



# ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF  
Cent septième session  
Point 2 de l'ordre du jour

EB107/2  
15 janvier 2001

---

## Allocution du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent septième session

Genève, lundi 15 janvier 2001

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil, Excellences, Chers collègues, Mesdames et Messieurs,

1. C'est un grand plaisir pour moi de vous accueillir à Genève à la cent septième session du Conseil exécutif. Les six Directeurs régionaux et moi-même comptons sur vous pour nous guider dans la poursuite de nos efforts en faveur de l'amélioration de la santé des populations du monde entier.
2. Il y a quelques semaines, alors que je me trouvais dans une cellule nue de l'hôpital pour détenus de Butyrskaya à Moscou, un homme très amaigri, d'une quarantaine d'années peut-être, me racontait comment il luttait contre sa tuberculose polychimiorésistante et comment, malgré les médicaments qu'il recevait, il ne pensait pas vivre assez longtemps pour retrouver la liberté après avoir purgé sa peine de neuf ans, car il était également VIH-positif.
3. Autour de lui, il y avait plusieurs compagnons de cellule, tous tombés malades de la tuberculose en milieu carcéral et dont la plupart infecteraient probablement d'autres personnes à leur libération, car tous n'avaient pas l'assurance de pouvoir poursuivre leur traitement une fois sortis de prison.
4. C'est le Vice-Ministre russe de la Santé qui nous avait accompagnés auprès des détenus malades. Ensuite nous avons parlé aux agents de santé qui ont évoqué les difficultés rencontrées pour soigner les malades de la tuberculose ainsi que leurs préoccupations concernant leur sécurité personnelle. Nous avons rencontré les responsables des ministères qui ont souligné les coûts prohibitifs liés aux soins des prisonniers atteints de tuberculose polychimiorésistante et nous ont parlé des problèmes beaucoup plus graves que l'on connaissait dans d'autres parties de la Russie. Au bureau de l'OMS à Moscou, nous avons rencontré certains des experts mondiaux de la tuberculose venus s'entretenir avec leurs homologues russes et avec les collaborateurs d'organisations de développement pour envisager les options stratégiques de la lutte contre la tuberculose dans ces situations difficiles.
5. La Russie fait tout ce qu'elle peut pour lutter contre l'épidémie de tuberculose, et tant le Ministère de la Santé que celui de la Justice s'efforcent de tirer le maximum des ressources limitées dont ils disposent. Mais la tuberculose n'est pas seulement un problème russe. Cette cellule aurait pu se situer dans toute une série de pays. La tuberculose et la pharmacorésistance sont des problèmes mondiaux.

6. La tuberculose touche les plus pauvres et les plus faibles d'entre nous et elle appauvrit ses victimes. Les traitements existent, mais la recherche de moyens de réduire la vulnérabilité face à la maladie dépasse de loin le pouvoir d'un ministère de la santé. Pour apporter une réponse efficace, il faut des ressources, une société informée et un système de santé opérationnel au sens le plus large.

7. Le problème de la tuberculose témoigne de l'approche énoncée dans la stratégie institutionnelle de l'OMS que vous avez approuvée il y a un an. Nous sommes bien engagés dans notre tâche centrale – aider à réduire la pauvreté en améliorant la santé. Nous inscrivons la santé dans le contexte du développement humain, faisant davantage pour atteindre un consensus sur une politique de santé efficace, améliorant les résultats sanitaires au moyen de partenariats efficaces et créant une culture institutionnelle qui encourage l'innovation et la responsabilité comptable, la réflexion stratégique et la rapidité de l'action.

8. Notre mission a conduit l'OMS dans de nombreux endroits nouveaux – et elle nous a fait voir autrement des lieux anciens. Personnellement, elle m'a conduit dans cette cellule d'une prison de Moscou et dans la salle des orphelins du SIDA infectés par le VIH, dans un hôpital de Durban. Au Sommet des dirigeants du G8 au Japon et au Sommet sur le paludisme en Afrique à Abuja, Nigéria. A la table avec les chefs d'Etat africains ou ceux du G8 ; dans les discussions avec les chefs de secrétariat des principaux laboratoires pharmaceutiques ou dans la maternité de l'hôpital central dévasté de Dili, au Timor-Oriental.

9. Toutes mes visites m'ont renforcée dans ma foi dans les principes fondamentaux de notre travail :

- Les données factuelles et la science doivent guider notre action et nos politiques ;
- Nous ne pouvons favoriser des résultats plus équitables en matière de santé qu'en développant des interventions qui ont fait leurs preuves ;
- Pour obtenir des résultats efficaces et durables, nous devons dépasser les limites de nos propres organisations et bien travailler avec d'autres organisations qui partagent les mêmes valeurs ;
- Nous devons faire tout notre possible pour que la mondialisation soit favorable aux populations démunies ;
- Nous avons besoin de ressources sensiblement accrues pour atteindre les buts de la réduction de la pauvreté et de la santé pour tous.

10. Au cours de ces 12 derniers mois, le monde s'est rendu compte de l'importance capitale de la santé. La santé est le fondement du développement humain. Elle est la clé de la prospérité. La santé était l'un des thèmes centraux de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le développement social au mois de juin, puis lors du Sommet du millénaire, en septembre. Les chefs d'Etat demandent que des mesures soient prises pour améliorer les résultats sanitaires et améliorer ainsi la capacité de leur population à gagner de l'argent et à apprendre, à produire et à contribuer à la sécurité humaine.

11. L'importance de la santé dans les processus politiques est à nouveau apparue clairement ici, à Genève, lorsque les négociateurs ont commencé à travailler sur la convention-cadre pour la lutte antitabac, au mois d'octobre. Elle a aussi été illustrée dans le nouveau cadre de coopération de grande ampleur entre l'OMS et l'Union européenne, qui est entré en vigueur à la mi-décembre.

12. Les chefs d'Etat ont fixé des cibles ambitieuses pour la santé de leur population. Il en résulte que les ministres de la santé se trouvent plus encore sous les feux des projecteurs, appelés à répondre à des questions difficiles alors qu'on attend d'eux qu'ils fassent des miracles avec des budgets limités.

13. L'écart est énorme entre les ressources nécessaires pour aider les communautés défavorisées à remédier à différentes causes de maladies et les moyens financiers et les capacités humaines dont elles disposent actuellement. Un milliard de dollars supplémentaires par an utilisés de façon judicieuse seront nécessaires si l'on veut atteindre les cibles fixées pour faire reculer le paludisme en Afrique. Pour lutter contre la tuberculose, il faut au moins un demi-milliard de dollars par an dans les pays où la charge de morbidité est élevée. Dans le cas du VIH/SIDA, le déficit est plus important encore – probablement de l'ordre de 3 milliards de dollars pour améliorer la prévention, le traitement et les activités de soutien en Afrique seulement. Si on y ajoute les antirétroviraux, les chiffres atteignent des niveaux plus spectaculaires encore.

14. Il n'est pas possible d'obtenir de bons résultats sanitaires sans des investissements durables et suffisants. Nous devons combler le déficit de ressources. Les ressources pour la santé doivent être considérablement accrues, en particulier dans les pays pauvres. Nous devons mobiliser ceux qui ne réagissent pas, et leur demander de ne pas fermer les yeux sur l'évidence.

15. Ce déficit peut être comblé en partie par un accroissement des efforts financiers de la part des pays eux-mêmes. Mais ils se heurtent à de réels obstacles. Nous demandons maintenant une augmentation sensible et *durable* de l'aide au développement – y compris le financement de l'allègement de la dette – pour promouvoir une amélioration des résultats sanitaires dans les populations les plus démunies.

16. Je retiens de mon expérience que nous ne pouvons encourager de nouveaux investissements en faveur de la santé que si nous disposons de données factuelles établissant l'ampleur des besoins *et* ce qui peut être réalisé dans des conditions favorables.

17. Nous utilisons des systèmes normalisés pour surveiller la charge de morbidité mondiale, régionale et nationale. L'OMS dispose de données sur l'incidence, la prévalence et la distribution des maladies transmissibles (y compris le VIH, le paludisme et la tuberculose), la violence et les traumatismes, la santé des enfants, la santé maternelle et les maladies non transmissibles. Partout où cela est possible, ces données sont analysées sous l'angle de la sexospécificité, de l'âge et du groupe social. Comme vous le montreront les documents du Conseil, les approches normalisées de la collecte des données sanitaires sont encouragées.

18. On s'efforce actuellement de quantifier les risques auxquels est exposée la santé des populations. Dans le courant de l'année, la Commission de l'OMS Macroéconomie et Santé nous aidera à faire ressortir la justification économique des investissements en faveur de la santé. Elle présentera la gamme des interventions efficaces qui sont actuellement disponibles. Elle fera observer ce qu'il en coûte de ne pas investir suffisamment en faveur de la santé, ou de choisir les mauvais investissements.

19. Depuis que j'ai été élue au poste de Directeur général, j'entends les ministres de la santé parler des difficultés qu'ils ont à évaluer l'efficacité des systèmes de santé, à examiner la manière dont les ressources ont été utilisées et à justifier leurs demandes de fonds supplémentaires.

20. Les systèmes de santé incarnent les myriades d'actions conçues pour améliorer les résultats sanitaires des populations. Depuis deux ans, je vois se dégager des discussions, au sein de ce Conseil et d'autres instances, un consensus sur les buts et les fonctions souhaitables des systèmes de santé nationaux.

L'OMS a élaboré un groupe d'indicateurs, fondés sur ce consensus, pour mesurer la performance des systèmes de santé. Au cours de ces deux dernières années, nous avons procédé à des évaluations quantitatives de la performance de tous les systèmes de santé dans le monde. Pour ce faire, nous avons défini des indicateurs au moyen de méthodes faisant appel aux disciplines de la santé publique et de l'économétrie, sur la base des données disponibles dans chaque Etat Membre. En l'absence de données, nous avons fait des estimations en nous fondant sur des techniques mathématiques standard. Le degré d'incertitude a été traduit en termes d'intervalles de confiance. Les résultats ont été exprimés sous forme d'indices dans l'annexe au *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*.

21. Cet effort pour élaborer des instruments d'analyse et de dialogue entre les responsables politiques, aux plans national et international, a suscité un intérêt public considérable. Ce processus a également fait l'objet d'un important débat, y compris des critiques. Diverses personnes ont été associées à ce débat – responsables de nombreux pays, universitaires, représentants de l'OMS dans les pays et d'autres membres du personnel, membres d'organismes et de banques de développement et, bien sûr, vous-mêmes pendant la retraite de Weggis. Le débat doit se poursuivre de façon à refléter les vues et les inquiétudes de tous les Etats Membres.

22. Malgré la controverse, je perçois que, pour les ministres de la santé, les données sur la performance des systèmes de santé nationaux aident à démontrer comment les ressources sont utilisées. Elles leur permettent plus facilement d'accomplir un travail de sensibilisation à leurs besoins, d'expliquer les principales questions politiques auxquelles le système de santé se trouve confronté et de demander l'appui des ministres des finances et d'autres sources. L'OMS est l'organisation qui devrait aider les pays à évaluer régulièrement la performance des systèmes de santé. Je veux être sûre que, dans notre façon de procéder, nous nous inspirions des réflexions utiles actuellement fournies par l'ensemble des Etats Membres.

23. A cette fin :

- je mettrai en place un processus de consultation technique associant des personnels et des perspectives d'Etats Membres de différentes Régions de l'OMS, avec l'appui conjoint de membres des équipes de pays de l'OMS, des bureaux régionaux et des Départements à Genève ;
- je veillerai à ce que l'OMS consulte chaque Etat Membre sur les meilleures données à utiliser pour évaluer la performance du système de santé et fournisse des informations préalables sur les valeurs des indicateurs obtenues par l'OMS à partir de ces données ;
- je prévois que l'OMS établira un rapport sur la performance des systèmes de santé tous les deux ans : la prochaine tournée sera achevée en mai 2002 et publiée, après consultation, en octobre 2002. Je veillerai aussi à ce que les Etats Membres reçoivent les rapports ainsi établis par l'OMS avant qu'ils ne soient accessibles au grand public ;
- je créerai un petit groupe consultatif, dont feront notamment partie des membres du Conseil exécutif et du Comité consultatif de la Recherche en Santé, qui pourra m'aider à surveiller l'appui apporté par l'OMS à l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

24. En résumé, je voudrais que les Etats Membres et le Secrétariat adoptent une approche constructive face à l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Elle doit être transparente, crédible et équitable. Et je prévois qu'à mesure que nous améliorerons notre approche grâce à l'expérience acquise, la participation de tous les Etats Membres s'intensifiera.

25. Les bases factuelles sont le fondement même de toute notre action en faveur de la santé des gens. Le défi consiste à améliorer l'action face aux priorités sanitaires et à améliorer les résultats. L'OMS aide les pays à le faire en réunissant des chercheurs pour tenter de combler les insuffisances de la base de données factuelles. Nous établissons des réseaux techniques efficaces, qui relient les équipes dans les pays, dans les Régions et à Genève. Nous mettons à profit le nouvel élan politique que nous avons aidé à créer. Nous établissons des liens avec des partenaires qui peuvent contribuer à l'élaboration de mesures efficaces. Nous mesurons les progrès.

26. J'en viens à la question du VIH et du SIDA. En tant qu'organisation coparrainant l'ONUSIDA et l'ensemble de l'action déployée par le système des Nations Unies contre le SIDA, l'OMS a participé à la réduction des taux d'infection dans de nombreux pays. Cependant, la pandémie nous précède et la riposte internationale n'est pas satisfaisante. Le VIH/SIDA est un défi particulier pour les systèmes de santé et les agents de santé – un défi en termes de ressources, d'infrastructures, de matériel et d'accès aux médicaments.

27. Conformément aux instructions de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS renforce l'appui en faveur d'une intervention efficace des systèmes de santé pour prévenir l'infection, réduire la vulnérabilité et faire en sorte que les personnes infectées bénéficient des soins et du soutien appropriés et bienveillants dont elles ont besoin.

28. Nous avons réorganisé le Département chargé du VIH/SIDA au sein du Groupe Santé familiale et communautaire de façon à aider les sociétés à faire face à la pandémie en proposant aux gouvernements les outils et les informations dont ils ont besoin dans le domaine de la santé pour renforcer leurs politiques et leurs activités.

29. L'OMS n'accepte pas le statu quo, avec des inégalités croissantes dans l'accès aux soins pour le VIH/SIDA. Elle a donc entrepris d'étudier de nouvelles options afin de donner accès à des soins améliorés, y compris aux médicaments antirétroviraux. Nous sommes impatients d'obtenir des résultats et continuerons à favoriser les progrès dans ce sens.

30. Nous sommes en train de développer l'action entreprise pour améliorer la santé maternelle et infantile – en rassemblant davantage de données, en les diffusant plus largement, en établissant des liens plus étroits avec nos partenaires et en passant en revue plus fréquemment les progrès accomplis. Grâce à des relations de travail étroites entre les équipes de pays, les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS à Genève, nos ressources sont utilisées plus efficacement. La coordination avec les autres institutions du système des Nations Unies et les banques de développement nous permet de les aider à encourager l'adoption des meilleures pratiques dans les pays à travers leurs politiques et leurs programmes.

31. Nous avons aussi accéléré les activités de vaccination, et les résultats sont là. L'éradication de la poliomyélite aux niveaux national et mondial est en bonne voie. Chefs d'Etat, agents de santé, Rotary, société civile et, bien sûr, le personnel de l'OMS et de nos partenaires – tous ont répondu présents. Nous avons été témoins de leur engagement extrême et aussi de leur courage, car il faut souvent travailler dans des situations dangereuses.

32. C'est ainsi que la transmission de la poliomyélite en Inde a beaucoup baissé ; la maladie a été éliminée dans la Région du Pacifique occidental et la couverture vaccinale s'améliore de manière spectaculaire en Afrique. Les systèmes de surveillance – sur lesquels repose la phase finale de l'éradication – se mettent en place. Cela nous permet de déceler les petites flambées – comme ce fut le cas l'année dernière dans l'île d'Hispaniola et au Cap-Vert – et de réagir rapidement. Nous sommes sur

la bonne voie pour faire cesser la transmission de la poliomyélite d'ici la fin de 2002 et en certifier l'éradication d'ici 2005.

33. Nous aidons à remettre sur pied les services de vaccination généraux et à les intégrer aux systèmes de santé. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination va de l'avant. Les fonds arrivent, la coopération entre les gouvernements, les institutions et le secteur privé est excellente et l'action menée dans les pays progresse de manière satisfaisante. L'année dernière, l'Alliance a reçu et traité des propositions émanant de 38 pays, soit plus de la moitié des 74 pays concernés. Vingt et une propositions ont été approuvées ; les engagements envers ces pays s'élèvent à environ 310 millions de dollars sur cinq ans.

34. La montée en puissance dans ce domaine est maintenant bien réelle. L'Alliance mondiale collabore avec les pays, décourageant la fragmentation des efforts et encourageant le renforcement des systèmes de santé. Cette année, les investissements permettront d'augmenter la couverture vaccinale de près de 30 %. Plus de 90 % des enfants seront vaccinés contre l'hépatite B, *Haemophilus influenzae* de type b et/ou la fièvre jaune. Au moins 500 000 vies seront sauvées. Nous attendons encore plus de l'Alliance l'année prochaine.

35. Il en va de même des efforts pour faire reculer le paludisme. La stratégie est simple, rentable, et bénéficie d'un large appui. Il existe des moyens de prévention et de traitement efficaces. Les prix des produits essentiels comme les moustiquaires et les associations à base d'artésunate ont baissé. Nous avons aidé à négocier le maintien de l'emploi du DDT si nécessaire pour la lutte antipaludique. Les systèmes de santé ne ménagent pas leurs efforts pour relever le défi du paludisme. D'autres secteurs apportent aussi leur contribution – par la sensibilisation, la réduction des tarifs douaniers ou la réduction des risques. L'OMS et ses partenaires suivront de près les progrès accomplis. Les pays se sont organisés pour développer leur action – ce sont désormais les ressources qui leur font défaut.

36. Nous sommes intervenus dans des situations d'urgence complexes. Les demandes adressées à l'OMS ont été nombreuses, notamment lorsque les ministères de la santé sont par trop surchargés. Nous ferons plus encore pour aider à fixer des normes, coordonner les différents prestataires de services et suivre les progrès. Là aussi, il nous faut mobiliser des ressources supplémentaires et les utiliser judicieusement, comme en Iraq où l'OMS apporte une contribution majeure à la santé et au bien-être de la population.

37. En septembre dernier, un réseau d'institutions et d'ONG réunies par l'OMS a réagi rapidement et efficacement à l'appel du Gouvernement ougandais en aidant à endiguer une flambée épidémique majeure de fièvre à virus Ebola. L'intervention a été couronnée de succès, grâce, notamment, à l'expérience de l'Ouganda dans ce domaine.

38. Nous nous concentrons maintenant sur l'incidence d'une mauvaise santé mentale sur le bien-être des populations et sur les difficultés particulières qu'elle entraîne pour les plus pauvres. Nous sommes en train de réunir des données pour le rapport sur la santé dans le monde de cette année, qui fera le bilan de nos connaissances : la charge mondiale actuelle et future de la morbidité mentale et des troubles neurologiques ; l'efficacité de la prévention et l'existence de traitements ou d'obstacles à ceux-ci ; et les politiques nécessaires pour lutter contre l'exclusion et la discrimination et mettre en place et financer des moyens de prévention et de traitement efficaces.

39. Notre effort de sensibilisation portera sur la Journée mondiale de la Santé 2001, au début avril. Il s'agira surtout de lutter contre l'ostracisme qui s'attache à la mauvaise santé mentale et de faire savoir

---

qu'il existe de nombreux traitements efficaces et abordables, mais qu'ils ne sont pas suffisamment utilisés, ni dans les pays en développement ni dans les pays industrialisés. Je m'attends à ce que les efforts que nous déploierons cette année contribuent à accroître l'importance accordée à la santé mentale par rapport aux aspects physiques de la santé, le but étant de lui accorder le même degré de priorité et de respect.

40. La montée en puissance de l'action pour améliorer la santé des plus pauvres appelle des systèmes de santé efficaces – qui recouvrent toutes les mesures expressément conçues pour améliorer la santé. Nous comptons voir les systèmes de santé améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et être financés de manière équitable. Cela suppose une gestion avisée des pouvoirs publics de façon à tirer le meilleur du secteur public et à mobiliser toutes les énergies des organismes privés, bénévoles ou communautaires.

41. Ainsi, nous renforçons notre action pour répondre aux pays qui nous demandent de les aider à rendre leurs systèmes de santé plus performants. Nous travaillons en étroite collaboration avec les gouvernements et les institutions nationales, ainsi qu'avec d'autres organismes de développement pour analyser les données d'expérience et mettre en commun les meilleures pratiques. Nous aidons à planifier et à gérer les soins aux niveaux national et du district, dans les hôpitaux et les centres de santé, en donnant des avis sur le développement des ressources humaines, et sur la budgétisation et le financement des services.

42. Les pays attendent également de nous que nous les aidions à répertorier les risques pour la santé, à y faire face et à promouvoir des modes de vie sains. Nous travaillons sur les risques aux niveaux local, national et mondial – et en fait les *Risques pour la santé* constitueront le thème du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*.

43. Nous voulons que les collectivités et les pays soient en mesure d'évaluer les risques pour la santé présents dans les aliments qu'ils consomment, l'eau qu'ils utilisent, l'air qu'ils respirent et les comportements qu'ils adoptent. Lorsque les données le justifient, nous encourageons la conclusion d'accords nationaux et internationaux. Nous aidons à établir des codes de pratique volontaires et soutenons les différentes parties qui entreprennent de les appliquer. Si nécessaire, nous aiderons à élaborer des règlements sanitaires internationaux et des conventions-cadres.

44. Nous nous efforçons d'étudier les problèmes scientifiques qui se posent dans des domaines aussi complexes que la nutrition du nourrisson, la salubrité des aliments ou la salubrité de l'environnement, en examinant les données nouvelles dès qu'elles sont disponibles et en déterminant leurs répercussions au plan des politiques. Dans ces domaines, l'analyse scientifique des effets sur la santé est essentielle à notre dialogue avec les autorités nationales et avec la société civile.

45. Nous avons d'ailleurs eu une abondante illustration de l'importance de l'action pour la salubrité de l'environnement au cours de ces derniers jours, avec les préoccupations croissantes que suscite l'utilisation de revêtements d'uranium appauvri sur du matériel militaire utilisé en Iraq et dans les Balkans. Les pays et l'OTAN se tournent vers l'ONU afin de savoir s'il existe des données établissant les effets de l'uranium appauvri sur la santé.

46. Malgré les résultats encourageants de la première analyse rétrospective des effets de l'utilisation de l'uranium appauvri sur la santé au Kosovo, nous ne pouvons déterminer le véritable risque pour la santé de la population associé à l'exposition à l'uranium appauvri sans une enquête approfondie supplémentaire. Le Siège de l'OMS et son Bureau régional, en collaboration avec le Centre international de Recherche sur

le Cancer et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, ont déjà répondu présents. Nous ferons rapport sur la situation plus tard au printemps.

47. Parallèlement, l'OMS collabore avec ceux qui sont directement concernés. Elle cherche à obtenir des informations supplémentaires sur l'incidence des tumeurs et autres effets indésirables possibles sur la santé parmi la population civile dans les Balkans et au Moyen-Orient, parmi le personnel humanitaire et parmi le personnel militaire, notamment chez ceux qui ont manipulé de l'uranium appauvri. Ces informations devront ensuite être analysées de façon à mettre en évidence le risque relatif de leucémie et d'autres problèmes de santé associé à différents modes d'exposition.

48. L'OMS propose des protocoles d'étude qui pourraient être utilisés par les autorités civiles et militaires concernées. L'utilisation de ces protocoles offrira peut-être des réponses définitives aux questions qui ont été posées récemment par les gouvernements et par les médias.

Monsieur le Président,

49. Toute notre action dans le domaine de la nutrition du nourrisson repose aussi sur des bases scientifiques. Près de 1,5 million d'enfants meurent encore chaque année faute d'une alimentation appropriée. Il est aussi regrettable que moins de 35 % des nourrissons dans le monde soient exclusivement nourris au sein pendant les quatre premiers mois de leur vie, et qu'encore aujourd'hui les méthodes d'alimentation d'appoint soient souvent inadaptées et présentent des risques. Il est plus difficile que jamais de répondre aux besoins nutritionnels du jeune enfant en raison du nombre croissant de situations d'urgence majeures, de la pandémie de VIH/SIDA et des difficultés de la vie moderne.

50. Compte tenu de l'impact singulier des modes d'alimentation sur la survie, la santé et le développement pendant les premières années de la vie, l'OMS a depuis longtemps soutenu les efforts des Etats Membres pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel sont deux exemples de mesures remarquablement efficaces.

51. Afin de développer encore nos efforts dans ce domaine essentiel, j'ai entamé l'année dernière l'élaboration d'une nouvelle stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui se veut un cadre d'action pour tous. Des consultations ont commencé aux niveaux national et régional. Cette semaine, vous examinerez les progrès faits dans l'élaboration de cette stratégie mondiale. Vous examinerez le projet de résolution correspondant. Vos délibérations sur ce point guideront l'Assemblée de la Santé.

52. L'OMS préconise actuellement que la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif doit être de 4 à 6 mois, selon la croissance du nourrisson et les risques que présente l'environnement au foyer. Au vu du débat permanent soulevé par ce problème, j'ai commandé l'année dernière une étude scientifique systématique de la littérature existante concernant la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif. Cette étude, confiée à des experts extérieurs indépendants, a nécessité l'examen laborieux de près de 3000 références bibliographiques et supposé l'application de critères rigoureux de sélection de la documentation pertinente.

53. Tout ce travail d'analyse sera examiné lors d'une consultation d'experts convoquée à Genève fin mars. Il est important que ce processus scientifique puisse aller jusqu'à son terme pour pouvoir servir de base aux politiques futures. Mais ce n'est peut-être pas le meilleur moment de réexaminer la recommandation actuelle de l'OMS sur la durée de l'allaitement maternel exclusif.



54. En tant qu'organisation, nous avons toujours pris position d'autant plus clairement que les bases factuelles sur lesquelles reposaient nos politiques étaient plus solides. Par exemple, nous avons toujours soutenu sans équivoque des modes de vie sans tabac.

55. L'OMS a entrepris un rôle inédit avec la préparation d'une convention-cadre pour la lutte antitabac. C'est la première fois en effet que nous nous sommes prévalus de la possibilité d'élaborer un traité de droit international visant à améliorer la santé publique. Il a fallu pour cela que l'OMS institue un mécanisme interne entièrement nouveau. Si l'organe intergouvernemental de négociation, présidé par M. Amorim, Ambassadeur du Brésil, relève de l'Assemblée mondiale de la Santé, il représente le premier processus distinct des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé dirigé par les Etats Membres.

56. Cette année sera importante pour la négociation de la convention. L'organe intergouvernemental se réunira à nouveau fin avril. Nous espérons qu'un pas important sera alors franchi.

57. La session de l'organe intergouvernemental qui a eu lieu l'année dernière a été précédée d'une série d'auditions publiques sur la convention-cadre. Cette manifestation sans précédent a permis à tous de se faire entendre. Peut-être pourrions-nous utiliser ce type d'approche plus souvent lorsque nous sollicitons des contributions en rapport avec d'autres questions complexes.

58. Par ailleurs, l'OMS a publié le texte d'une étude indépendante sur les tentatives faites par l'industrie du tabac pour influencer les travaux de l'Organisation. Cette étude nous a montré comment un groupe pouvait chercher à influencer nos travaux. Le rapport d'étude nous rappelle que nous devons être vigilants, que nous devons résister aux pressions de toutes sortes qui entrent en conflit avec nos valeurs intrinsèques. Je remercie le Dr Thomas Zeltner, membre du présent Conseil, pour le soin qu'il a mis à mener cette enquête. Nous avons déjà pris en compte nombre de ses recommandations – en lançant des recherches pour savoir dans quelle mesure les sociétés productrices de tabac ont réussi dans leurs tentatives et en élaborant, pour l'OMS, des politiques relatives aux conflits d'intérêts.

Monsieur le Président,

59. Grâce aux travaux que nous avons entrepris avec d'autres partenaires des Nations Unies, l'Union européenne, le G8 et le secteur privé, nous avons souligné la nécessité de mener des activités à l'intention des pauvres à l'échelon mondial. Une des activités essentielles consiste à améliorer l'accès aux médicaments essentiels et aux autres produits pharmaceutiques.

60. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos Etats Membres pour mettre à bon usage les intérêts convergents de la médecine clinique, de la santé publique mondiale, de l'industrie pharmaceutique axée sur la recherche, ainsi qu'avec ceux qui fixent les règles du commerce international. Nous trouvons des occasions propices à l'innovation et à la collaboration créatrice afin de surmonter les défaillances du marché. Nous soutenons la protection des brevets comme un stimulant nécessaire et efficace de la recherche-développement. Les médicaments essentiels, cependant, sont des produits à part. Les brevets qui s'appliquent à leur mise à point et à leur production doivent être gérés de manière à profiter aux détenteurs des brevets *et* au public.

61. Cela signifie que nous favorisons la fixation d'un prix équitable pour les médicaments qui sont en passe d'être brevetés et la production de médicaments génériques pour ceux qui ne le sont pas, de manière à ce que les pauvres aient accès plus facilement aux médicaments dont ils ont besoin. A cette fin, nous poursuivons la recherche de nouvelles relations entre le secteur public et le secteur privé – des relations qui contribueront à la santé de tous et à l'équité en matière de santé. L'OMS jouera un rôle majeur dans

la prochaine série de réunions internationales et régionales qui auront lieu au cours de l'année. Nous nous attachons tout particulièrement aux sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et sur les enfants, et à la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, à Bruxelles, en mai. Il est essentiel que nous établissions une collaboration et une coordination efficaces entre les pays et les organismes de développement afin de nous assurer que nous changeons le plus possible le cours des choses et que nous augmentons le niveau des ressources humaines, politiques et financières allouées à la santé.

62. J'ai décrit un programme de travail intensif. Nous nous apprêtons à le soutenir dans toute l'Organisation. Nous continuons d'apprendre à travailler comme un réseau efficace et unifié qui tient compte des besoins particuliers de chaque pays et de chaque peuple. Nos équipes de pays sont en première ligne : ce sont elles qui déterminent dans quelle mesure nous pouvons créer la différence. Au cours de l'année à venir, nous nous efforcerons davantage de veiller à ce que les pays, et leurs populations, soient au coeur de tous nos travaux et de tous nos efforts.

63. Nous oeuvrerons tous ensemble pour soutenir au maximum les unités interpays, les Départements régionaux et les Groupes basés à Genève dans l'appui qu'ils offrent aux équipes de pays. Grâce aux nouveaux systèmes téléphonique et vidéo, cela est plus facile et moins onéreux qu'avant. La prochaine réunion mondiale des représentants de l'OMS permettra également de consolider les travaux entre les pays, les Régions et le Siège.

64. Nous prêtons également attention aux systèmes de gestion de nos précieuses ressources humaines et de nos finances limitées. Cela signifie qu'il faut simplifier encore des processus complexes et adopter les meilleures pratiques dans toute l'Organisation.

65. Nous nous attacherons en premier lieu à améliorer nos technologies de l'information afin que les administrateurs de programme dans les pays, dans les Régions ou à Genève sachent où ils en sont et obtiennent les meilleurs résultats possibles grâce à ces ressources.

66. Lorsque je suis arrivée à l'OMS, j'ai dit que je voulais que nous allions vers les autres et que nous travaillions étroitement avec nos principaux partenaires. Nous avons noué toute une gamme de partenariats dynamiques, en faisant porter notre effort sur les résultats, en travaillant ensemble et en évaluant ce que nous avons réalisé. Nous surveillons de près ces partenariats, en identifiant les dispositions susceptibles d'être efficaces dans divers contextes et en veillant à ce que l'OMS renforce les accords de partenariat.

Monsieur le Président,

67. Je passe maintenant aux autres travaux importants du Conseil exécutif. Toutefois, je tiens d'abord à vous remercier, ainsi que le Gouvernement suisse, pour la fructueuse retraite du Conseil qui a été organisée en novembre dernier. C'était la troisième retraite depuis que ce système a été introduit, en 1998, dans le cadre de notre processus de réforme.

68. Le budget programme pour 2002-2003 est le principal point de l'ordre du jour de la session en cours. Il a été préparé selon un nouveau processus. Un processus qui a fait appel à la participation conjointe des Régions et du Siège dès le début ; qui a fourni les résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation ; qui a permis au rapport budgétaire mondial d'être examiné pour la première fois par les comités régionaux. Ce processus a considérablement contribué à unir l'Organisation.

69. La stratégie institutionnelle est au coeur du budget – elle est également la cheville ouvrière du nouveau programme général de travail de l’OMS. Elle est mise en oeuvre dans le cadre du budget par une programmation qui s’articule autour de 35 domaines d’activité. Nous avons identifié les objectifs internationaux voulus, puis nous avons proposé l’objectif de l’action de l’OMS, les résultats escomptés et les indicateurs de résultats.

70. Au cours de la réunion mondiale du personnel qui s’est tenue la semaine dernière, tous les Directeurs régionaux qui y ont participé ont souligné que nous devons maintenant nous appuyer sur l’esprit qui a prévalu lors de l’élaboration du budget pour nous assurer que son exécution se fonde sur une OMS unifiée. Nous nous engageons tous pleinement en la matière.

71. Nous veillons maintenant tout particulièrement à ce qu’il y ait une synergie entre les domaines d’activité lors de l’interaction avec les pays. A la suite d’un programme pilote qui a duré deux ans, nous avons maintenant établi une approche stratégique de coopération avec les pays, mise en place conjointement par l’OMS et les autorités nationales, qui reflète les processus établis par les bureaux régionaux suite aux orientations données par leurs comités régionaux. Le Comité de Gestion du Programme mondial, qui regroupe les principaux administrateurs de programme des Régions et du Siège, nous aidera à suivre les progrès réalisés dans cette nouvelle méthode de travail.

72. Malgré la demande accrue qui nous est faite et les augmentations de coût auxquelles nous sommes confrontés, notre budget ordinaire demeure étale. Nous exprimons notre reconnaissance à ceux qui contribuent à augmenter les contributions volontaires – elles sont indispensables à nos travaux. Nous avons particulièrement besoin de ressources volontaires pour financer les fonctions essentielles au niveau des pays. Nous prévoyons que les recettes volontaires augmenteront de 15 % au cours du prochain exercice, et nous réévaluerons cette projection avant l’Assemblée de la Santé. Il est clair que l’octroi des fonds extrabudgétaires que nous recevons représente un appui aux valeurs de l’OMS et ne gêne nullement la direction de l’Organisation, ni les procédures établies.

73. Comme vous le savez, de nombreuses activités ne peuvent être financées que par le budget ordinaire. Nous avons tout fait pour rationaliser au mieux l’utilisation de ces ressources. Je mènerai des consultations au cours des semaines à venir sur le meilleur moyen d’obtenir un relèvement limité du plafond de notre budget ordinaire.

74. Les dernières statistiques qui montrent que la proportion des contributions mises en recouvrement durant l’an 2000 atteignait 87 %, soit le taux annuel le plus élevé depuis 15 ans, m’ont grandement encouragée. Nous demeurons toutefois confrontés à des arriérés considérables : il est essentiel que toutes les contributions soient versées très tôt si l’on veut que l’Organisation fonctionne de manière efficace.

75. Vous passerez également en revue, au cours du présent Conseil, les premiers résultats des travaux que nous avons entrepris pour élaborer et améliorer la politique relative aux ressources humaines. Je tiens à remercier tous ceux qui ont fait avancer ce processus, et notamment les représentants du personnel du monde entier. De nouvelles réformes concernant les ressources humaines sont prévues, surtout en ce qui concerne les politiques et contrats relatifs à l’emploi.

76. Au cours de l’année écoulée, le personnel de l’OMS a fait preuve d’un engagement, d’une productivité et d’une énergie extraordinaires. La tâche a été rude, car les questions de santé ont été mises davantage en relief dans les médias et les débats politiques. Ceux qui accomplissent leur travail au jour le jour sont tout aussi importants et dévoués. Nombre de membres du personnel ont été confrontés à de réelles difficultés, et certains ont été mis personnellement en danger.

Monsieur le Président,

77. Lorsqu'il a pris ses fonctions en qualité de premier Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, mon compatriote Trygve Lie a reçu le conseil suivant : « Nous ne sommes ni une société savante, ni une académie ; nous sommes une grande organisation politique et sociale et, pour nous, la réalité compte. C'est la matière première même de notre travail. Vous devez donc chercher la force et le pouvoir de votre influence non dans quelque idéalisme théorique, mais dans une confiance optimiste fondée sur les faits. ».

78. Ces mots ont autant de valeur aujourd'hui qu'hier. Nous devrions tous les avoir présents à l'esprit au moment où nous entamons les travaux de la semaine et de l'année en cours.

79. Le contexte politique est sans précédent. Il offre une réelle opportunité. Ensemble, nous avons pu saisir l'occasion et suivre l'évolution de l'environnement. Avec votre appui, nous ne ménageons aucun effort pour concrétiser nos engagements et obtenir des résultats qui changent la vie des gens.

80. Nous avons suscité des attentes et *nous y répondons*. Nous sommes tout à fait conscients de la nécessité d'obtenir des résultats concrets dans les communautés et dans les pays. C'est à cette condition seulement que nous pouvons obtenir les ressources supplémentaires que l'action sanitaire nécessite – et mérite. L'engagement durable que je prends pour l'OMS est d'innover, de servir de référence et de faire tout ce qui est humainement possible pour garantir l'obtention de résultats. C'est sur ces points que nous serons tous jugés, et nous ne pouvons donc nous permettre de faillir à la tâche.

Je vous remercie.

= = =