte anti-infectieuse effectif (c'est-à-dire pour lequel des objectifs et un plan d'action annuel ont été définis et qui prévoit des ressources humaines spécifiques et un financement suffisant) est mis en place (d'ici à 2026).
Mesure essentielle 2 Établir, financer et mettre en œuvre des plans d'amélioration de la lutte anti-infectieuse afin de respecter les exigences minimales de l'OMS dans les établissements, et de mettre à disposition des infrastructures et des fournitures adéquates.	1. Les exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse sont satisfaites, en fonction du niveau de l'établissement. 2. Pourcentage d'exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse satisfaites, selon le niveau de l'établissement.

Orientation stratégique 2 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible principale 4/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays répondant à toutes les exigences minimales de l’OMS pour les programmes de lutte anti-infectieuse (à évaluer sur le portail de l’OMS consacré à la lutte anti-infectieuse). La proportion de pays répondant à toutes les exigences minimales de l’OMS pour les programmes de lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d’ici à 2026 60 % d’ici à 2028 >90 % d’ici à 2030 Valeur de référence (2021-2022) : 4 %
Cible principale 5/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays disposant de programmes nationaux de lutte anti-infectieuse au niveau 4 ou 5 de la section C9.1 de l’outil SPAR¹ et au niveau D ou E de la section 3.5 de l’enquête TrACSS² (niveaux les plus élevés). La proportion de pays disposant de programmes nationaux de lutte anti-infectieuse au niveau 4 ou 5 de la section C9.1 de l’outil SPAR et au niveau D ou E de la section 3.5 de l’enquête TrACSS doit atteindre : 50 % d’ici à 2026 75 % d’ici à 2028 >90 % d’ici à 2030 Valeur de référence (2022) : 39 % pour la section C9.1 de l’outil SPAR ; 38 % pour la section 3.5 de l’enquête TrACSS.
Cible supplémentaire	<i>Les notes des pays se sont améliorées dans la section C9.1 de l’outil SPAR et/ou la section 3.5 de l’enquête TrACSS.</i> Amélioration progressive au niveau national dans la section C9.1 de l’outil SPAR et/ou la section 3.5 de l’enquête TrACSS pour atteindre les résultats suivants : 50 % des pays seront passés au niveau supérieur d’ici à 2026 75 % des pays seront passés au niveau supérieur d’ici à 2028 100 % des pays seront passés au niveau supérieur d’ici à 2030

¹ Outil SPAR : outil d’autoévaluation pour l’établissement de rapports annuels par les États Parties ; la section C9.1 concerne les programmes de lutte anti-infectieuse. Pour plus d’informations, consulter le site Web de l’outil SPAR (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240040120>, consulté le 15 juillet 2024).

² TrACSS : enquête d’autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens ; pour plus d’informations, consulter le site Web de l’enquête TrACSS (<https://amrcountryprogress.org/#/map-view>, consulté le 15 juillet 2024) ; la section 3.5 concerne la lutte anti-infectieuse dans le domaine de la santé humaine. Le site comprend également toute la base de données de l’enquête d’autoévaluation par pays.

Orientation stratégique 2 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible principale 6/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays disposant de services de base pour l’approvisionnement en eau, l’assainissement, l’hygiène et la gestion des déchets, dans tous les établissements de santé (pour chaque indicateur contrôlé suivant les définitions du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l’approvisionnement en eau, de l’assainissement et de l’hygiène)¹ La proportion de pays disposant de services de base pour l’approvisionnement en eau, l’assainissement, l’hygiène et de gestion des déchets dans tous les établissements de santé doit atteindre : 60 % d’ici à 2026 80 % d’ici à 2028 100 % d’ici à 2030 Valeur de référence (2022) – eau : 78 % ; assainissement : indéterminé ; hygiène des mains : 51 % ; services de gestion des déchets : indéterminé.
Orientation stratégique 2 – Cibles mondiales et indicateurs de résultats connexes	
Dénominateur de la cible principale 7	Proportion de pays ayant fixé une cible nationale en matière de recul des infections associées aux soins (suivi assuré par le secrétariat de l’initiative emblématique de l’OMS pour la sécurité des patients) La proportion de pays ayant fixé un objectif national en matière de recul des infections associées aux soins doit atteindre : 50 % d’ici à 2026 75 % d’ici à 2028 100 % d’ici à 2030 Valeur de référence (2023) : 31 %
Cible principale 7/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays ayant atteint leur cible nationale en matière de recul des infections associées aux soins² (cet indicateur figure dans le Plan d’action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030) La proportion de pays ayant atteint leur cible nationale en matière de recul des infections associées aux soins (parmi ceux qui en ont fixé une) doit atteindre : 30 % d’ici à 2026 50 % d’ici à 2028 >80 % d’ici à 2030

¹ Core questions and indicators for monitoring WASH in health care facilities in the Sustainable Development Goals. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l’enfance, 2018 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241514545>, consulté le 15 juillet 2024).

² Les infections associées aux soins causées par des agents pathogènes prioritaires auxquelles il est recommandé de s’attaquer sont les suivantes : infections du site opératoire liées à certaines interventions chirurgicales (cet indicateur figure dans le Plan d’action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens) ; infections sanguines chez les patients hospitalisés ; et infections sanguines associées à la pose de voies veineuses centrales.

Orientation stratégique 2 – Cibles nationales et indicateurs connexes	
Cible principale 2/4 premières cibles nationales	<i>Pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse satisfaites au niveau national</i> Le pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse satisfaites au niveau national doit atteindre : 50 % d'ici à 2026 75 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030
Cible principale 1/4 premières cibles nationales	<i>Proportion d'établissements répondant à toutes les exigences minimales de l'OMS pour les programmes de lutte anti-infectieuse</i> La proportion d'établissements répondant à toutes les exigences minimales de l'OMS pour les programmes de lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 60 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030 Valeur de référence (2019) : 16 %
Orientation stratégique 2 – Cible pour les établissements et indicateur connexe	
Cible supplémentaire	<i>Pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse satisfaites, selon le niveau de l'établissement</i> Le pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse satisfaites par l'établissement doit atteindre : 30 % d'ici 2026 60 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3. COORDINATION ET INTÉGRATION DE LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Veiller à l'inclusion des principes, des normes et des indicateurs relatifs à la lutte anti-infectieuse dans les stratégies et les documents d'autres programmes nationaux complémentaires.¹	1. L'examen documentaire et l'analyse de la situation concernant l'intégration de la lutte anti-infectieuse dans d'autres programmes sont achevés (d'ici à 2028). 2. Les principes, normes et indicateurs clés existants en matière de lutte anti-infectieuse sont recensés, inclus et il y est fait référence de manière appropriée dans d'autres programmes nationaux complémentaires, le cas échéant (d'ici à 2030).
Mesure essentielle 2 Veiller à ce que les programmes de lutte anti-infectieuse soient conformes aux stratégies et aux documents d'autres programmes nationaux complémentaires et y contribuent.	1. L'examen documentaire et l'analyse de la situation concernant l'intégration d'autres programmes complémentaires dans le programme de lutte anti-infectieuse sont achevés (d'ici à 2028). 2. Les politiques, principes, normes et indicateurs clés relevant d'autres programmes complémentaires sont recensés, inclus et il y est fait référence de manière appropriée dans les documents et les programmes concernant la lutte anti-infectieuse, le cas échéant (d'ici à 2030).
Mesure essentielle 3 Veiller à ce que les pratiques cliniques de lutte anti-infectieuse et la prescription appropriée d'agents antimicrobiens (c'est-à-dire le bon usage des antimicrobiens) soient intégrées dans les politiques relatives aux parcours et programmes de soins aux patients au niveau national et infranational et dans les établissements de soins de santé tertiaires, secondaires et primaires.	1. Des modules cliniques (par exemple des politiques et des modes opératoires normalisés) sont disponibles pour intégrer la lutte anti-infectieuse et la prescription appropriée d'antimicrobiens dans les soins cliniques (comme la chirurgie et les soins maternels et néonataux) (d'ici à 2028).

¹ Parmi les exemples de programmes/domaines d'activité complémentaires des programmes de lutte anti-infectieuse, on peut citer ceux concernant la résistance aux antimicrobiens ; la santé au travail ; la sécurité des patients ; les urgences de santé publique ; la qualité des soins ; l'eau, l'assainissement, l'hygiène et les déchets d'activités de soins ; et certaines maladies infectieuses (telles que l'infection à VIH et la tuberculose).

Mesure	Indicateur(s)
<i>Mesure 4</i> Veiller à inclure les principes, les stratégies et les normes de lutte anti-infectieuse dans les politiques, les plans d'action nationaux et les projets de mise en œuvre relatifs à la résistance aux antimicrobiens.	1. Les politiques, les plans d'action nationaux et les projets de mise en œuvre relatifs à la résistance aux antimicrobiens englobent la lutte anti-infectieuse (d'ici à 2026). 2. Indicateur 3.d.2 des objectifs de développement durable modifié pour les patients hospitalisés : proportion d'infections sanguines dues à un staphylocoque doré résistant à la méticilline, à <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp. et <i>Pseudomonas</i> spp. résistantes aux carbapénèmes.
<i>Mesure 5</i> Veiller à ce que la lutte anti-infectieuse figure dans le plan national de préparation, de capacité d'intervention et de riposte face aux urgences de santé publique.	1. Une section sur la lutte anti-infectieuse précisant le budget, le personnel et les fournitures figure dans le plan national de préparation, de capacité d'intervention et de riposte.
<i>Mesure 6</i> Élaborer et chiffrer des plans nationaux concernant les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé.	1. Des feuilles de route (c'est-à-dire des plans nationaux) chiffrées pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé comportant des éléments relatifs à la lutte anti-infectieuse sont disponibles. 2. Des normes relatives à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, au nettoyage et aux déchets d'activités de soins dans les établissements de santé sont disponibles.
<i>Mesure 7</i> Veiller à ce que la lutte anti-infectieuse figure dans les programmes nationaux de santé et de sécurité au travail pour les personnels de santé et d'aide à la personne, et notamment des plans de prévention, de notification et de suivi des infections professionnelles.	1. Des plans nationaux de prévention, de notification et de suivi des infections professionnelles et une politique de vaccination des personnels de santé et d'aide à la personne sont disponibles. 2. Proportion de pays disposant d'une politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail pour les personnels de santé et d'aide à la personne (indicateur pour les rapports mondiaux). 3. Proportion de pays disposant d'un programme de vaccination pour les personnels de santé et d'aide à la personne (indicateur pour les rapports mondiaux).

Mesure	Indicateur(s)
<i>Mesure 8</i> Inscrire les fournitures/le matériel de lutte anti-infectieuse sur les listes nationales de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux prioritaires et déterminer ceux qui sont essentiels en cas d'urgence.	1. Une liste convenue de fournitures essentielles pour la lutte anti-infectieuse (par exemple solutions hydroalcooliques, équipements de protection individuelle et désinfectants) est disponible (d'ici à 2026). 2. L'étude des fournitures pour la lutte anti-infectieuse à inscrire sur les listes nationales de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux prioritaires est achevée (d'ici à 2028). 3. Un accord est trouvé sur les fournitures essentielles pour la lutte anti-infectieuse inscrites sur les listes de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux prioritaires, et sur les spécifications pour les urgences (d'ici à 2030).
Dans les établissements	
<i>Mesure essentielle 1</i> Mettre en place un comité de lutte anti-infectieuse¹ assurant la représentation d'autres programmes complémentaires (pour les établissements de soins tertiaires/secondaires) et la collaboration avec eux.	1. Création d'un comité de lutte anti-infectieuse qui représente d'autres programmes complémentaires et collabore avec eux (d'ici à 2026).
<i>Mesure essentielle 2</i> S'assurer que les pratiques cliniques de lutte anti-infectieuse et la prescription appropriée d'antimicrobiens sont intégrées dans tous les parcours et services de soins aux patients.	1. Des modes opératoires normalisés intégrant la lutte anti-infectieuse et la prescription appropriée d'antimicrobiens dans les soins cliniques (par exemple la chirurgie et les soins maternels et néonataux) sont disponibles (d'ici à 2028). 2. Il est prouvé que les pratiques de lutte anti-infectieuse dans certains services et parmi les professionnels spécialisés (par exemple pour la sécurité des injections, l'hygiène des mains et la gestion des déchets dans les services de chirurgie, les blocs opératoires et les unités de soins intensifs) sont mieux respectées (d'ici à 2030). 3. Il est prouvé que les règles régissant la prescription appropriée d'antimicrobiens sont mieux respectées (par exemple il y a au moins une vérification annuelle).

¹ Un comité de lutte anti-infectieuse est un groupe pluridisciplinaire composé de parties intéressées relevant d'autres programmes complémentaires (par exemple sur la sécurité des patients, la qualité des soins, la santé au travail, la résistance aux antimicrobiens et le bon usage des antimicrobiens, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène) dans l'établissement, qui interagit avec l'équipe de lutte anti-infectieuse et la conseil.

Orientation stratégique 3 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible principale 6/8 premières cibles mondiales	Proportion de pays disposant de feuilles de route (c'est-à-dire de plans nationaux) chiffrées pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. La proportion de pays disposant de feuilles de route (c'est-à-dire de plans nationaux) chiffrées pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé doit atteindre : 80 % d'ici à 2026 90 % d'ici à 2028 100 % d'ici à 2030 Valeur de référence (2022) : 63 %
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays disposant de normes actualisées relatives à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, au nettoyage et aux déchets d'activités de soins dans les établissements de santé.</i> La proportion de pays disposant de normes actualisées relatives à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, au nettoyage et aux déchets d'activités de soins dans les établissements de santé doit atteindre : 75 % d'ici à 2026 90 % d'ici à 2028 100 % d'ici à 2030 Valeur de référence (2022) : 53 %
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays communiquant des données concernant l'indicateur modifié 3.d.2 des objectifs de développement durable (proportion d'infections sanguines dues à un staphylocoque doré résistant à la méticilline, à Acinetobacter spp., Klebsiella spp. et Pseudomonas spp. résistantes aux carbapénèmes chez les patients hospitalisés).</i> La proportion de pays rapportant l'indicateur 3.d.2 modifié doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

Orientation stratégique 3 – Cibles nationales et indicateurs connexes	
Cible supplémentaire	<i>Proportion d'établissements disposant d'un financement suffisant expressément destiné aux services et aux activités concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène.</i> La proportion d'établissements disposant d'un financement suffisant expressément destiné aux services et aux activités concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène doit atteindre : 40 % d'ici à 2026 80 % d'ici à 2028 100 % d'ici à 2030
Cible supplémentaire	<i>Proportion d'établissements de santé dotés d'un comité de lutte anti-infectieuse représentant d'autres programmes complémentaires et collaborant avec eux.</i> La proportion d'établissements de santé dotés d'un comité de lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4. CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE LUTTE ANTI-INFECTIEUSE ET DÉBOUCHÉS PROFESSIONNELS POUR LES SPÉCIALISTES DE LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Élaborer un programme national à l'intention des professionnels de la lutte anti-infectieuse qui tienne compte des compétences de base de l'OMS dans ce domaine, ou approuver un programme de formation international.	1. Un programme de formation à l'intention des professionnels de la lutte anti-infectieuse est établi, ou un programme de formation international est approuvé et utilisé (d'ici à 2028). 2. Proportion de pays dans lesquels un programme de formation à l'intention des professionnels de la lutte anti-infectieuse est établi et utilisé (indicateur pour la cible mondiale).
Mesure essentielle 2 Mettre en place un programme national conduisant à la délivrance d'un diplôme¹ universitaire supérieur² en lutte anti-infectieuse (comprenant des cours de formation sur la préparation aux situations d'urgence dans certains cas) destiné aux professionnels de la lutte anti-infectieuse, qui soit conforme aux normes internationales en vigueur, ou exiger un diplôme en la matière.	1. Un programme conduisant à la délivrance d'un diplôme universitaire supérieur en lutte anti-infectieuse est instauré, ou un diplôme en la matière est exigé (d'ici à 2030). 2. Proportion d'universités proposant une formation universitaire supérieure à la lutte anti-infectieuse. 3. Proportion de pays dotés d'un programme conduisant à la délivrance d'un diplôme en lutte anti-infectieuse ou équivalent, ou exigeant un diplôme en la matière (indicateur pour la cible mondiale).
Mesure essentielle 3 Élaborer et mettre en place un programme national de formation à la lutte anti-infectieuse (ou adopter un programme international) à l'intention des non-diplômés³ dans toutes les disciplines de soins de santé pertinentes (par exemple dans les facultés de médecine, les écoles de soins infirmiers et les écoles de sages-femmes), approuvé par l'organisme national ou international compétent, et l'intégrer dans les programmes de formation aux métiers de la santé, en prévoyant des mécanismes d'évaluation.	1. Un programme de formation à la lutte anti-infectieuse à l'intention des non-diplômés dans toutes les disciplines de santé pertinentes est élaboré et approuvé par l'organisme national ou international compétent, garantissant la qualité et le respect des normes (nationales/internationales) (d'ici à 2028). 2. Intégration du programme de formation à la lutte anti-infectieuse à l'intention des non-diplômés dans les programmes de formation aux métiers de la santé, y compris des mécanismes d'évaluation (d'ici à 2030).

¹ Un diplôme sanctionne la réussite d'un cours ou d'une série de cours de formation visant à acquérir un apprentissage.

² Diplôme universitaire supérieur : type de qualification obtenue après un diplôme de premier ou de deuxième cycle. Les diplômes universitaires supérieurs englobent une gamme de qualifications, dont les masters, les diplômes de troisième cycle, les certificats et les doctorats.

³ Non-diplômé : personne qui suit une formation (en vue d'obtenir un diplôme), mais qui n'est pas encore diplômée.

Mesure	Indicateur(s)
Mesure essentielle 4 Élaborer un programme national de formation continue¹ à la lutte anti-infectieuse (ou adopter un programme international) à l'intention de tous les personnels de santé et d'aide à la personne, en particulier le personnel clinique de première ligne et le personnel de nettoyage et de direction, et créer un programme national (ou infranational) pour faciliter la formation continue à la lutte anti-infectieuse.	1. Élaboration d'un programme national de formation continue à la lutte anti-infectieuse (d'ici à 2026). 2. Un programme national (ou infranational) de formation à la lutte anti-infectieuse est créé (d'ici à 2028), mis en place et régulièrement actualisé (d'ici à 2030) pour soutenir la formation continue. 3. Proportion de pays disposant d'un programme national de formation continue à la lutte anti-infectieuse (indicateur pour la cible mondiale).
Mesure essentielle 5 Exiger que tous les personnels de santé et d'aide à la personne, en particulier le personnel clinique de première ligne et le personnel de nettoyage et de direction, reçoivent une formation sur les modes opératoires normalisés pour la lutte anti-infectieuse au moment de l'embauche puis régulièrement (par exemple chaque année).	1. Dispositif juridique ou stratégies bien définies mis en place pour rendre obligatoire la formation continue à la lutte anti-infectieuse (d'ici à 2028). 2. Proportion d'établissements proposant ou exigeant une formation obligatoire pour tous les personnels de santé et d'aide à la personne, en particulier le personnel clinique de première ligne et le personnel de nettoyage, au moment de l'embauche puis chaque année, et pour le personnel de direction au moment de l'embauche. 3. Proportion d'établissements répondant à toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de formation à la lutte anti-infectieuse, selon le niveau de l'établissement. 4. Proportion de pays disposant d'un programme national (ou infranational) de formation à la lutte anti-infectieuse (indicateur pour la cible mondiale).
Mesure essentielle 6 Offrir des débouchés aux professionnels de la lutte anti-infectieuse.	1. Élaboration d'un cadre ou d'un document d'orientation décrivant les mesures à prendre pour offrir des débouchés aux professionnels de la lutte anti-infectieuse (d'ici à 2028). 2. Des postes spécifiques aux professionnels/points focaux de la lutte anti-infectieuse sont créés/disponibles dans le système national de soins. 3. Proportion d'hôpitaux comptant au moins un professionnel de la lutte anti-infectieuse employé à temps plein pour 250 lits.
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Élaborer des plans de mise en œuvre et fournir des ressources (humaines et financières) pour satisfaire à toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de formation à la lutte anti-infectieuse et progressivement à toutes les exigences de la composante de base 3 sur la formation à la lutte anti-infectieuse.	1. Toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de formation à la lutte anti-infectieuse sont satisfaites, selon le niveau de l'établissement (d'ici à 2030).

¹ Formation continue : formation dispensée par une institution ou un organisme aux salariés en cours d'emploi. Elle comprend des programmes d'orientation.

Orientation stratégique 4 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays dans lesquels un programme de formation à l'intention des professionnels de la lutte anti-infectieuse est établi ou est approuvé et utilisé.</i> La proportion de pays dans lesquels un programme de formation à l'intention des professionnels de la lutte anti-infectieuse est établi ou est approuvé et utilisé doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays dotés d'un programme conduisant à la délivrance d'un diplôme en lutte anti-infectieuse ou exigeant un diplôme en la matière.</i> La proportion de pays dotés d'un programme conduisant à la délivrance d'un diplôme en lutte anti-infectieuse ou équivalent doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays ayant mis en place un programme de formation à la lutte anti-infectieuse destiné aux personnels de santé et d'aide à la personne.</i> La proportion de pays ayant mis en place un programme de formation à la lutte anti-infectieuse destiné aux personnels de santé et d'aide à la personne doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Orientation stratégique 4 – Cible nationale et indicateur connexe	
Cible principale 3/4 premières cibles nationales	<i>Proportion d'établissements proposant ou exigeant une formation pour tout le personnel clinique de première ligne et le personnel de nettoyage au moment de l'embauche puis chaque année, et pour le personnel de direction au moment de l'embauche.</i> La proportion d'établissements proposant ou exigeant une formation pour tout le personnel clinique de première ligne et le personnel de nettoyage au moment de l'embauche puis chaque année, et pour le personnel de direction au moment de l'embauche, doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 60 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5. DES DONNÉES POUR AGIR

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Mettre en place et/ou renforcer le système national de surveillance de la lutte anti-infectieuse et veiller à ce que les établissements de santé participent aux réseaux nationaux de surveillance.	1. Un plan stratégique national pour la surveillance de la lutte anti-infectieuse est instauré et prévoit un système intégré de surveillance pour la collecte et l'analyse de données et le retour d'informations. 2. Proportion d'établissements de santé de niveau tertiaire/secondaire disposant d'un système de surveillance de la lutte anti-infectieuse prévoyant la collecte et l'analyse de données et le retour d'informations. 3. Proportion de pays disposant d'un système national de surveillance de la lutte anti-infectieuse (indicateur pour les rapports mondiaux).
Mesure essentielle 2 Mettre en place et/ou renforcer un système national de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens, y compris pour détecter rapidement les agents pathogènes à potentiel épidémique ou pandémique et pour surveiller la consommation d'antimicrobiens, et veiller à ce que les centres de soins de santé tertiaires/secondaires (au moins ceux de référence) participent aux réseaux nationaux ou internationaux de surveillance des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens.	1. Un plan stratégique national de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens (et surtout des infections prioritaires localement) est établi par un groupe technique pluridisciplinaire (d'ici à 2026) dans le cadre d'un système de surveillance plus large. 2. Un système de surveillance national/infranational des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens (permettant aussi de détecter rapidement les agents pathogènes à potentiel épidémique ou pandémique responsables d'infections associées aux soins) est mis en place et soutenu (y compris financièrement) par les autorités publiques et nationales/infranationales (d'ici à 2028). 3. Proportion d'établissements de soins de santé tertiaires/secondaires participant au réseau national/infranational ou international de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens, s'il en existe un. 4. Proportion d'établissements de soins de santé tertiaires/secondaires dotés d'un système de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens et permettant de détecter rapidement les agents pathogènes à potentiel épidémique ou pandémique.
Mesure essentielle 3 Mettre en place et/ou renforcer un système de contrôle de l'hygiène des mains dans les établissements de santé en tant qu'indicateur national clé.	1. Le contrôle du respect des règles d'hygiène des mains et le retour d'informations sont considérés comme des indicateurs nationaux clés, au moins pour les hôpitaux de référence (d'ici à 2026). 2. Un programme national d'amélioration du respect des règles d'hygiène des mains est instauré (d'ici à 2026). 3. Un système national de contrôle de l'hygiène des mains (respect des règles ou consommation de produits) est instauré et mis en œuvre (d'ici à 2028). 4. Proportion d'établissements de soins de santé de tous niveaux qui contrôlent l'hygiène des mains et fournissent des données par le biais du système national.

Mesure	Indicateur(s)
<i>Mesure 4</i> Tenir compte des indicateurs et des données relatifs à la lutte anti-infectieuse et aux infections associées aux soins dans les systèmes nationaux d'information sanitaire et d'homologation et/ou dans une autre activité pertinente pour l'amélioration de la qualité.	1. Les données relatives à la lutte anti-infectieuse et aux infections associées aux soins font partie des critères clés dans les systèmes nationaux d'homologation des soins de santé et/ou dans d'autres activités pertinentes d'amélioration de la qualité (d'ici à 2028). 2. Les données relatives à la lutte anti-infectieuse et aux infections associées aux soins sont incluses dans le système d'information pour la gestion sanitaire (d'ici à 2028).
<i>Mesure 5</i> Assurer la formation et l'acquisition de compétences en matière de collecte, d'analyse, d'interprétation et de communication des données afin que celles-ci soient les plus exactes et de la meilleure qualité possibles.	1. Un programme de formation pour la collecte, l'analyse, l'interprétation et la communication de données sur la lutte anti-infectieuse, les infections associées aux soins et la consommation d'antimicrobiens est mis en place (d'ici à 2026). 2. Des formations nationales sont régulièrement organisées (d'ici à 2028).
<i>Mesure 6</i> Soutenir les activités des établissements de santé concernant la lutte anti-infectieuse, les infections associées aux soins et la consommation d'antimicrobiens dans les domaines de l'analyse, de la communication et de l'interprétation des données, et du retour d'informations, afin de faciliter l'établissement et la mise à jour de plans d'amélioration locaux.	1. Des données sur la lutte anti-infectieuse, les infections associées aux soins et la consommation d'antimicrobiens sont régulièrement communiquées aux personnels de santé et d'aide à la personne et aux personnels de direction (d'ici à 2026). 2. Des plans d'action locaux sont régulièrement établis/mis à jour en fonction des données communiquées (d'ici à 2028).
Dans les établissements	
<i>Mesure 1</i> Élaborer des plans de mise en œuvre et fournir des ressources (humaines et financières) pour satisfaire à toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de surveillance des infections associées aux soins, en fonction du niveau de l'établissement, et progressivement à toutes les exigences de la composante de base 4 sur la surveillance des infections associées aux soins.	1. Pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de surveillance des infections associées aux soins satisfaites (uniquement pour les établissements de soins tertiaires et secondaires).
<i>Mesure 2</i> Établir des plans de mise en œuvre et fournir des ressources (humaines et financières) pour satisfaire à toutes les exigences minimales de l'OMS en matière de suivi de la lutte anti-infectieuse et de retour d'informations, selon le niveau de l'établissement, et progressivement à toutes les exigences de la composante de base 6 sur les stratégies multimodales pour la mise en œuvre des activités de lutte anti-infectieuse.	1. Pourcentage des exigences minimales de l'OMS en matière de suivi de la lutte anti-infectieuse et de retour d'informations satisfaites.

Orientation stratégique 5 – Cibles mondiales et indicateurs connexes	
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays publiant des rapports annuels sur le portail de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse.</i> La proportion de pays publiant des rapports annuels sur le portail de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays disposant d'un système national de surveillance de la lutte anti-infectieuse.</i> La proportion de pays disposant d'un système national de surveillance de la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible principale 8/8 premières cibles mondiales	<i>Proportion de pays dotés d'un système de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens permettant de détecter rapidement les agents pathogènes à potentiel épidémique ou pandémique à l'origine d'infections associées aux soins.</i> La proportion de pays dotés d'un système national de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

Orientation stratégique 5 – Cibles nationales et indicateurs connexes	
Cible supplémentaire	<i>Proportion d'établissements de santé de niveau tertiaire/secondaire disposant d'un système de surveillance de la lutte anti-infectieuse prévoyant la collecte et l'analyse des données et le retour d'informations.</i> La proportion d'établissements de santé de niveau tertiaire/secondaire disposant d'un système de surveillance de la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible principale 4/4 premières cibles nationales	<i>Proportion d'établissements de soins de santé tertiaires/secondaires dotés d'un système de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens permettant de détecter rapidement les agents pathogènes à potentiel épidémique ou pandémique.</i> La proportion d'établissements de soins de santé tertiaires/secondaires dotés d'un système de surveillance des infections associées aux soins et de leur résistance aux antimicrobiens doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030
Cible supplémentaire	<i>Proportion d'établissements de soins de santé de tous niveaux qui contrôlent l'hygiène des mains et fournissent des données par le biais du système national.</i> La proportion d'établissements de soins de santé de tous niveaux qui contrôlent l'hygiène des mains et fournissent des données par le biais du système national doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 60 % d'ici à 2028 >90 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 6. SENSIBILISATION ET COMMUNICATION

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de sensibilisation et de communication concernant la lutte anti-infectieuse accompagnée d'un plan de mise en œuvre (en tant que stratégie autonome ou dans le cadre de stratégies plus larges, par exemple, sur la résistance aux antimicrobiens, la sécurité des patients ou l'eau, l'assainissement et l'hygiène), conforme à la Stratégie mondiale OMS de lutte anti-infectieuse et prévoyant la participation de chefs de file locaux et des communautés.	1. La stratégie nationale de sensibilisation et de communication et le plan de mise en œuvre sont élaborés et appliqués, et des experts/chefs de file locaux sont désignés (d'ici à 2026).
Mesure 2 Mettre en place un programme de formation à la sensibilisation, à la communication sur les risques et à la mobilisation communautaire à l'intention des professionnels et des chefs de file de la lutte anti-infectieuse.	1. Un programme national de formation à la sensibilisation et à la communication pour la lutte anti-infectieuse est mis en place (d'ici à 2028).
Mesure 3 Organiser des campagnes nationales de communication sur les sujets prioritaires qui ont trait à la lutte anti-infectieuse et participer à la Journée mondiale de l'hygiène des mains de l'OMS en tant que pays menant des initiatives nationales.	1. Des campagnes nationales sur les thèmes prioritaires qui ont trait à la lutte anti-infectieuse sont organisées chaque année. 2. Une initiative nationale est prise pour participer à la Journée mondiale de l'hygiène des mains, organisée chaque année. 3. Proportion d'établissements participant à la Journée mondiale de l'hygiène des mains en organisant des activités locales et/ou en participant à un événement national.
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Organiser des événements et des campagnes et/ou communiquer sur des sujets prioritaires qui ont trait à la lutte anti-infectieuse (par exemple l'hygiène des mains, la résistance aux antimicrobiens et l'eau, l'assainissement et l'hygiène), avec la participation des patients et des communautés.	1. Au moins un événement/une communication est organisé par an.
Mesure essentielle 2 Participer à la Journée mondiale de l'hygiène des mains de l'OMS.	1. Des activités sont organisées chaque année à l'occasion de la Journée mondiale de l'hygiène des mains de l'OMS.

Orientation stratégique 6 – Cible mondiale et indicateur connexe	
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays disposant d'une stratégie nationale de sensibilisation et de communication et d'un plan de mise en œuvre.</i> La proportion de pays disposant d'une stratégie nationale de sensibilisation et de communication et d'un plan de mise en œuvre doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 7. RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Au niveau national, élaborer un programme et définir des priorités de recherche spécifiques à chaque pays pour la lutte anti-infectieuse (en tant que stratégie autonome ou dans le cadre de stratégies plus larges, par exemple sur la résistance aux antimicrobiens, la sécurité des patients et l'eau, l'assainissement et l'hygiène), en s'inspirant du programme de recherche mondial et selon une approche multisectorielle et pluridisciplinaire.	1. Un programme national de recherche est élaboré et des priorités sont définies pour la lutte anti-infectieuse.
Mesure essentielle 2 Hiérarchiser, financer et mettre en œuvre des projets de recherche sur la lutte anti-infectieuse dans certains établissements, en fonction des priorités locales.	1. Nombre bisannuel de publications scientifiques/rapports publics présentant les résultats de la recherche sur des sujets prioritaires qui ont trait à la lutte anti-infectieuse.
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Rechercher des fonds pour des projets de recherche sur la lutte anti-infectieuse, en fonction des priorités de l'établissement.	1. Des propositions de subventions pour des projets de recherche sur la lutte anti-infectieuse sont soumises.
Mesure essentielle 2 Mettre en œuvre des projets de recherche sur la lutte anti-infectieuse et rendre compte des résultats.	

Orientation stratégique 7 – Cible mondiale et indicateur connexe	
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays disposant d'un programme national de recherche sur la lutte anti-infectieuse.</i> La proportion de pays disposant d'un programme national de recherche sur la lutte anti-infectieuse doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

ORIENTATION STRATÉGIQUE 8. COLLABORATION ET SOUTIEN DES PARTIES PRENANTES

Mesure	Indicateur(s)
Au niveau national	
Mesure essentielle 1 Recenser les partenaires nationaux, les sociétés professionnelles, les organisations de la société civile, les groupes communautaires et de défense des patients, ainsi que les organisations internationales concernées par la lutte anti-infectieuse, suivant une approche multisectorielle et pluridisciplinaire.	1. Le recensement national est achevé et les résultats sont disponibles (d'ici à 2026), et des dispositifs sont en place pour des mises à jour régulières. 2. Un programme national pour améliorer la collaboration dans le domaine de la lutte anti-infectieuse est élaboré (d'ici à 2028). 3. Les profils des parties nationales concernées par la lutte anti-infectieuse (par exemple organisations, sociétés, partenaires et donateurs qui soutiennent la lutte anti-infectieuse ou y contribuent) sont régulièrement mis à jour (d'ici à 2030).
Mesure essentielle 2 Promouvoir et mettre en œuvre des activités et/ou des initiatives multipartites, en fonction des besoins du pays, y compris pour le partage de données sur la lutte anti-infectieuse, les infections associées aux soins, la résistance aux antimicrobiens et l'eau, l'assainissement et l'hygiène.	1. Proportion de pays dotés d'un groupe de travail multisectoriel qui s'intéresse principalement à la lutte anti-infectieuse et à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. 2. Nombre d'activités de lutte anti-infectieuse menées avec les parties concernées au niveau national, conformément au plan national et selon les besoins et le contexte locaux (d'ici à 2030).
Dans les établissements	
Mesure essentielle 1 Tenter de collaborer, d'instaurer des partenariats et de prendre des contacts avec d'autres établissements de santé et des sociétés nationales (le cas échéant) pour soutenir la lutte anti-infectieuse.	1. Proportion de projets de collaboration ou pluridisciplinaires, d'événements pour la prise de contacts ou de partenariats établis.

Orientation stratégique 8 – Cible mondiale et indicateur connexe	
Cible supplémentaire	<i>Proportion de pays dotés d'un groupe de travail multisectoriel/pluripartite qui s'intéresse principalement à la lutte anti-infectieuse et à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans le cadre des soins.</i> La proportion de pays dotés d'un groupe de travail multisectoriel/pluripartite qui s'intéresse principalement à la lutte anti-infectieuse et à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé doit atteindre : 30 % d'ici à 2026 50 % d'ici à 2028 >80 % d'ici à 2030

ANNEXE 4

INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRÉTARIAT LES RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

Résolution WHA77.2 Participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels 1.1.4 Des capacités de gouvernance sanitaire renforcées dans les pays afin d'améliorer la transparence, la responsabilisation, l'adaptation aux attentes et l'autonomisation des communautés
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Six ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	53,92 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	11,26 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	18,55 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	24,11 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 2,88 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 8,38 millions USD

- **Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**

Différentes options sont à l'étude pour combler le déficit de financement :

- les ressources disponibles au niveau des pays pour la participation sociale, concernant aussi bien les ressources humaines que les activités, qui ne sont pas encore prises en compte dans les ressources disponibles pour l'exercice en cours ;
- un financement du Partenariat pour la couverture sanitaire universelle dans ce qui est actuellement sa quatrième phase de mise en œuvre et les ressources supplémentaires attendues lors de sa cinquième phase, qui débutera en 2025 ;
- des sources de financement dans le cadre du Partenariat mondial pour la CSU2030 ;
- d'autres sources de financement, compte tenu de la dimension transversale de la participation sociale comme élément de la gouvernance pour la santé ; et
- la recherche de nouvelles possibilités de financement par les États Membres auteurs de la résolution.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	2,42	1,00	0,81	0,91	0,73	1,25	1,17	8,31
	Activités	0,80	0,35	0,20	0,30	0,25	0,55	0,50	2,95
	Total	3,22	1,35	1,01	1,21	0,98	1,80	1,67	11,26
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	4,54	1,61	1,52	1,47	1,37	2,02	1,22	13,75
	Activités	1,50	0,56	0,37	0,48	0,47	0,89	0,52	4,79
	Total	6,04	2,17	1,90	1,96	1,84	2,91	1,74	18,55
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	5,90	2,09	1,98	1,92	1,78	2,63	1,59	17,88
	Activités	1,95	0,73	0,49	0,63	0,61	1,15	0,68	6,23
	Total	7,85	2,82	2,47	2,55	2,39	3,78	2,26	24,11

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.3	Renforcer le soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	
1.1.2	Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
2.3.3	Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
4.1.3.	Renforcement de la base factuelle, meilleure hiérarchisation et utilisation des normes et critères générés par l'OMS et amélioration de la capacité de recherche et de l'aptitude à élargir de manière efficace et durable l'emploi des innovations, y compris la technologie numérique, dans les pays

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 2024-2025 ?
	Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :
	Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :
	Dix ans (2024-2033)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :
	123,42 millions USD
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
	22,79 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
	0
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :
	23,70 millions USD
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
	76,93 millions USD
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 12,48 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 10,31 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Différents donateurs financent les travaux de l'OMS en matière de santé mentale dans les situations d'urgence humanitaire, à savoir (par ordre alphabétique) : Agence des États-Unis pour le développement international, Agence norvégienne de coopération pour le développement, Banque mondiale, Bureau d'aide humanitaire des États-Unis, Canada, Direction du développement et de la coopération de la Confédération suisse, France, Humanitarian Relief Society, Japon, Koweït, Ministère des affaires étrangères du Commonwealth et du développement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ministère des affaires étrangères du Royaume des Pays-Bas, Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement et Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes. De nouvelles propositions seront élaborées et de nouvelles négociations avec les donateurs seront menées au cours des années à venir.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	5,66	1,03	1,17	1,24	4,16	0,77	2,17	16,19
	Activités	3,00	0,20	0,40	0,40	1,60	0,20	0,80	6,60
	Total	8,66	1,23	1,57	1,64	5,76	0,97	2,97	22,79
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	5,88	1,07	1,21	1,28	4,32	0,80	2,26	16,83
	Activités	3,12	0,21	0,42	0,42	1,66	0,21	0,83	6,86
	Total	9,00	1,28	1,63	1,70	5,99	1,01	3,09	23,70
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	19,10	3,47	3,94	4,17	14,04	2,60	7,33	54,65
	Activités	10,13	0,68	1,35	1,35	5,40	0,68	2,70	22,28
	Total	29,23	4,15	5,29	5,52	19,44	3,27	10,03	76,93

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.4	Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	
1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies	
1.1.3 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour répondre aux besoins de santé propres à leur population et lever les obstacles à l'équité tout au long de la vie	
1.3.3 Renforcement des capacités de réglementation aux niveaux national et régional et amélioration de l'approvisionnement en produits de santé de qualité garantie et sûrs, services de préqualification compris	
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Deux ans (juin 2024-mai 2026)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	4,37 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	4,37 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet

3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,20 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 3,17 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des efforts sont actuellement déployés pour accroître les ressources en collaboration avec la Chine et le Qatar, qui ont exprimé le souhait de soutenir le programme de transplantation. Un effort conjoint avec l'ONUDC est également envisagé en vue de mobiliser des fonds en faveur de projets spécifiques sur le trafic d'organes. Grâce à la coopération avec l'Union européenne dans le cadre des activités qu'elle entreprend pour appliquer la Politique européenne de voisinage, des mesures sont prises pour étudier la possibilité de mettre en place des fonds de développement destinés à appuyer les pays limitrophes de l'Union européenne.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	1,36	2,87
	Activités	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,66	1,50
	Total	0,45	0,40	0,36	0,40	0,36	0,38	2,02	4,37
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Résolution WHA77.5	Accélération des efforts entrepris pour réduire la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée : 1.1.3. Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour répondre aux besoins de santé propres à leur population et lever les obstacles à l'équité tout au long de la vie
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 2024-2025 ? Sans objet

3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Six ans (2024-2030)
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD : 721,00 millions USD
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 184,00 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : 203,00 millions USD
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 334,00 millions USD
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 40,00 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 144,00 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des ressources supplémentaires sont mobilisées auprès de donateurs bilatéraux tels que l'Agence des États-Unis pour le développement international et de fondations philanthropiques telles que la Fondation Bill et Melinda Gates.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	15,00	4,00	4,00	2,50	6,00	4,00	13,00	48,50
	Activités	37,00	4,50	30,00	2,00	40,00	6,00	16,00	135,50
	Total	52,00	8,50	34,00	4,50	46,00	10,00	29,00	184,00
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	17,00	4,00	4,00	3,00	7,00	4,00	14,00	53,00
	Activités	41,00	5,00	33,00	2,00	44,00	7,00	18,00	150,00
	Total	58,00	9,00	37,00	5,00	51,00	11,00	32,00	203,00
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	27,00	7,00	7,00	5,00	11,00	7,00	24,00	88,00
	Activités	67,00	8,00	54,00	4,00	73,00	11,00	29,00	246,00
	Total	94,00	15,00	61,00	9,00	84,00	18,00	53,00	334,00

Résolution WHA77.6 Résistance aux antimicrobiens : accélérer les ripostes nationales et mondiales	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	1.3.5. Des pays en mesure de lutter contre la résistance aux antimicrobiens grâce au renforcement des systèmes de surveillance, des capacités de laboratoire, de la lutte anti-infectieuse et de la sensibilisation, ainsi que grâce à des pratiques et politiques fondées sur des éléments factuels
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Onze ans (2025-2035)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	503,25 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	41,03 millions USD Seuls les coûts anticipés pour 2025 sont inclus afin de s'aligner sur les délais estimatifs.
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	85,34 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	376,88 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 10,22 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 30,81 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 23,00 millions USD Partenaires qui soutiennent les travaux de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens : Agence norvégienne de coopération pour le développement, Allemagne, Arabie saoudite, Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique), Commission européenne, Danemark, Fleming Fund (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Fondation Asie-Europe, Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs, France, Japon, Partenariat mondial pour la recherche-développement d'antibiotiques, Pays-Bas (Royaume des) et République de Corée.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	2,31	1,20	1,95	1,85	1,22	1,00	11,90	21,41
	Activités	1,95	1,43	1,95	2,36	1,74	1,13	9,06	19,61
	Total	4,26	2,63	3,89	4,21	2,96	2,13	20,95	41,03
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	4,80	2,49	4,05	3,84	2,54	2,07	24,74	44,54
	Activités	4,06	2,98	4,05	4,91	3,61	2,35	18,84	40,80
	Total	8,86	5,47	8,10	8,75	6,15	4,42	43,58	85,34
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	21,20	11,01	17,87	16,96	11,22	9,16	109,27	196,70
	Activités	17,94	13,14	17,89	21,68	15,95	10,36	83,21	180,18
	Total	39,14	24,15	35,77	38,64	27,17	19,52	192,48	376,88

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.7 Renforcement de la gestion des risques biologiques en laboratoire	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	
2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées	
2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays	
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 2024-2025 ?	
Sans objet	
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	
Sans objet	
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	
Six ans (2024-2030)	
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	
33,59 millions USD	
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	
9,17 millions USD	
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	
Sans objet	
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	
9,54 millions USD	
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	
14,88 millions USD	

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,49 million USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 7,68 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des discussions sont en cours pour mobiliser 9,8 millions USD sur quatre années auprès d'un donateur. D'autres efforts de mobilisation sont également en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,39	0,81	0,42	0,54	0,63	0,46	2,35	6,59
	Activités	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,54	2,58
	Total	1,73	1,15	0,76	0,88	0,97	0,80	2,89	9,17
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	1,45	0,84	0,43	0,57	0,65	0,47	2,44	6,85
	Activités	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,56	2,68
	Total	1,80	1,19	0,79	0,92	1,01	0,83	3,00	9,54
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	2,26	1,31	0,67	0,88	1,02	0,74	3,81	10,69
	Activités	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,88	4,19
	Total	2,81	1,86	1,23	1,43	1,57	1,29	4,69	14,88

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.8	Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire consécutives à des catastrophes résultant d'aléas naturels
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	
	2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées
	2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays
	2.1.3 Pays prêts opérationnellement à évaluer et à gérer les risques et vulnérabilités identifiés
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 2024-2025 ?	
	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	
	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	
	Sept ans (de 2024 à 2030 inclus)

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	45,68 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	12,69 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	13,20 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	19,79 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :	4,11 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	8,58 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Le Secrétariat coopère activement avec plusieurs donateurs pour mobiliser des ressources, y compris les États Membres et d'autres partenaires.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,62	0,51	0,44	0,53	0,45	0,45	1,57	4,56
	Activités	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,83	8,12
	Total	1,67	1,56	1,49	1,58	1,50	1,50	3,41	12,69
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,46	1,64	4,74
	Activités	1,09	1,09	1,09	1,09	1,09	1,09	1,91	8,46
	Total	1,73	1,62	1,55	1,64	1,55	1,56	3,54	13,20
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,96	0,80	0,69	0,82	0,69	0,74	2,40	7,10
	Activités	1,64	1,64	1,64	1,64	1,64	1,64	2,86	12,69
	Total	2,60	2,44	2,33	2,46	2,33	2,38	5,26	19,79

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.9 Initiative mondiale Santé et Paix	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	2.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Six ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	15,19 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	2,31 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	6,31 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	6,57 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 0,04 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 2,27 millions – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 1,00 million USD provenant de différents donateurs intéressés.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,18	0,08	0,02	0,05	0,08	0,01	0,27	0,69
	Activités	0,35	0,25	0,10	0,15	0,25	0,08	0,44	1,62
	Total	0,53	0,33	0,12	0,20	0,33	0,09	0,71	2,31
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,53	0,21	0,04	0,10	0,38	0,02	0,54	1,82
	Activités	1,20	0,75	0,20	0,30	1,00	0,16	0,88	4,49
	Total	1,73	0,96	0,24	0,40	1,38	0,18	1,42	6,31
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,55	0,22	0,04	0,10	0,40	0,02	0,56	1,89
	Activités	1,25	0,78	0,21	0,31	1,04	0,17	0,92	4,68
	Total	1,80	1,00	0,25	0,41	1,44	0,19	1,48	6,57

Résolution WHA77.11 Congé parental	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	4.3.2 Gestion et développement efficaces et efficients des ressources humaines pour attirer, recruter et fidéliser les talents en vue d'une bonne exécution des programmes
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Les amendements pertinents au Statut du personnel entreront en vigueur le 1 ^{er} janvier 2024. Il n'y a pas de date définie de fin d'application.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	Les dépenses afférentes à la résolution sont déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2024-2025. Les dépenses afférentes à l'application de la résolution seraient couvertes dans le coût moyen des postes sur lequel repose la planification du personnel pour le budget programme approuvé pour 2024-2025. Étant donné que celui-ci est réparti entre tous les résultats et niveaux de l'Organisation, les ressources supplémentaires requises aux fins de la résolution sont déjà couvertes dans le même budget programme approuvé pour 2024-2025.
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet

3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Résolution WHA77.12 Renforcer la santé et le bien-être dans le cadre des manifestations sportives	
A.	Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée : 2.1.3 Pays prêts opérationnellement à évaluer et à gérer les risques et vulnérabilités identifiés 2.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes 3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles 3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires
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 2024-2025 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Six ans et demi, de juillet 2024 à décembre 2030
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD : 28,85 millions USD
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 8,35 millions USD Ce chiffre n'inclut ni les dépenses de personnel ou le coût des activités associés à une assistance technique intensive pour une manifestation précise ni les ressources destinées à des interventions à l'occasion de manifestations sportives spécifiques au cours de l'exercice 2024-2025. Une assistance de ce type serait assurée à la demande des États Membres et exigerait des ressources supplémentaires distinctes en fonction des besoins pour une manifestation sportive donnée ou pour le lieu où elle se déroule. Il faudrait mobiliser des ressources supplémentaires pour répondre à ces demandes des États Membres.

2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : 7,97 millions USD La note à la section B.2.a est valable ici également.
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : 12,53 millions USD pour l'exercice 2028-2029 et pour 2030 La note à la section B.2.a est valable ici également.
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 1,12 million USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 7,23 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des démarches sont en cours pour mobiliser des ressources dans le cadre de discussions avec les États Membres, en particulier avec ceux qui ont confirmé avoir répondu, ou qui prévoient de répondre, à des appels d'offres en vue d'organiser des manifestations sportives internationales ou régionales, pour soutenir des activités techniques générales et pour une assistance technique spécifique. En outre, des activités sont en cours pour présenter aux autres parties prenantes le programme exposé dans la résolution.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,46	0,38	0,33	0,40	0,33	0,35	2,72	4,98
	Activités	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	2,68	3,37
	Total	0,58	0,50	0,45	0,51	0,45	0,47	5,41	8,35
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,45	0,37	0,32	0,38	0,32	0,34	2,29	4,46
	Activités	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	2,79	3,51
	Total	0,56	0,49	0,44	0,50	0,44	0,46	5,08	7,97
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,70	0,58	0,50	0,60	0,51	0,54	3,62	7,05
	Activités	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	4,35	5,47
	Total	0,89	0,77	0,69	0,79	0,69	0,73	7,97	12,53

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.13 Économie de la santé pour tous	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	1.2.1 Des pays en mesure de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies de financement équitable de la santé et des réformes pour pérenniser les progrès vers la couverture sanitaire universelle 1.2.2 Des pays en mesure de produire et d'analyser des informations sur la protection financière, l'équité et les dépenses de santé, et d'utiliser ces informations pour suivre les progrès et orienter la prise de décisions 1.2.3 Des pays en mesure d'améliorer leurs capacités institutionnelles pour une prise de décisions transparente en matière de définition des priorités et d'allocation des ressources, ainsi que pour l'analyse des effets de la santé sur l'économie nationale 3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Six ans (2024-2030)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	50,07 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	8,38 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	16,28 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	25,41 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 0,64 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 7,74 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des mesures ont été prises en vue de mobiliser des fonds pour le Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous et les activités d'information ultérieures au Conseil. Les efforts de mobilisation des ressources se poursuivront.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,97	0,27	0,18	0,91	0,20	0,29	1,82	4,64
	Activités	0,42	0,26	0,08	0,48	0,10	0,40	2,00	3,74
	Total	1,39	0,53	0,26	1,39	0,30	0,69	3,82	8,38
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	2,03	0,56	0,38	1,90	0,41	0,59	2,63	8,50
	Activités	0,87	0,54	0,17	1,00	0,21	0,83	4,16	7,78
	Total	2,90	1,11	0,54	2,90	0,62	1,43	6,79	16,28
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	3,16	0,88	0,59	2,97	0,64	0,93	4,11	13,28
	Activités	1,36	0,84	0,26	1,56	0,32	1,30	6,49	12,13
	Total	4,52	1,72	0,84	4,53	0,97	2,23	10,60	25,41

Résolution WHA77.14 Changements climatiques et santé	
A.	Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée : 3.3.1. Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique
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 2024-2025 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Douze mois (2024-2025) Un délai de 12 mois est fixé pour élaborer les documents demandés et faire rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, ainsi que pour poursuivre le renforcement des capacités et fournir un appui aux États Membres.
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD : 27,6 millions USD
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 27,6 millions USD
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet

4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : 20,0 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 7,6 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Le Secrétariat poursuit ses discussions avec les États Membres, les organismes de développement et les organisations philanthropiques afin de garantir un soutien financier aux activités de leadership, techniques et d'appui aux pays menées par l'Organisation sur cette question. En outre, il présente régulièrement des demandes auprès d'institutions de financement de l'action climatique pour des projets de mise en œuvre dans les pays, qui constituent la majeure partie des activités de l'OMS sur les changements climatiques et la santé. L'ensemble de ces ressources devrait permettre de combler le déficit de financement pour l'exercice en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	2,32	0,91	0,28	0,97	1,16	0,94	1,93	8,50
	Activités	1,91	2,53	0,15	0,45	1,76	10,65	1,65	19,09
	Total	4,23	3,44	0,42	1,42	2,92	11,58	3,58	27,60
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA77.15	Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies
A.	Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée : 4.2.1. Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies
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 2024-2025 ? Sans objet

3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Non définis. Conformément à la résolution ES-10/23 de l'Assemblée générale des Nations Unies, adoptée le 10 mai 2024.
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD : 0
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 0
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Treizième PGT : treizième programme général de travail, 2019-2025.

Résolution WHA77.16 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est	
A.	Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée : 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
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 2024-2025 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution : Quatre mois (janvier-mai 2024)

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	0 Les activités nécessaires pour mettre en œuvre la résolution relèvent des dispositions de la résolution EBSS7.R1 (2023). Les incidences financières et administratives de ces activités sont indiquées dans le document EBSS/7/CONF./1 Add.1.
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :	Sans objet
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

Résolution WHA77.17	Renforcer la préparation et la riposte face aux urgences de santé publique par des amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005)
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :	2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées 2.2.3 Atténuer le risque d'émergence et de réémergence d'agents pathogènes particulièrement dangereux et améliorer la préparation aux pandémies 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :	Six ans au moins (jusqu'en 2030) pour la mise en œuvre des demandes spécifiques adressées au Directeur général dans la résolution.

B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la résolution, en millions USD :	26,83 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	9,55 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	6,75 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	10,53 millions USD (jusqu'en 2030)
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :	Les ressources ne sont pas disponibles actuellement et devront être mobilisées.
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	9,55 millions USD
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Des promesses de dons sont prévues ; la levée de fonds se poursuit.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	4,90	6,40
	Activités	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	1,34	3,14
	Total	0,61	0,56	0,52	0,56	0,52	0,54	6,24	9,55
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,85	4,99
	Activités	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,83	1,76
	Total	0,80	0,69	0,61	0,70	0,62	0,65	2,68	6,75
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	2,89	7,78
	Activités	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	1,29	2,75
	Total	1,24	1,07	0,96	1,10	0,97	1,01	4,18	10,53

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA77(8) Élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Trois ans Le projet de stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés, 2026-2035, sera soumis pour examen à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (en mai 2026), par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session et fera ensuite l'objet d'un plan d'action.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	0 Les incidences financières et administratives pour le Secrétariat de la résolution WHA76.2 (2023) sur les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux intégrés à l'appui de la couverture sanitaire universelle et de la protection contre les urgences sanitaires ont été calculées (voir l'annexe 3 de l'extrait du document WHA76/2023/REC/1, qui est soumis à la cent cinquante-quatrième session du Conseil exécutif pour examen).
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Sans objet
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Décision WHA77(9)	Plan d'action mondial et cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	
1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels	
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	De la mi-2024 à la fin 2031 incluse (7,5 ans)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	42,82 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	10,19 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	10,59 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	22,04 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	3,585 millions USD
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	6,605 millions USD

- **Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**

L'équipe mondiale de lutte anti-infectieuse (Siège et ensemble des bureaux régionaux de l'OMS) prévoit une campagne de mobilisation de ressources avec des partenaires de l'action sanitaire mondiale pour faire prendre conscience de l'importance que revêt la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la lutte anti-infectieuse et de son cadre de suivi, et pour lever des fonds à cette fin.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,45	1,05	0,82	1,12	0,86	0,62	1,27	7,17
	Activités	0,45	0,37	0,40	0,40	0,40	0,53	0,47	3,02
	Total	1,90	1,42	1,22	1,52	1,26	1,14	1,74	10,19
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	1,50	1,09	0,85	1,16	0,89	0,64	1,32	7,46
	Activités	0,47	0,38	0,42	0,42	0,42	0,55	0,49	3,14
	Total	1,97	1,48	1,27	1,58	1,31	1,19	1,81	10,59
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	3,13	2,27	1,77	2,42	1,85	1,33	2,74	15,51
	Activités	0,97	0,80	0,87	0,87	0,87	1,14	1,02	6,52
	Total	4,10	3,07	2,64	3,28	2,72	2,47	3,76	22,04

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA77(10) Examen universel de l'état de santé et de préparation	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	
2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées	
2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays	
2.1.3 Pays prêts opérationnellement à évaluer et à gérer les risques et vulnérabilités identifiés	
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 2024-2025 ?	
Sans objet	
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	
Sans objet	
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	
22 mois, pour faire rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2025, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session.	
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	
16,08 millions USD	
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	
16,08 millions USD	

2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : 5,00 millions USD – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 11,08 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Environ 4 à 6 millions USD devraient pouvoir être mobilisés avec le soutien des gouvernements et des organismes publics. Les activités de collecte de fonds se poursuivent.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,14	0,58	0,44	0,53	0,90	0,45	4,17	8,20
	Activités	1,50	1,20	1,20	0,67	1,30	1,18	0,83	7,88
	Total	2,64	1,78	1,64	1,20	2,19	1,63	4,99	16,08
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA77(14) Le point sur le Fonds pour les infrastructures	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	4.3.4 Environnement sûr et sécurisé, caractérisé par une maintenance efficace de l'infrastructure, des services d'appui rentables et une chaîne d'approvisionnement souple, comprenant la santé et la sécurité au travail
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Trente-six mois (janvier 2025-décembre 2027)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	8,15 millions USD. La décision concerne l'approbation de l'utilisation du Fonds pour les infrastructures comme suit : 3,8 millions USD pour la construction d'un nouveau Bureau de l'OMS à Djouba et 3,7 millions USD pour la démolition et la reconstruction du bâtiment du Bureau de l'OMS à Kaboul, plus les coûts liés au contrôle. Ces montants ont été inclus dans le plan-cadre d'équipement à l'échelle mondiale.
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	7,93 millions USD, en supposant que les coûts de reconstruction seront pris en compte dans leur intégralité pour 2024-2025.
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	0,22 million USD, compte tenu des coûts de contrôle uniquement.
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	
– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :	Le Fonds pour les infrastructures sera utilisé pour couvrir les coûts de construction. Les dépenses liées au personnel seront financées au moyen de fonds souples.
– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :	Sans objet
– Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :	Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,20	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,05	0,43
	Activités	3,80	0,00	0,00	0,00	3,70	0,00	0,00	7,50
	Total	4,00	0,00	0,00	0,00	3,88	0,00	0,05	7,93
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,03	0,22
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,03	0,22
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Décision WHA77(16) Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne	
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	1.1.1. Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels 1.1.2. Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies 2.3.3. Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Six ans
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	0
Cette décision invite à continuer de rendre compte, jusqu'en 2030, des activités de l'OMS visant à renforcer les services de santé intégrés centrés sur la personne, dans le cadre des rapports biennaux sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA72.2 (2019) relative aux soins de santé primaires. Voir à l'annexe 9 du document WHA72/2019/REC/1 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.	

2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : Sans objet
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Sans objet – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : Sans objet – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Sans objet

Décision WHA77(17)	Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie
A.	Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025
1.	Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée : 2.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes
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 2024-2025 ? Sans objet
3.	Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 : Sans objet
4.	Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision : Douze mois
B.	Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat
1.	Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD : 114,00 millions USD
2.a	Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 0 Cette décision serait appliquée par le biais du segment du budget consacré aux opérations et aux appels d'urgence.

2.b	Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD : 114,00 millions USD Cette décision serait appliquée par le biais du segment du budget consacré aux opérations et aux appels d'urgence.
3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : 30,00 millions USD disponibles et 15,00 millions USD en promesses fermes. – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 69,00 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : 15,00 millions USD en promesses fermes, comme mentionné ci-dessus. Des efforts de mobilisation de ressources sont en cours pour combler le déficit restant.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	20,00
	Activités	0,00	0,00	0,00	94,00	0,00	0,00	0,00	94,00
	Total	0,00	0,00	0,00	114,00	0,00	0,00	0,00	114,00
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Décision WHA77(18)	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Huit mois (mai 2024-décembre 2024)
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	497,70 millions USD (en concordance avec le Plan de riposte opérationnel dans le territoire palestinien occupé (avril-décembre 2024)), les opérations d'urgence se poursuivant en mai 2024.
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	0 Cette décision serait appliquée au titre du segment du budget consacré aux opérations d'urgence et aux appels.
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	497,70 millions USD, les opérations d'urgence se poursuivant en mai 2024.
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD :	Sans objet
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :	Sans objet
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD :	– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Aucun fonds n'a été reçu pour la poursuite de la riposte dans le cadre du Plan révisé de riposte opérationnel dans le territoire palestinien occupé (avril-décembre 2024). – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 497,70 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des annonces de dons sont prévues ; la collecte de fonds se poursuit.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	15,00	0,00	1,00	16,00
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	475,70	0,00	6,00	481,70
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	490,70	0,00	7,00	497,70
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–

Décision WHA77(20)	Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies
A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025	
1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :	2.1.2 Capacités de préparation aux situations d'urgence renforcées dans tous les pays 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués 4.2.1 Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies
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 2024-2025 ?	Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :	Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :	Un an (jusqu'en mai 2025) pour donner suite aux demandes spécifiques faites au Directeur général dans la décision.
B. Incidences, en termes de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat	
1. Dépenses totales à budgétiser pour appliquer la décision, en millions USD :	10,24 millions USD
2.a Estimation des dépenses pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	10,24 millions USD
2.b Estimation des dépenses supplémentaires qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :	Sans objet

3.	Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme 2026-2027, en millions USD : Sans objet
4.	Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD : Sans objet
5.	Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD : – Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours : Les ressources ne sont pas disponibles actuellement et devront être mobilisées. – Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours : 10,24 millions USD – Le cas échéant, estimation des ressources faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours : Des annonces de dons sont prévues ; la collecte de fonds se poursuit.

Treizième PGT : treizième programme général de travail, 2019-2025.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,24	4,24
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	6,00
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,24	10,24
B.2.b 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4 Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–